CONGRESO DE
LOS DIPUTADOS

Departamento de Documentación

Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud.

[121/000021]

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA

Documento de trabajo preparado para la Comisión de Sanidad. Mayo 2024
913906311
documentacion.secretaria@congreso.es

Documentación que acompaña al Proyecto de Ley:

- **Memoria del análisis de impacto normativo**
- **Dictamen del Consejo Económico y Social**
- **Voto particular presentado por Consejeros del Consejo Económico y Social**
- **Informe de la Agencia Española de Protección de Datos**
- **Informe de la Oficina de Coordinación y Calidad Normativa del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Defensa**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Hacienda y Función Pública**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación y Formación Profesional**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Trabajo y Economía Social**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Industria, Comercio y Turismo**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Consumo**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital**
- **Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Ciencia e Innovación**
- **Aprobación previa de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Hacienda y Función Pública**

- **Informe de la Dirección General de Régimen Jurídico, Autonómico y Local del Ministerio de Política Territorial**
- **Oficio del Ministerio de Justicia comunicando que la Mutualidad General Judicial no realiza observaciones**
- **Observaciones de la Subdirección General de Atención Sanitaria del Ministerio de Sanidad (INGESA)**
- **Certificación del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud**
- **Extracto del Borrador del Acta número 48 del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud**
- **Certificación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**
- **Certificación del Consejo Nacional de la Discapacidad**
- **Informe del Consejo de Consumidores y Usuarios**
- **Nota del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE**
- **Informe de ISFAS**
- **Informe de la Red Española de Agencias de Evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del SNS**
- **Informe de la Comisión Ministerial de Administración Digital del Ministerio de Sanidad**
- **Acta del día 3 de diciembre de 2021 de la Sesión Permanente de la Comisión Ministerial de Administración Electrónica del Ministerio de Sanidad**
- **Certificación del Consejo General de la Ciudadanía Española en el Exterior del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones**
- **Informes de las Comunidades Autónomas**

MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL PROYECTO DE LEY DE UNIVERSALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

RESUMEN EJECUTIVO.

Ministerio/Órgano proponente	Ministerio de Sanidad	**Fecha**	13 de mayo de 2024
Título de la norma	PROYECTO DE LEY DE UNIVERSALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD		
Tipo de Memoria	normal ☒ abreviada ☐		
OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA			
Situación que se regula	- En la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* se pretende establecer modificaciones que permitan consolidar la universalización del Sistema Nacional de Salud, en adelante SNS, regulando los siguientes aspectos: • Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazadas temporalmente al territorio español, así como los familiares que les acompañen, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura. • Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria a las personas ascendientes reagrupadas por su hija o hijo titular del derecho a la asistencia sanitaria en el SNS cuando estén a su cargo y siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia. • Aplicación homogénea en la efectividad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria,		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

en los supuestos contemplados en la norma, a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España, incluyendo a las personas extranjeras que se encuentren en situación de estancia de acuerdo con lo previsto en la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social*.

- Incorporación en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de los colectivos de personas extranjeras solicitantes de protección internacional, solicitantes y beneficiarias de protección temporal y víctimas de trata de seres humanos o de explotación sexual que hayan sido identificadas en el marco de lo dispuesto por el artículo 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social o que hayan sido acreditadas como tales en el marco de lo dispuesto por el artículo 47 del Real Decreto-ley 6/2022, de 29 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes en el marco del Plan Nacional de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la guerra en Ucrania, con el objeto de establecer, al igual que para las personas no registradas ni autorizadas en España, que éstas tengan derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares del derecho durante su permanencia en España.
- Recuperación de la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios.
- Clarificación de la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública.
- Dentro de la prestación de atención especializada se concreta la medicina de precisión, personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional, que está centrada en las características de cada paciente para adaptar de una manera más efectiva y más personalizada el diagnóstico y las medidas terapéuticas o preventivas.
- Establecimiento de las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.
- Incorporación de la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

	servicios sanitarios, sociales y, en su caso, educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención integral a las personas. • Clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, de que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, con el fin de mantenerles la máxima autonomía y reintegrarles en su medio habitual. -En el 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, se pretende incluir el porcentaje de aportación de la persona usuaria en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de oficinas de farmacia de las personas incluidas *de novo* en los artículo 3 y 3 bis de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. En concreto de las personas extranjeras que, no siendo titulares de derecho, tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares de derecho durante su permanencia en España, como son las personas extranjeras solicitantes de protección internacional, desplazadas solicitantes y beneficiarias de protección temporal y víctimas de trata de seres humanos o de explotación sexual que hayan sido identificadas en el marco de lo dispuesto por el artículo 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social o que hayan sido acreditadas como tales en el marco de lo dispuesto por el artículo 47 del Real Decreto-ley 6/2022, de 29 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes en el marco del Plan Nacional de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la guerra en Ucrania. Se incluye también la aportación farmacéutica de las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazadas temporalmente al territorio español, así como los familiares que les acompañen. En el supuesto de la inclusión como titulares de derecho a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria que estén a su cargo, estas siguen la aportación ordinaria según el nivel renta consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

	Asimismo, se añade una nueva disposición adicional que determina los conceptos de la persona asegurada y persona beneficiaria a efectos de lo previsto en la normativa internacional y la aportación a la prestación farmacéutica y que traslada lo dispuesto en la disposición adicional única del Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, con el objeto de proceder a su derogación y simplificar el ordenamiento jurídico, al quedar el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sin contenido sustantivo propio por lo determinado en esta norma, con la salvedad de dicha disposición. - El *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* se pretende modificar para que sea de aplicación efectiva el artículo 3.2.d) de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* y así los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen tengan derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria. En relación con la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido, en adelante TODF, estando regulado su carácter excepcional dada la necesaria disponibilidad para ello en la normativa vigente, se pretende la habilitación del desarrollo de criterios para su acceso, así como consolidar en nuestro ordenamiento jurídico que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.
Objetivos que se persiguen	Los objetivos generales que persigue la norma son establecer medidas que consoliden la universalidad en el SNS, incorporando aquellas que minimicen las desigualdades en salud sin dejar a nadie atrás y que refuercen estructuralmente la cooperación entre las distintas estructuras y ámbitos para abordar de forma integral las necesidades en salud de la población ante los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos que se presentan. En concreto, los objetivos específicos son: - Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

	temporales al territorio español y sus familiares, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura. -Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas ascendientes reagrupadas por su hija o hijo titular del derecho a la asistencia sanitaria en el SNS cuando estén a su cargo y siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia. - Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas extranjeras no titulares del derecho, en los supuestos contemplados en la norma, debiéndose prestar en las mismas condiciones que las personas que son titulares del derecho mientras permanezcan en España. - Recuperar la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, así como la clarificación de la inclusión en las prestaciones incluidas en la misma de aquellas que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública. - Establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. - Incluir en la descripción de las prestaciones de la cartera común de servicios las prestaciones de salud pública con objeto de visualizar de forma inequívoca que esta debe tener y que tiene un efecto directo en la mejora de la salud de la población. Asimismo, se establece que la prestación de servicios debe garantizar, además de la máxima calidad y seguridad y las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población, el derecho a la participación en salud. - Concretar la medicina de precisión, personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional dentro de la prestación de atención especializada, para visualizarla de modo más adecuado en la cartera común de servicios del SNS. - Incorporar la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios,

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

	sociales y, en su caso, educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención integral a las personas. - Garantizar una interpretación homogénea de la norma, clarificando que en la prestación de atención especializada y sociosanitaria la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, con el fin de mantenerles la máxima autonomía y reintegrarles en su medio habitual. -Incluir el porcentaje de aportación de la persona usuaria en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de oficinas de farmacia de las personas incluidas de *novo* en los artículos 3 y 3 bis de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* - En relación a la prestación de TODF, los objetivos son: a) Incrementar la igualdad efectiva en el acceso al TODF posibilitando el desarrollo reglamentario de unos criterios de acceso al mismo. b) Consolidar en nuestro ordenamiento jurídico que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.
Principales alternativas consideradas	Queda descartada la opción de no hacer nada, dado que esta alternativa afectaría a la salud de la población española, así como a la universalidad en el SNS. Los objetivos a alcanzar exigen de una solución regulatoria y, dado que se introducen modificaciones en normas con rango de ley, no queda más alternativa que promulgar una norma con este rango.
CONTENIDO Y ANÁLISIS JURÍDICO	
Tipo de norma	Ley.
Estructura de la Norma	La norma se estructura en una exposición de motivos, tres artículos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria única, una disposición derogatoria única y cinco disposiciones finales.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Informes recabados	Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad de conformidad con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno. Informes de los siguientes Departamentos Ministeriales en cumplimiento de lo previsto en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre: Ministerio de Ciencia e Innovación. Ministerio de Industria, Comercio y Turismo. Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Ministerio de Defensa. Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. Ministerio de Educación y Formación Profesional. Ministerio de Consumo. Ministerio del Interior. Ministerio de Hacienda y Función Pública. Informe de la Oficina de Coordinación y Calidad Normativa, dependiente del Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, en aplicación de lo previsto en el artículo 26.9, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno. Informe del Ministerio de Política Territorial conforme a lo previsto en el artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, acerca de la adecuación de la norma al orden constitucional de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Aprobación previa del Ministerio de Hacienda y Función Pública de acuerdo con el artículo 26.5, párrafo quinto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

	Informe de la Agencia Española de Protección de Datos, de conformidad con el artículo 47 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y en el artículo 5 b) del Estatuto de la Agencia, aprobado por Real Decreto 389/2021, de 1 de junio. Informes de las Comunidades Autónomas y ciudades de Ceuta y de Melilla. Observaciones de la Subdirección General de Atención Sanitaria del Ministerio de Sanidad (INGESA) y valoración de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), vía correo electrónico. Informe de los siguientes órganos: • Comisión Ministerial de Administración Digital del Ministerio de Sanidad y acta del día 3 de diciembre de 2021 de la Sesión Permanente de la Comisión Ministerial de Administración Electrónica del Ministerio de Sanidad. • Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU). • Consejo General de la Ciudadanía Española en el Exterior. • Consejo Nacional de la Discapacidad (CND). • Nota de la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE). • Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS). • Mutualidad General Judicial (MUGEJU). • Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS). Además, se ha sometido al Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud y Certificación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

	Dictamen del Consejo Económico y Social, de conformidad con lo previsto en el artículo 7.1.3 de la Ley 21/1991, de 17 de junio, por la que se crea el Consejo Económico y Social. Tras su aprobación por el Consejo de Ministros, como Proyecto de ley, será remitido al Congreso de los Diputados, conforme a lo dispuesto en el artículo 88 de la Constitución española.	
Trámite de consulta pública previa	Se ha sometido a consulta pública previa a través de la página web del Ministerio de Sanidad, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, realizada entre los días 19 de octubre y 19 de noviembre de 2020.	
Trámite de audiencia	El trámite de información pública a través de la página web del Ministerio de Sanidad fue realizado entre los días 16 de noviembre y 7 de diciembre de 2021, así como el trámite de audiencia pública, durante quince días hábiles, a las entidades que representan intereses legítimos directamente afectados por la norma, ambos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.	
ANALISIS DE IMPACTOS		
ADECUACIÓN AL ORDEN DE COMPETENCIAS	Las normas modificadas por los artículos primero a tercero de esta ley se dictan en virtud de los títulos competenciales que amparan dichas normas.	
IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO	Efectos sobre la economía en general.	Por su propia naturaleza, esta ley no va a tener impacto directo negativo ni sobre el empleo, ni sobre la productividad o la innovación. No se prevé un impacto en la economía general. Sí se prevé un impacto positivo para aquellas personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen, dado que aquellas que actualmente estuvieran

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

		pagando un seguro médico para acceder a la asistencia sanitaria en nuestro país, dejarán de abonarlo. Del mismo modo, para las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a la asistencia sanitaria que estén a su cargo.
	En relación con la competencia.	[X] la norma no tiene efectos significativos sobre la competencia. [ ] la norma tiene efectos positivos sobre la competencia. [ ] la norma tiene efectos negativos sobre la competencia.
	Desde el punto de vista de las cargas administrativas	[X] supone una reducción de cargas administrativas. Cuantificación estimada: No se cuantifica la reducción de carga que le supone a las personas españolas de origen residentes en el exterior la no exigencia del certificado acreditativo de no exportación del derecho a la asistencia sanitaria, por parte de la institución de la Seguridad Social del país de procedencia, al ser emitido por un Estado extranjero. _____ [ ] incorpora nuevas cargas administrativas. Cuantificación estimada:_____ [ ] no afecta a las cargas administrativas.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

	Desde el punto de vista de los presupuestos, la norma [X] Afecta a los presupuestos de la Administración del Estado. [X] Afecta a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales.	[X] Se estima un gasto de 22.585.509,50 euros/año – 112.927.049,50 euros el primer año y 22.585.509,50 euros los años siguientes. [ ] Implica un ingreso
IMPACTO DE GÉNERO	La norma tiene un impacto de género	Negativo [ ] Nulo [ ] Positivo [X]
IMPACTO SOBRE LA INFANCIA, ADOLESCENCIA Y LA FAMILIA	Se prevé que el **impacto sobre la infancia y la adolescencia** sea positivo, esperándose que la salud de los menores mejore, fundamentalmente porque los menores de edad se van a ver beneficiados en las medidas relativas a la ampliación de derecho a la asistencia sanitaria. Asimismo, se espera un impacto positivo en la familia, siendo de especial relevancia la ampliación del derecho a la asistencia sanitaria a personas ascendientes, beneficiarias de la conocida como reagrupación familiar.	
OTROS IMPACTOS CONSIDERADOS	Se espera que el **impacto sobre la salud de la población** sea positivo dado que objetivos generales que persigue la norma son establecer medidas que consoliden la universalización en el SNS, incorporando aquellas que permitan minimizar las desigualdades en salud para no dejar a nadie atrás y que refuercen estructuralmente la cooperación entre las distintas estructuras y ámbitos para abordar de forma integral las necesidades en salud de la población ante los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos que se presentan. No se prevé **impacto para la ciudadanía y para la administración del desarrollo o uso de los medios y servicios de la administración digital**. Tampoco se prevé **impacto medioambiental por razón de cambio climático**, valorado en términos de mitigación y adaptación al mismo, de acuerdo con lo establecido en la	

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

	letra h) del artículo 26.3 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, introducida por la Ley 7/2021, de 20 de mayo, de cambio climático y transición energética.
OTRAS CONSIDERACIONES	La consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad que se consigue con esta norma está vinculada al hito CID #275, incluido en la Reforma 3, una de las reformas incluidas en el Componente 18 del **Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia**. Con esta reforma se abordan y satisfacen el siguiente compromiso contenido en el **Programa de Gobierno**: *"Blindaremos la universalidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, culminando la aprobación en las Cortes de la Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, que ya aprobó el Consejo de Ministros".* Por último, cabe destacar que las medidas planteadas están alineadas con las conclusiones de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica aprobadas por el Pleno del Congreso de los Diputados en julio de 2020[1]. Por otro lado, cabe señalar que el Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud fue aprobado por el Consejo de Ministros, el 14 de junio de 2022, y remitido al Congreso de los Diputados, de acuerdo con el artículo 26.8 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre. No obstante, con la entrada en vigor del Real Decreto 400/2023, de 29 de mayo, de disolución del Congreso de los Diputados y del Senado y de convocatoria de elecciones, "decayó" en su tramitación. En el presente supuesto, el Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud se ajusta íntegramente al Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, si bien se ciñe exclusivamente a las cuestiones de universalidad. Por tanto, del texto enviado a las Cortes Generales se han eliminado todas aquellas disposiciones no referidas a la universalidad del Sistema Nacional de Salud.

[1] https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL PROYECTO DE LEY DE UNIVERSALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La presente Memoria se emite de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre.

I. OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA.

1) MOTIVACIÓN.

a) Causas de la *propuesta*

Las causas de la propuesta se exponen diferenciadas por las normas que se modifican, en concreto en los siguientes apartados:

a.1. En relación a la modificación introducida en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*.
a.2. En relación a la modificación introducida en el 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*.
a.3. En relación a la modificación del *Real Decreto 8/2008, de 11 de enero*.
a.4. En la disposición final cuarta.

a.1. **En relación a la modificación introducida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo,** cabe motivar las causas de la propuesta de forma diferenciada en relación a la temática de los objetivos que se persiguen, para mejor compresión. Así pues, las causas se presentan siguiendo el siguiente esquema:

1. Respecto al **acceso universal al SNS** (modificación de los artículos 3, 3 bis y 3 ter).
2. Respecto a la **cartera común de servicios del SNS** (modificación del artículo 8, 13 y 14).
3. Respecto a la necesaria **disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos,** que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención integral a las personas (modificación del artículo 14).

Las causas que motivan las propuestas son:

1. Respecto al **acceso universal al SNS** (modificación de los artículos 3, 3 bis y 3 ter):

Las modificaciones que se introducen persiguen la:

1.1) Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazadas temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

1.2) Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria a las personas ascendientes reagrupadas por sus hijas o hijos titulares del derecho a la asistencia sanitaria en el SNS cuando estén a su cargo y siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

1.3) Aplicación homogénea en la efectividad del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria de las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España, en los supuestos contemplados en la norma, incluyendo a las personas extranjeras que tienen voluntad de residir en España pero se encuentren en situación de estancia de acuerdo con lo previsto en la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social*.

1.4) Incorporación en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, a los colectivos de personas extranjeras solicitantes de protección internacional, desplazadas solicitantes y beneficiarias de protección temporal y víctimas de trata de seres humanos o de explotación sexual que hayan sido identificadas en el marco de lo dispuesto por el artículo 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social o que hayan sido acreditadas como tales en el marco de lo dispuesto por el artículo 47 del Real Decreto-ley 6/2022, de 29 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes en el marco del Plan Nacional de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la guerra en Ucrania.

1.5) Habilitación de un régimen transitorio hasta que se realice el desarrollo reglamentario necesario en relación a la competencia para el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud.

A continuación, se desarrolla cada uno de los apartados:

1.1) En lo referente a la ampliación de derechos que se propone en las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares que les acompañen, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura, cabe destacar como causas de la propuesta, la siguiente:

- el que las personas españolas de origen residentes en el exterior que no sean pensionistas ni trabajadores, así como sus familiares, conforme a lo dispuesto en el *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* en el momento actual no tienen acceso al SNS con cargo a fondos públicos durante sus desplazamientos temporales en España lo que provoca que no puedan acceder a los servicios del SNS en el caso que lo requieran, a no ser que sean facturados por ello.

1.2) En lo referente a la ampliación de derechos que se propone para las personas ascendientes reagrupadas por sus hijas o hijos titulares del derecho a la asistencia sanitaria en el SNS que estén a su cargo y siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia, cabe destacar como causas de la propuesta, las siguientes:

Los familiares de ciudadanos extranjeros, entre los requisitos que deben acreditar, para la concesión de una autorización de residencia, está el de contar con un seguro público o un seguro privado de enfermedad concertado con una entidad aseguradora autorizada para operar en España, de acuerdo al *Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009, artículos 46, 54 y 56. Este seguro se exige tanto para autorización de estancia por estudios, movilidad de alumnos, prácticas no laborales o servicios de voluntariado, autorización de residencia temporal no lucrativa sin realizar actividades laborales o profesionales, autorización de residencia de larga duración-UE para nacionales de terceros países o autorización de residencia por reagrupación a favor de familiares.

Al disponer de cobertura sanitaria obligatoria por otra vía, a través de un seguro de enfermedad vinculado a la autorización de residencia, estas personas no pueden acreditar todos los requisitos exigidos en el artículo 3.2 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*. En este sentido, se ha identificado que las personas ascendientes que se reagrupan son fundamentalmente personas mayores, que tienen con frecuencia dificultades para suscribir un seguro privado de enfermedad, dado que, por motivos de edad, las entidades aseguradoras exigen unas primas muy elevadas que con frecuencia son inasumibles para este colectivo. REDER ha denunciado esta situación indicando que este colectivo "*se encuentra en un círculo vicioso, porque ni consiguen atención pública ni privada, puesto que por su edad y sus enfermedades crónicas ningún seguro les cubre*."

Así pues, y con objeto de alcanzar el derecho efectivo a este colectivo, en el artículo 3.2.e) se dispone que: "*A tales efectos, las autoridades competentes no exigirán seguro de enfermedad para la autorización de residencia en España o la inscripción en el registro central de extranjeros, cuando comprueben que la persona ascendiente se encuentra a cargo de la persona titular del derecho*".

1.3) En relación a la aplicación homogénea en la efectividad del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria de las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España, en los supuestos contemplados en la norma, cabe destacar que el *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* ha supuesto un cambio de modelo en la atención sanitaria del SNS, fundamentalmente porque la titularidad del derecho a la asistencia pasó a basarse en la condición de ciudadanía y su reconocimiento se desligó de la condición de persona asegurada o de persona beneficiaria. Asimismo, con esta norma se ha reconocido que todas las personas no registradas ni autorizadas como residentes en nuestro país que se encuentran en España tienen derecho a la protección a la salud en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española. Este colectivo, por tanto, ha visto recuperado su derecho a la protección de la salud tras el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril,* que únicamente dejó una vía de acceso a la asistencia sanitaria para este colectivo: la atención urgente. Así pues, tras la publicación e implementación del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio,* distintos colectivos del ámbito asociativo, como REDER (Red de colectivos, movimientos, organizaciones y personas implicadas en la defensa del acceso universal a la salud y la denuncia de su incumplimiento) han puesto de manifiesto, mediante distintos informes, situaciones que no muestran una homogeneidad en la aplicación del citado *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio*. Esta situación, por tanto, requiere que se asegure que todas las personas que viven en España tengan acceso a la sanidad, que se haga realidad en todos los centros de salud y hospitales de nuestro país, incluyendo a las personas extranjeras que tienen voluntad de residir en nuestro país y se encuentren en situación de estancia de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

La pandemia por Covid-19 ha puesto de manifiesto, sin fisuras, la fortaleza del SNS, sustentada en sus principios clave, que son su universalidad, equidad y cohesión. Así pues, es objetivo de este Gobierno que el derecho a la protección de la salud alcance a los colectivos citados, como expresión de una política activa de ampliación de derechos que benefician, no solo a la salud individual, sino a la salud del conjunto de la ciudadanía, minimizando las desigualdades en salud y garantizando la mejor salud para todos y para todas.

Cabe destacar que son medidas comprometidas en el Programa de Gobierno.

1.4) Incorporación a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de las personas extranjeras solicitantes de protección internacional, desplazadas solicitantes y beneficiarias de protección temporal y víctimas de trata de seres humanos o de explotación sexual que hayan sido identificadas en el marco de lo dispuesto por el artículo 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social o que hayan sido acreditadas como tales en el marco de lo dispuesto por el artículo 47 del Real Decreto-ley 6/2022, de 29 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes en el marco del Plan Nacional de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la guerra en Ucrania.

Estas personas extranjeras, al igual que las incluidas en el punto anterior 1.3, no siendo titulares de derecho, tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares de derecho durante su permanencia en España.

En la actualidad las personas extranjeras solicitantes de protección internacional, y las víctimas de trata de seres humanos o de explotación sexual que hayan sido identificadas en el marco de lo dispuesto por el artículo 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social o que hayan sido acreditadas como tales en el marco de lo dispuesto por el artículo 47 del Real Decreto-ley 6/2022, de 29 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes en el marco del Plan Nacional de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la guerra en Ucrania ya reciben asistencia sanitaria por lo establecido en las disposiciones adicionales cuarta y quinta, respectivamente, del *Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*, pero no se encuentran incluidas en la ley que regula esta condición en la normativa sanitaria española. Lo mismo sucede con las personas extranjeras desplazadas solicitantes y beneficiarias de protección temporal que, de acuerdo al Real Decreto 1325/2003, de 24 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre régimen de protección temporal en caso de afluencia masiva de personas desplazadas, tienen la misma asistencia sanitaria que las solicitantes de asilo del Real Decreto 203/1995, de 10 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de aplicación de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del Derecho de Asilo y de la condición de refugiado, modificada por la Ley 9/1994, de 19 de mayo, pero tampoco se encuentran incluidas en la ley que regula esta condición en la normativa sanitaria española.

1.5) En relación a habilitar un régimen transitorio hasta que se realice el desarrollo reglamentario necesario en relación a la competencia para el reconocimiento y control del

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, el *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio,* se la atribuyó al Ministerio de Sanidad (salvo la derivada de las normas internacionales de coordinación de los sistemas de seguridad social, que se mantiene residenciada en el Instituto Nacional de la Seguridad Social), tal y como se desprende en el apartado 1 del artículo 3 ter de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*. El real decreto-ley citado, en concreto en su disposición transitoria segunda, preveía un régimen transitorio por el que se han mantenido los procedimientos vigentes y las bases de datos existentes y gestionados en el Instituto Nacional de la Seguridad Social o en el Instituto Social de la Marina, pese a que no se hacía referencia expresa a dichas entidades gestoras.

Con la disolución del Congreso de los Diputados y del Senado, el 5 de marzo de 2019, el proyecto de ley que hubiera permitido el posterior desarrollo reglamentario, decayó y, por tanto, cabe ahora mantener este régimen transitorio y concretar, en el texto del artículo 3 ter, la necesaria colaboración de las entidades y administraciones públicas en el desarrollo de esta competencia, sin perjuicio de la relativa a las personas solicitantes de protección internacional, desplazadas o a las víctimas de trata de seres humanos que corresponderá, en todo caso, a las Comunidades Autónomas.

2. Respecto a la **cartera común de servicios del SNS** (modificación del artículo 8, 13 y 14):

Las modificaciones que se introducen persiguen:
2.1) Recuperación de la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios.
2.2) Establecimiento de las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.
2.3) Clarificación de la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública e incluir que la prestación de los servicios se realizará garantizando el derecho a la participación en salud.
2.4) Dentro de la prestación de atención especializada se concreta la medicina de precisión, personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional, que está centrada en las características de cada paciente para adaptar de una manera más efectiva y más personalizada el diagnóstico y las medidas terapéuticas o preventivas.
2.5) Clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, de que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, con el fin de mantenerles la máxima autonomía y reintegrarles en su medio habitual.

A continuación, se desarrolla cada uno de los apartados:

2.1 y 2.2) En relación a la recuperación de la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios y establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios (modificación del artículo 8).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Es importante destacar que una de las modificaciones que introdujo el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril,* fue la división de la cartera de servicios comunes del SNS en 3 tipos de carteras: la cartera básica de servicios asistenciales, la suplementaria (que comprende la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, la prestación dietoterápica y el transporte sanitario no urgente) y la de servicios accesorios, en la que además, se especificaba, en cada una de ellas, si conllevaba aportación de la persona usuaria para su prestación o no, modificándose así el artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo,* y dividiéndole en 5 artículos (8, 8 bis, 8 ter, 8 quáter y 8 quinquies).

En los artículos 8 bis, 8 ter, 8 quáter[2] se definen las modalidades de la cartera y se establece si las prestaciones que se incluyen son financiadas de forma completa o no. En concreto (ver texto subrayado):

> *"Artículo 8 bis. Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.*
> *1. La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud 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, cubiertos de forma completa por financiación pública."*
>
> *"Artículo 8 ter. Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud.*
> *1. La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario."*
>
> *"Artículo 8 quáter. Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud.*
> *1. La cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas actividades, 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, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario."*

Así pues, dicha modificación dividió la cartera común de servicios en modalidades que se copagaban o no, abriendo la posibilidad de establecer nuevos copagos en prestaciones que hasta entonces carecían de ellos, tales como el transporte sanitario no urgente y los productos dietoterápicos, así como modificar los existentes, como en los productos ortoprotésicos ambulatorios dado que, si bien la prestación ortoprotésica ambulatoria está sujeta a aportación[3], no sigue el patrón de aportación definido para la prestación farmacéutica y establecido en el artículo 8.5.

---

[2] El presente proyecto normativo mantiene sin modificaciones el artículo 8 quinquies.

[3] La prestación ortoprotésica consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien modificar, corregir o facilitar su función, de forma que se mejore la calidad de vida y la autonomía de la persona usuaria. La prestación ortoprotésica del SNS comprende los implantes quirúrgicos, las prótesis externas, las sillas de ruedas, las ortesis y las ortoprótesis especiales.
Los implantes quirúrgicos están cubiertos de forma completa por financiación pública y no lleva aportación de la persona usuaria, al igual que las ortoprótesis externas de uso en pacientes ingresados.
Las prótesis externas y las sillas de ruedas no tienen contribución de la persona usuaria. Las ortesis y las ortoprótesis especiales llevan aportación de la persona usuaria dependiendo del tipo de producto. La aportación de las personas usuarias es la señalada

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Por tanto, para agrupar conceptualmente la cartera común de servicios del SNS como herramienta clave del SNS para garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones que lo componen en todo el territorio nacional y evitar que con base en lo establecido por el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril,* puedan incorporarse nuevos copagos sanitarios a la población española, se pretende restablecer la cartera común de servicios, como una única cartera cuya provisión estará cubierta de forma completa por financiación pública. Se establece la misma aportación que en la actualidad en el caso de las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica y de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte de la persona usuaria y se regirán por su normativa específica.

2.3) En relación a clarificar la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública e incluir que la prestación de los servicios se realizará garantizando el derecho a la participación en salud (modificación del artículo 8).
La causa que motiva la modificación propuesta es la necesidad y relevancia de explicitar que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS, dado que la actual definición de las modalidades de las carteras que forman la cartera común de servicios del SNS no incluye las prestaciones de salud pública de forma específica. Todo ello porque una de las cuestiones que la pandemia ha puesto de manifiesto de forma clara es la necesaria visión conjunta de la salud poblacional y la prestación de la asistencia individual, con un enfoque preventivo e integral que permita un abordaje integral de la salud y la prevención de la enfermedad y en su caso, del tratamiento de la misma. Por ello, se propone incluir estas prestaciones en la definición de la cartera común de servicios del SNS, dado que permitirá visualizar de forma inequívoca que estas forman parte de la cartera común de servicios y que deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población.

Tal y como se ha indicado en el apartado anterior, el artículo 8.1 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* establece la definición de la cartera común de servicios del SNS como "*el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias*".

En el texto original, publicado el 29 de mayo de 2003, se estableció una única cartera indicándose la siguiente formulación: "*las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, conforme con lo dispuesto en la sección 2.ª de este capítulo",* haciéndose referencia al catálogo de prestaciones que se establece en el artículo 7, nunca modificado. El catálogo de prestaciones se define, y se definió en el texto original, como "*prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos*." Asimismo, establece que "*El catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención*

---

en el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización y puede ser de 0, 12, 30 o 36 euros.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario."

Por otra parte, en su desarrollo reglamentario, *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre*, se precisa en el artículo 6 de forma inequívoca que el contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud corresponde a las prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. Las prestaciones de salud pública se desarrollan en el anexo I. Es decir, las prestaciones de salud pública siempre han formado parte del catálogo de prestaciones pero el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril*, no las incorporó de forma explícita en la cartera común de servicios, ni siquiera en la cartera común básica de servicios asistenciales como se define en el artículo 8.1 bis como aquella 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, cubiertos de forma completa por financiación pública".*

Por otra parte, en la definición de la cartera se establece en el artículo 8.2 bis que: "*La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta*".

2.4) En cuanto a la concreción de la medicina de precisión, personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional dentro de las prestaciones de atención especializada, se trata de recoger expresamente en las prestaciones de la cartera común de servicios del SNS el nuevo paradigma que supone para la salud, dado que implica una transformación en la forma en la que se toman decisiones con efecto directo en la práctica clínica y en las medidas de salud pública al disponer de información genómica y molecular a nivel individual y tener la capacidad para integrarla con información clínica y otros factores sociales, ambientales y de conducta, con el objetivo de mejorar el diagnóstico, el tratamiento o la capacidad de predecir el desarrollo de enfermedades, lo que permite desarrollar tratamientos adaptados a cada paciente. El objetivo final es una medicina más segura, eficiente, preventiva y predictiva, asegurando la calidad científico-técnica, la equidad y la eficiencia en la utilización de los recursos científicos disponibles para dar respuesta a las necesidades de la ciudadanía.

2.5) En lo referente a la clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, de que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, con el fin de mantenerles la máxima autonomía y reintegrarles en su medio habitual (modificación de los artículos 13 y 14).
En los artículos 13 y 14 actuales se establece que la atención sanitaria en el marco de la rehabilitación comprende aquella que se realiza en pacientes con déficit funcional recuperable. Se considera que el término "recuperable" podría ser interpretable y producir situaciones en su aplicación que no abordaran la globalidad de lo que comprende. Es por ello que, con el fin de aclarar y garantizar una interpretación homogénea de la norma, se elimina en los artículos 13 y 14 de la citada ley, relativos a la prestación de atención especializada y de atención sociosanitaria respectivamente, la mención al término "recuperable" en la rehabilitación en pacientes con déficit funcional, incorporando al texto la definición que ya se

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

recoge en el apartado 8 del anexo III del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre,* donde se establece que es aquella "*encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.*"

También, se añade el texto "*y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral*" al final del apartado primero del artículo 14 de la prestación de atención sociosanitaria considerando el papel socialmente integrador de la actividad laboral y por ser un factor que, eventualmente, puede coadyuvar a la mejora de la salud en enfermedades crónicas.

3. Respecto a la necesaria disponibilidad de **mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos** que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención integral a las personas (modificación del artículo 14):

Como es conocido, uno de los aspectos, en lo humano, sanitario y social, que España ha vivido de la forma más cruel, es la necesidad sin dilación de generar estructuras en todo el territorio nacional que permitan la coordinación efectiva entre el ámbito social y sanitario.

Los órganos de coordinación y los sistemas de información son elementos estructurales clave de cualquier organización que requiera un abordaje conjunto para dar solución a cualquier problema, que, de haber estado consolidadas y de existir en todos los espacios precisos, es muy posible que hubieran podido prevenir y gestionar de forma más satisfactoria situaciones como las vividas.

Cabe destacar que la pandemia por Covid-19 ha posicionado esta necesidad en mayores cotas de priorización, pero siempre ha sido preciso su abordaje, incluyendo al ámbito educativo cuando se precise, fundamentalmente en la prevención, porque la persona requiere de una atención que va más allá de lo social o de lo sanitario.

a.2) En relación a la modificación del 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, se trata de incluir el porcentaje de aportación de la persona usuaria en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de las oficinas de farmacia de las personas incluidas de novo en los artículos 3 y 3 bis de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. En concreto de colectivos de personas extranjeras, que, no siendo titulares de derecho, tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares de derecho durante su permanencia en España, mientras permanezcan en esta situación, como son las personas extranjeras solicitantes de protección internacional, las personas extranjeras desplazadas solicitantes y beneficiarias de protección temporal y las víctimas de trata de seres humanos o de explotación sexual que hayan sido identificadas en el marco de lo dispuesto por el artículo 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social o que hayan sido acreditadas como tales en el marco de lo dispuesto por el artículo 47 del Real Decreto-ley 6/2022, de 29 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes en el marco del Plan Nacional de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la guerra en Ucrania. Se incluye también la aportación farmacéutica de las personas con nacionalidad española de origen residentes en

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

el exterior desplazadas temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen. En el supuesto de incluir como titulares de derecho a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria que estén a su cargo, estas siguen la aportación ordinaria según el nivel de renta consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Asimismo, se añade una nueva disposición adicional que determina los conceptos de la persona asegurada y persona beneficiaria a efectos de lo previsto en la normativa internacional y la aportación a la prestación farmacéutica y que traslada lo dispuesto en la disposición adicional única del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, con el objeto de proceder a su derogación y simplificar el ordenamiento jurídico, al quedar el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sin contenido sustantivo propio por lo determinado en esta norma, con la salvedad de dicha disposición.

a.3) En relación a la modificación del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, se modifica para que sea de aplicación efectiva el artículo 3.2.d) de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo,* y así los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen tengan derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.

a.4) En la disposición final cuarta y en relación a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido se pretende regular una necesidad que ha sido expresada reiteradamente por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), así como por los centros sanitarios y las coordinaciones autonómicas de trasplantes que es el disponer de criterios, objetivos y transparentes, de acceso establecidos en el SNS.

Tal y como se manifiesta por los citados organismos y profesionales, existe un desequilibrio en la lista de espera de trasplante, puesto que, a pesar de los buenos números de España en relación con otros países en materia de trasplante, no se satisface toda la lista de espera y hay pacientes que fallecen mientras esperan un órgano.

Asimismo, se considera esencial dejar de nuevo de manifiesto que la posibilidad de acceder a prestaciones sanitarias mediante el pago de una contraprestación, es contrario a los principios de la donación y el trasplante de órganos suscritos por nuestro país en diferentes documentos internacionales, razones por la que el acceso a órganos y su asignación para realizar un trasplante de órganos quedó fuera del ámbito de aplicación de la *Directiva 2011/24/UE del Parlamento europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza*, en su artículo 1, así como en el artículo 2, apartado 2.b) de su reglamento de transposición, el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero.

b) Antecedentes

Los antecedentes se exponen diferenciados por las normas que se modifican, en concreto en los siguientes apartados:

b.1. En relación a la modificación introducida en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

b.2. En relación a la modificación introducida en el *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*.
b.3. En relación a la modificación del *Real Decreto 8/2008, de 11 de enero*.
b.4. En la disposición final cuarta.

A continuación, se desarrolla cada uno de los apartados:

b.1. **En relación a la modificación introducida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo**, se especifican los antecedentes de forma diferenciada en relación a la temática de los objetivos que se persiguen, para mejor compresión. Así pues, los antecedentes se presentan siguiendo el siguiente esquema:

1. Respecto al acceso universal al SNS (modificación de los artículos 3, 3 bis y 3 ter).
2. Respecto a la cartera común de servicios del SNS (modificación de los artículos 8, 13 y 14).
3. Respecto a la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención integral a las personas (modificación del artículo 14).

A continuación, se desarrolla cada uno de los apartados:

1. Respecto al **acceso universal al SNS** (modificación de los artículos 3, 3 bis y 3 ter):

La *Ley 14/1986, de 25 de abril,* establece en su artículo 3 los principios generales del SNS entre los que destaca que: "*La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva*". La universalidad, la equidad y la cohesión del SNS son los principios fundamentales en los que se sustenta nuestro sistema sanitario público.

Asimismo, la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*, cuyo objeto es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el SNS, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud, establece en su artículo 2 los principios generales, destacándose los dos primeros: "a) La prestación de los servicios a las personas usuarias del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias, y b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado."

Fue en el año 2012, a través de la reforma realizada por el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril,* donde se modificó el artículo 3 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo,* de tal forma que se vinculó el derecho a la protección de la salud a la condición de la persona asegurada, entendiéndose como tal a aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

"1. La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.

b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.

c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.

d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

3. En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado [SIEMPRE QUE ACREDITEN QUE NO SUPERAN EL LÍMITE DE INGRESOS DETERMINADO REGLAMENTARIAMENTE[4]]".

Y se estableció una atención especial (artículo 3 ter) a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, en las siguientes modalidades:

"*a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.*

b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles".

Así pues, se anuló su vocación universal, dejando a personas extranjeras sin cobertura sanitaria.

Ha sido en el *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio,* donde se ha recuperado la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria para todas las personas con nacionalidad española y para las personas extranjeras que tienen establecida su residencia en el territorio español, y se ha devuelto el derecho a la protección de la salud a las personas no registradas ni autorizadas a residir en España, garantizando la igualdad efectiva y el acceso universal al SNS.

2. Respecto a la **cartera común de servicios del SNS** (modificación de los artículos 8, 13 y 14):

Las modificaciones que se introducen persiguen:

2.1) Recuperación de la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios.

2.2) Establecimiento de las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.

2.3) Clarificación de la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir,

[4] Se declara inconstitucional y nulo el inciso destacado, por Sentencia del TC 139/2016, de 21 de julio de 2016. Ref. BOE-A-2016-7904.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

las prestaciones de salud pública e incluir que la prestación de los servicios se realizará garantizando el derecho a la participación en salud.

2.4) Clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, de que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, con el fin de mantenerles la máxima autonomía y reintegrarles en su medio habitual.

Por tanto, se van a exponer los antecedentes de forma específica:

2.1), 2.2) y 2.3) En relación a la recuperación de la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios; establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y la clarificación de la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública (modificación del artículo 8)

Tal y como se ha comentado en el apartado "a) causas de la propuesta", el artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo,* de la cartera común de servicios del SNS fue modificado por el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril*, siendo la única modificación que la cartera ha sufrido.

El texto original, publicado el 29 de mayo de 2003, había establecido una única cartera, definida como "*las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, conforme con lo dispuesto en la sección 2.ª de este capítulo" y* haciendo referencia al catálogo de prestaciones que se establece en el artículo 7, nunca modificado.

El catálogo de prestaciones se define, y se definió en el texto original, como "*prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos*." Asimismo, establece que "*El catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario*."

En concreto, el artículo 8.1 establece la definición de la cartera común de servicios como "*La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias."* y en el apartado 2 se establecen las modalidades de la cartera común de la siguiente forma:

"2. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se articulará en torno a las siguientes modalidades:

a) Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 bis.

b) Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 ter.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

c) Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 quáter."

Así pues, la modificación realizada por el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril,* se basó en la división de la cartera de servicios comunes del SNS en 3 tipos de carteras: la cartera básica de servicios asistenciales, la suplementaria y la de servicios accesorios y relacionaba cada una de ellas según si conllevaba aportación de la persona usuaria para su prestación o no. Además, al realizarse esta modificación, no se incluyeron las prestaciones de salud pública de forma específica ni en la cartera común de servicios, ni en el artículo 8 bis.

Por otra parte, en lo relativo a las prestaciones de salud pública, en su desarrollo reglamentario, es decir, en el *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre,* se precisa en el artículo 6 de forma inequívoca que el contenido de la cartera de servicios comunes del SNS corresponde a las prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. Las prestaciones de salud pública se desarrollan en el anexo I.

2.4) En lo referente a la clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, de que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, con el fin de mantenerles la máxima autonomía y reintegrarles en su medio habitual (modificación de los artículos 13 y 14).

La *Ley 16/2003, de 28 de mayo,* recoge en sus artículos 13 y 14 la prestación de atención especializada y de atención sociosanitaria, respectivamente, e incluye dentro de ambas la rehabilitación en pacientes con déficit funcional "recuperable". El artículo 8 contempla que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes que, según prevé el artículo 20, se acordará en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se aprobará mediante real decreto. Basándose en lo dispuesto en este artículo, el *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre,* regula en sus anexos el contenido de cada una de las carteras de servicios relativas a la salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencias, prestación farmacéutica, ortoprotésica, con productos dietéticos y de transporte sanitario. En su apartado 8 del anexo III, de cartera común de servicios de atención especializada, se concreta la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable, especificando de forma inequívoca que comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de pacientes con déficit funcional, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de reintegrarlo en su medio habitual.

3. Respecto a la necesaria disponibilidad de **mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos** que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención integral a las personas (modificación del artículo 14):

La *Ley 14/1986, de 25 de abril,* en su artículo 6, ya estableció que las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias estarán orientadas a promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Es en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo,* donde se establece, en su artículo 14, las prestaciones de atención sociosanitaria. En concreto, comprende "*el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social*."

En el apartado 3 del citado artículo se especifica, de forma concreta, que debe existir una coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, pero no se concretan las herramientas homogéneas en todo el territorio nacional para ello. Dicho apartado dice así "*la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes*."

Cabe destacar la existencia de distintas leyes autonómicas en materia de lo social, donde se especifica la necesaria coordinación antes mencionada, pero no se ha observado que en las mismas se definan herramientas para ello. A modo de ejemplo se cita la *Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana* que en el artículo 51 establece la coordinación, colaboración y cooperación entre el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales y el Sistema Valenciano de Salud.

b.2) En relación a la modificación del 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, las últimas modificaciones en el artículo 102, relativo a la aportación de las personas usuarias y sus personas beneficiarias en la prestación farmacéutica ambulatoria, fueron para incorporar nuevos colectivos exentos de dicha aportación con el objeto de eliminar las barreras económicas que supone el copago para el acceso a los medicamentos que los pacientes necesitan y son prescritos por los facultativos del sistema sanitario público. En concreto los menores con discapacidad reconocida, personas con prestación económica por hijo a cargo y pensionistas con rentas bajas, establecidos en el apartado 8 del artículo 102 párrafos g), h) e i) por la Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021. También habían quedado exentas las personas beneficiarias del ingreso mínimo vital, párrafo f) del apartado 8 del artículo 102, por el Real Decreto-ley 20/2020, de 29 de mayo, por el que se establece el ingreso mínimo vital. Previamente el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud estableció la aportación farmacéutica para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, por el necesario acceso a la prestación farmacéutica en igualdad de condiciones, párrafo e) del apartado 5 del artículo 102.

La nueva disposición adicional decimoséptima traslada lo dispuesto en la disposición adicional única del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

b.3) En relación a la modificación del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, en particular el artículo 26 fue modificado por la disposición adicional quinta de la **Ley 25/2015, de 28 de julio, de mecanismo de segunda oportunidad, reducción de la carga financiera y otras medidas de orden social**, para que los familiares de los pensionistas y trabajadores por

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

cuenta ajena y por cuenta propia españoles de origen tengan derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país. Con la norma se modifica el artículo 26 para que sea de aplicación efectiva el artículo 3.2.d) de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo,* y así, ampliar este derecho a todos los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen, no solamente a los que tenga una relación laboral, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura.

b.4) En la disposición final cuarta y en relación a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido, se dispone como antecedente, siendo reciente, lo establecido en la disposición final segunda, sobre lista de espera de trasplantes, del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio*. En éste se establece que "*mediante Orden de la Ministra de Sanidad, previo informe favorable del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se establecerán los requisitos y período mínimo para que las personas extranjeras a las que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, puedan acceder a la lista de espera de trasplantes.*" Disposición que queda sin efecto al derogar esta norma el *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio*.

c) Identificación de los colectivos o personas afectadas por la situación y a las que la norma va dirigida

Este proyecto normativo se dirige a toda la población, ya que se trata de modificar las leyes sanitarias que regulan el sistema sanitario público de nuestro país.

d) ¿Por qué es el momento apropiado para hacerlo?

Los grandes retos de salud actuales, haciendo especial mención a las lecciones extraídas de la pandemia por Covid-19, solo pueden abordarse con garantías de éxito si el conjunto de la sociedad se gobierna maximizando los resultados que las diversas actuaciones y normas tienen en la salud de la población y si la apuesta en el fortalecimiento del SNS es firme y convencida.

Así pues, el **Gobierno** en su **Programa** establece como compromiso el siguiente, al que esta ley trata de dar cumplimiento de la palabra dada:

> "*Blindaremos la universalidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, culminando la aprobación en las Cortes de la Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, que ya aprobó el Consejo de Ministros*".

Así pues, el Gobierno ha incluido en el **Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia** un componente específico para renovar y ampliar las capacidades del Sistema Nacional de Salud este componente (18), tal y como se especifica en el mencionado Plan,

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

pretende corregir las debilidades estructurales detectadas y adaptar el sistema sanitario a los retos y desafíos identificados. Su objetivo es tener un modelo sanitario más robusto, flexible y resiliente.

El Componente consta de 5 reformas y 6 inversiones. Cada reforma e inversión pretende renovar y ampliar las capacidades del sistema sanitario en un ámbito específico. Son las siguientes: 1. Fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria, 2. Reforma del sistema de salud pública, 3. Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad, 4. Refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad y, 5. Reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios y mejora del acceso a medicamentos.

Las 6 inversiones representan un coste total de 1.069.000.000 euros. Son las siguientes: 1. Plan de inversión en equipos de alta tecnología, 2. Acciones para reforzar la prevención y promoción de la salud, 3. Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias, 4. Formación de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento, 5. Plan para la racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad y 6. *Data Lake* sanitario.

Estas reformas e inversiones suponen, en su conjunto, una verdadera transformación del sistema sanitario español. Responden fundamentalmente a los pilares 2, 3, 4 y 5 enumerados en el artículo 3 del Reglamento (UE) 2021/241, por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (MRR).

La consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad es una de las reformas incluidas en el Componente 18, en concreto constituye la reforma 3. La entrada en vigor de esta norma constituye el hito CID #275. Con ella, tal y como se desarrolla y explica en la presente MAIN, se pretende avanzar en la consecución de los objetivos de universalidad, equidad y cohesión y fortalecer aún más en España el acceso universal a la sanidad, la equidad en el acceso a la prestación sanitaria y la cohesión entre los diferentes territorios del país.

Por último cabe poner de manifiesto que esta reforma aborda medidas que están alineadas con las conclusiones de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica aprobadas por el Pleno del Congreso de los Diputados en julio de 2020[5], por lo que se puede suponer el consenso que recibirá en las cámaras del Parlamento.

[5] https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

2) FINES Y OBJETIVOS PERSEGUIDOS.

Los objetivos generales que persigue la norma son establecer medidas que consoliden la universalización en el SNS, incorporando aquellas que minimicen las desigualdades en salud para no dejar a nadie atrás y que refuercen estructuralmente la cooperación entre las distintas estructuras y ámbitos para abordar de forma integral las necesidades en salud de la población ante los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos que se presentan.

Para mayor precisión, los objetivos específicos se detallan a continuación:

1. Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español, y sus familiares que les acompañen, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura, así como a las personas ascendientes reagrupadas por su hija o hijo titular del derecho a la asistencia sanitaria en el SNS cuando estén a su cargo y siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

2. Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a determinados colectivos de personas extranjeras no titulares de derecho, debiéndose prestar en las mismas condiciones que las personas que son titulares del derecho mientras permanezcan en España.

3. Recuperar la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, así como la clarificación de la inclusión en las prestaciones incluidas en la misma de aquellas que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública.

4. Establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.

5. Incluir en la descripción de las prestaciones de la cartera común de servicios, las prestaciones de salud pública con objeto de visualizar de forma inequívoca que esta debe tener, y tiene, un efecto directo en la mejora de la salud de la población. Asimismo, se establece que la prestación de servicios debe garantizar, además de la máxima calidad y seguridad y las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población, el derecho a la participación en salud.

6. Concretar la medicina de precisión, personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional dentro de la prestación de atención especializada, para visualizarla de modo más adecuado en la cartera común de servicios.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

7. Incorporación de la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios, sociales y, en su caso, educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención integral a las personas.

8. Garantizar una interpretación homogénea de la norma, clarificando que en la prestación de atención especializada y sociosanitaria la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, con el fin de mantenerles la máxima autonomía y reintegrarles en su medio habitual.

9. Incluir el porcentaje de aportación de la persona usuaria en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de oficinas de farmacia de las personas incluidas *de novo* en los artículos 3 y 3 bis de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo.*

10. En relación a la prestación de trasplantes de órganos de donante fallecido, los objetivos son:
    a. Incrementar la igualdad efectiva en el acceso al TODF posibilitando el desarrollo reglamentario que establezca unos criterios de acceso al mismo.
    b. Consolidar en nuestro ordenamiento jurídico que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.

3) ADECUACIÓN A LOS PRINCIPIOS DE BUENA REGULACIÓN.

La proyectada ley cumple con los principios de buena regulación a los que se refiere el artículo 129 de la *Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*, siendo los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia, en tanto que persigue el interés general al pretender mejorar la universalidad del SNS de España y así incrementar la garantía del derecho a la protección a la salud. Asimismo, resulta coherente con el ordenamiento jurídico tanto nacional como europeo vigente.

En consecuencia, de acuerdo con los principios de necesidad y eficacia, la iniciativa normativa debe estar justificada por una razón de interés general, basarse en una identificación clara de los fines perseguidos y ser el instrumento más adecuado para garantizar su consecución. En este sentido, la norma viene justificada por una razón de interés general tan poderosa como es la necesidad de fortalecer aún más el acceso universal a la sanidad, la equidad en el acceso a la prestación sanitaria y la cohesión entre los diferentes territorios. Además, el proyecto se basa en una identificación clara de los fines y objetivos perseguidos para establecer medidas que consoliden la universalización en el SNS, incorporando aquellas medidas que minimicen las desigualdades en salud sin dejar a nadie atrás y que refuercen estructuralmente la cooperación entre las distintas estructuras y ámbitos, para abordar de forma integral las necesidades en salud de la población ante los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos que se presentan.

En virtud del principio de proporcionalidad, la iniciativa que se proponga deberá contener la regulación imprescindible para atender la necesidad a cubrir con la norma, tras constatar que

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

no existen otras medidas menos restrictivas de derechos, o que impongan menos obligaciones a los destinatarios. En este aspecto, la norma es respetuosa con el principio de intervención mínima, habiéndose constatado que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos o que impongan menos obligaciones a los destinatarios, no restringe derechos ni impone obligaciones y supone una extensión del ámbito de aplicación del derecho a la protección de la salud y de su alcance.

Por lo que respecta al principio de seguridad jurídica, se trata de una norma con rango de ley que modifica a otras leyes y a un real decreto ya vigentes. A su vez, como garantía de este principio, esta iniciativa normativa se adopta de manera coherente con el resto del ordenamiento jurídico, nacional y de la Unión Europea.

En aplicación del principio de transparencia se han puesto a disposición de la ciudadanía los documentos propios del proceso de elaboración de la norma en la página web de Ministerio de Sanidad, para lo que se ha sometido a consulta pública previa, del 19 de octubre al 19 de noviembre de 2020, un plazo mayor del mínimo general de 15 días naturales al previsto en el artículo 26.2 de la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre*, y se ha sometido al trámite de audiencia e información pública contenido en el artículo 26.6 de la misma *Ley 50/1997, de 27 de noviembre*, del 16 de noviembre al 7 de diciembre de 2021, al afectar a los derechos fundamentales e intereses legítimos de las personas.

En cuanto a la aplicación del principio de eficiencia, la iniciativa normativa evita la imposición de cargas administrativas ni afecta a las existentes.

Del mismo modo, durante el procedimiento de elaboración de la norma, tal y como se ha descrito en el apartado de “a) causas de la propuesta”, se han tenido en cuenta la experiencia previa y los informes de seguimiento existentes.

Finalmente, quedan justificados, tanto en la parte expositiva del proyecto como en la memoria, los objetivos que persigue esta ley.

4) ALTERNATIVAS.

Queda descartada la opción de no hacer nada, dado que esta alternativa afectaría a la salud de la población española, así como a la permanencia, sostenibilidad, universalidad, cohesión y equidad del SNS.

Por ejemplo, si no se aprueban las modificaciones de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*, previstas en este proyecto normativo, se podrían incorporar en un futuro nuevos copagos sanitarios para prestaciones que actualmente carecen de los mismos, lo que podría conllevar situaciones de inequidad al no poder ser asumidos por los sectores de la población más vulnerables. Además, si no se aprobara esta norma, se podría seguir realizando una interpretación no homogénea respecto a la rehabilitación en los pacientes con déficit funcional, lo que perpetuaría las posibles diferencias en el acceso a esta atención por parte de las personas usuarias.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Con respecto a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido, se desestima la posibilidad de no hacer nada, dado que el desarrollo reglamentario que se debería desarrollar si no se produjera la modificación propuesta limitaría los requisitos a las personas extranjeras que no tienen residencia en nuestro país, lo que establecería desigualdades inaceptables hacia estas.

Asimismo, los objetivos a alcanzar exigen una solución regulatoria con rango de ley dado que las modificaciones que se proponen son en normas de este rango.

Esta propuesta normativa permite alcanzar la consecución de los objetivos descritos en el apartado anterior con el menor número de efectos indeseados y haciendo un uso óptimo de los recursos aplicados.

5) PLAN ANUAL NORMATIVO.

El proyecto de ley fue incluido en el Plan Anual Normativo de 2022, aprobado por el Consejo de Ministros en su reunión de 11 de enero de 2022.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

II. CONTENIDO.

El proyecto de ley se compone de una exposición de motivos, tres artículos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria única, una disposición derogatoria única y cinco disposiciones finales. Se ha considerado que, dado que esta propuesta normativa modifica diversas normas, es oportuno que estas se diferencien en el articulado, correspondiéndose, por tanto, cada uno de los artículos con la modificación de cada una de las normas.

Así pues, se detalla a continuación el contenido de la misma:

a. En el **artículo primero** modifica la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*, en concreto los artículos 3, 3 bis, 3 ter, 8, 13 y 14 con varios objetivos de gran importancia, siendo estos:

   - Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español, y sus familiares que les acompañen, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura, así como a las personas ascendientes reagrupadas por su hija o hijo titular del derecho a la asistencia sanitaria en el SNS cuando estén a su cargo y siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

   - Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a determinados colectivos de las personas extranjeras no titulares de derecho, debiéndose prestar en las mismas condiciones que las personas que son titulares del derecho mientras permanezcan en España.

   - Recuperar la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, así como la clarificación de la inclusión en las prestaciones incluidas en la misma de aquellas que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública.

   - Establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.

   - Incluir en la descripción de las prestaciones de la cartera común de servicios las prestaciones de salud pública, con objeto de visualizar de forma inequívoca que esta debe tener y tiene un efecto directo en la mejora de la salud de la población. Asimismo, se establece que la prestación de servicios debe garantizar, además de la máxima calidad y seguridad y las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población, el derecho a la participación en salud.

   - Concretar la medicina de precisión, personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional dentro de la prestación de atención especializada, para visualizarla de modo más adecuado en la cartera común de servicios.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- Incorporar la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención integral a las personas.

- Garantizar una interpretación homogénea de la norma, clarificando que, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, con el fin de mantenerles la máxima autonomía y reintegrarles en su medio habitual.

b. El a**rtículo segundo** modifica el 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 para incluir el porcentaje de aportación de la persona usuaria en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de oficinas de farmacia de las personas incluidas *de novo* en los artículos 3 y 3 bis de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo.*

   Asimismo, se añade una nueva disposición adicional que determina los conceptos de persona asegurada y persona beneficiaria a efectos de lo previsto en la normativa internacional y la aportación a la prestación farmacéutica.

c. El **artículo tercero** modifica el Real Decreto 8/2008, de 11 de enero para que sea de aplicación efectiva la modificación propuesta en el artículo 3.2.d) de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*, y así los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen tengan derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.

d. La **disposición adicional primera** se refiere a las referencias normativas hechas en otras normas al concepto de cartera común básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria o cartera común de servicios accesorios a los efectos de la prestación de la asistencia sanitaria, que se entenderán como cartera común de servicios según se establece en la propuesta de modificación realizada en el artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*. Y se mantiene el ámbito de aplicación del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, que seguirá circunscrito a las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como al transporte sanitario urgente.

e. La **disposición adicional segunda** se refiere a las referencias a los términos «el usuario», «el asegurado» y «el beneficiario» contenidas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, y en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, que se entenderán hechas, respectivamente, a «la persona usuaria», «la persona asegurada» y «la persona beneficiaria».

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

f. La **disposición transitoria única** contempla un régimen transitorio para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos hasta que no entre en vigor el reglamento previsto en el artículo 3 ter.1 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*.

g. La **disposición derogatoria única** establece la derogación de cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en esta ley y la derogación expresa del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* que ha quedado sin contenido sustantivo con lo previsto por esta norma.

h. La **disposición final primera** se refiere al título competencial.

i. La **disposición final segunda** salvaguarda el rango normativo del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, con el fin de que siga ostentando rango reglamentario.

j. La **disposición final tercera** se refiere a la habilitación normativa.

k. La **disposición final cuarta,** sobre el carácter excepcional del trasplante de órganos de donante fallecido, habilita el desarrollo reglamentario necesario para establecer criterios de acceso a la lista de espera de trasplante de órgano de donante fallecido y dispone que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.

l. La **disposición final quinta** recoge la entrada en vigor de la norma a los veinte días de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

III. ANÁLISIS JURÍDICO.

A continuación, se muestra el análisis de la propuesta normativa en el ordenamiento jurídico actual.

1) Fundamento jurídico y rango normativo

El artículo 43 de la Constitución española impone a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, siendo este uno de los denominados principios rectores de la política social y económica, que cobran más sentido en nuestro ordenamiento jurídico por cuanto son principios informadores que orientan el sentido de la legislación y de la actuación de las administraciones públicas.

El Tribunal Constitucional, en diversas sentencias, se ha pronunciado sobre la efectividad del derecho a la protección de la salud contemplado en el artículo 43 de la Constitución española, pues, en su condición de principio rector dirigido a orientar y determinar la actuación de todos los poderes públicos, estatales y autonómicos, obliga «*a desarrollar la acción normativa que resulte necesaria para asegurar el cumplimiento de esos mandatos constitucionales*» (STC 113/1989, de 22 de junio, FJ 3), es decir, a establecer las normas precisas para garantizar la organización y tutela de la salud pública a través de los medios necesarios.

Es preciso, por tanto, modificar las normativas estatales para fortalecer e incrementar las capacidades del SNS, actualizándolas para abordar con mayores garantías los retos presentes y futuros que la salud de la población española presente.

Asimismo, debe tenerse en cuenta el reparto competencial establecido en la Constitución, y más concretamente, en lo que aquí interesa, lo dispuesto en el artículo 148.1.20ª y 21ª (normas que ubican en la capacidad normativa de las Comunidades Autónomas las materias de asistencia social, sanidad e higiene), y lo establecido en el artículo 149.1.16ª de la Constitución que no solo atribuye al Estado la competencia exclusiva para determinar la legislación básica y la coordinación general de la sanidad, sino que, lógicamente, también le exige preservar la existencia de un sistema normativo nacional, que sea unívoco y que enarbole una regulación uniforme en materia de protección de la salud con vigencia en toda España.

En cumplimiento con lo dispuesto en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en el Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de febrero de 2021, por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia y su normativa de desarrollo, en particular la Comunicación de la Comisión Guía técnica (2021/C 58/01) sobre la aplicación del principio de «no causar un perjuicio significativo», así como con lo requerido en la Decisión de Ejecución del Consejo relativa a la aprobación de la evaluación del plan de recuperación y resiliencia de España (CID) y su documento anexo, todas las actuaciones que deban llevarse a cabo en cumplimiento de esta norma deben respetar el llamado principio de no causar un perjuicio significativo al medioambiente (principio DNSH por sus siglas en inglés, "*Do No Significant Harm*"). Esta norma, tal y como se ha explicitado en el PRTR, **no afecta a la preservación del principio de «no causar un perjuicio significativo».**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

A continuación, se presenta la **evaluación del cumplimiento del principio DNSH**, conforme a la lista de verificación de la Guía técnica sobre la aplicación del principio de la Comisión Europea, utilizando la metodología establecida en el Reglamento del MRR.

Así pues, los objetivos medioambientales que se evalúan son aquellos que requieren una evaluación sustantiva, siendo los siguientes y sobre los que se prevé un efecto nulo, dada la naturaleza de la norma:

- Mitigación del cambio climático.
- Adaptación al cambio climático.
- Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos.
- Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos.
- Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo.
- Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas.

Tampoco se prevé **impacto medioambiental por razón de cambio climático**, valorado en términos de mitigación y adaptación al mismo, de acuerdo con lo establecido en la letra h) del artículo 26.3 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, introducida por la Ley 7/2021, de 20 de mayo, de cambio climático y transición energética.

En todos los objetivos medioambientales citados, los efectos estimados de las medidas comprendidas en esta norma tienen un impacto previsible insignificante, teniendo en cuenta tanto los objetivos directos como los principales efectos directos como los indirectos a lo largo del ciclo de vida.

En cuanto al rango normativo, dado que se pretende modificar normas con rango de ley, por el principio de jerarquía normativa no queda otra opción que hacerlo mediante otra ley.

2) Congruencia con el ordenamiento jurídico nacional e internacional

En relación a la congruencia con el ordenamiento jurídico nacional, y tal y como se ha expuesto en el apartado "I.1.b) Antecedentes", las propuestas de modificación planteada están en consonancia con la normativa nacional actual, tanto sectorial como intersectorial.
Las normas que se pretende modificar son:

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- 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.

En lo referente a la congruencia con el ordenamiento jurídico internacional, cabe destacar que, en virtud del apartado 1 del artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, la salud es una competencia compartida entre la Unión Europea y sus Estados miembros. Si bien los Estados miembros definen y prestan los servicios sanitarios y de asistencia médica nacionales, la UE pretende complementar las políticas nacionales mediante su estrategia de salud. Es decir, es competencia de los Estados miembros organizar sus servicios sanitarios, correspondiéndoles determinar la gestión de los servicios de salud y de atención médica, así como la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios (apartado 7 del artículo 168 del Tratado). Los regímenes de seguridad social y protección

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

social creados por los Estados miembros serán apoyados por la UE [artículo 153.1.c) del Tratado]. La identificación de las actividades que se encuadran en tal tipo corresponde igualmente a los Estados miembros. Por otra parte, se respetan de forma íntegra las legislaciones europeas entre las que cabe señalar la Directiva 2011/24/UE del Parlamento europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y su normativa de desarrollo, que se dicta en cumplimiento de la obligación de transponer la Directiva 2010/45/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de julio de 2010, sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados al trasplante. También es importante destacar que esta reforma legislativa se incluye en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia como una de las reformas incluidas en el Componente 18, en concreto constituye la reforma 3. Dicho Plan ha sido aprobado por la Comisión Europea.

Hay que tener siempre presente que es competencia de los Estados miembros organizar sus sistemas de salud pública y de seguridad social, puesto que la salud y la vida de las personas ocupan el primer puesto entre los bienes e intereses protegidos por el Tratado de la Unión Europea y corresponde a los Estados miembros, que disponen de un margen de apreciación, decidir qué nivel de protección de la salud pública pretenden asegurar y de qué manera debe alcanzarse ese nivel (Sentencia del TJUE, Sala Quinta, de 28 de enero de 2016, Asunto C-50/14, apartado 60, Sentencia Azienda sanitaria locale n. 5 «Spezzino» y otros, C-113/13, EU:C:2014:2440 apartado 56, y sentencias Comisión/Alemania, C-141/07, EU:C:2008:492, apartados 46 y 51 y Blanco Pérez y Chao Gómez, EU:C:2010:300, apartados 43, 44, 68 y 90).

Finalmente cabe señalar que la proyectada ley es respetuosa con lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución española, así como con la *Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera* que lo desarrolla, al no quedar comprometida la sostenibilidad del SNS con la reforma planteada.

3) Vinculación con la aplicación del Fondo de Recuperación

De acuerdo con 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 Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia esta norma se encuentra vinculada al hito CID #275, incluido en la Reforma 3 del Componente 18, que consiste en la entrada en vigor de la Ley por el que se modifican diversas normas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud: "*Los objetivos de la ley son los siguientes: garantizar la homogeneidad en el acceso a la sanidad por parte de la población, integrar a los representantes de los pacientes en los órganos de gobernanza del Sistema Nacional de Salud español, limitar el establecimiento de nuevos copagos, modificar la definición de prestaciones sociosanitarias en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, garantizar la coordinación entre las autoridades en los ámbitos sanitario y social, introducir una evaluación de impacto de todos los cambios normativos en el sector y reformar la aportación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Esta ley irá acompañada de una evaluación de impacto detallada, que también se publicará, en la que se analizarán también sus efectos sobre la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas*".

La ejecución de las medidas propuestas en esta norma atenderán a lo establecido en los artículos 5, 9 y 22 del Reglamento del MRR y se observará lo establecido en la Orden

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

HFP/1030/2021, de 29 de septiembre, por la que se configura el sistema de gestión del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y en la Orden HFP/1031/2021, de 29 de septiembre, por la que se establece el procedimiento y formato de la información a proporcionar por las Entidades del Sector Público Estatal, Autonómico y Local para el seguimiento del cumplimiento de hitos y objetivos y de ejecución presupuestaria y contable de las medidas de los componentes del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

Al ser este hito CID #275, incluido en la Reforma 3 del Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, una reforma, y no una inversión que ejecute los fondos europeos para el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, no resulta de aplicación el artículo 47 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 Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y, por ello, no es necesario realizar un informe anual de evaluación al que se refiere el artículo 28 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

Se expresan en detalle el desarrollo de las siguientes líneas de acción y la correspondencia de todos los aspectos contenidos en el hito CID #275:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

C18.R3 Hito CID #275 Contenido del CID	Contenido del Documento
R.1. Descripción de las reformas e inversiones que pueden acogerse a las ayudas financieras no reembolsables *#Hito nº 275 Ley de Medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud de la* Reforma 3 (C18.R3) – Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad. El objetivo de esta reforma es seguir reforzando el acceso universal a la sanidad en España, la equidad en el acceso a la prestación sanitaria y la cohesión en la asistencia sanitaria entre los distintos territorios del país. La reforma consta de tres pilares: - Ley de medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud. Los objetivos de la Ley son los siguientes: i) garantizar el acceso a la sanidad de toda la población, ii) integrar a los representantes de los pacientes en los órganos de gobernanza del Sistema Nacional de Salud español, iii) limitar el establecimiento de nuevos copagos, iv) modificar la definición de prestaciones sociosanitarias en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, v) garantizar la coordinación entre las autoridades en los ámbitos sanitario y social, vi) introducir una evaluación de impacto de todos los cambios normativos en el sector y vii) reformar la aportación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Esta Ley irá acompañada de una evaluación de impacto detallada en la que se analizarán también sus efectos sobre la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas y que deberá hacerse pública.	**Disposiciones del Documento que dan cumplimiento a cada uno de los aspectos que según la parte descriptiva debe contener el texto:** Se describen en el apartado 2

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

R.2. Hitos, objetivos, indicadores y calendario de seguimiento y ejecución relativos a las ayudas financieras no reembolsables ***Descripción de cada Hito y Objetivo*** ***#Hito nº 275*** Ley de Medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud Los objetivos de la Ley son los siguientes:	**Disposiciones del Documento que dan cumplimiento a cada uno de los aspectos que según la parte descriptiva debe contener el texto:**
i) garantizar la homogeneidad en el acceso a la sanidad por parte de la población.	El artículo primero modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en sus artículos 3, 3 bis y 3 ter. El artículo 3 bis de protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no titulares del derecho, en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, para garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. Adicionalmente incluye, como personas extranjeras, que, no siendo titulares de derecho, tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares de derecho durante su permanencia en España a las personas extranjeras, mientras permanezcan en esta situación, solicitantes de protección internacional, desplazadas solicitantes y beneficiarias de protección temporal y víctimas de trata de seres humanos o de explotación sexual que hayan sido identificadas en el marco de lo dispuesto por el artículo 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social o que hayan sido acreditadas como tales en el marco de lo dispuesto por el artículo 47 del Real Decreto-ley 6/2022, de 29 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes en el marco del Plan Nacional de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la guerra en Ucrania.
ii) integrar a los representantes de los pacientes en los órganos de gobernanza del Sistema Nacional de Salud español.	Este objetivo se recogerá en otra norma, el Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.
iii) limitar el establecimiento de nuevos copagos.	En el artículo primero de la ley se modifica el artículo 8 de cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, en la *Ley 16/2003, de*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

		28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, para agrupar conceptualmente la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, y evitar que, de acuerdo con lo establecido por el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril*, puedan incorporarse nuevos copagos sanitarios a la población española. Se pretende reestablecer la cartera común de servicios, como una única cartera cuya provisión estará cubierta de forma completa por financiación pública, estableciéndose la misma aportación que en la actualidad en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte de la persona usuaria y se regirán por su normativa específica.
iv)	modificar la definición de prestaciones sociosanitarias en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.	En el artículo primero de la ley se modifica el apartado 1 del artículo 14 de prestación de atención sociosanitaria, en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, para establecer que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellas personas, generalmente pacientes crónicos y/o personas con discapacidad, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral.
v)	garantizar la coordinación entre las autoridades en los ámbitos sanitario y social.	En el artículo primero de la ley se modifica el artículo 14 de prestación de atención sociosanitaria, en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, para coordinar los servicios sanitarios y sociales y, en su caso, educativos. Esta coordinación será reforzada mediante la constitución de órganos de coordinación sociosanitaria en cada Comunidad Autónoma y ciudades de Ceuta y de Melilla que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia, con discapacidad o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

		seguimiento de los planes de atención individualizados.
vi)	introducir una evaluación de impacto de todos los cambios normativos en el sector y	Este objetivo se recogerá en otra norma, el Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.
vii)	reformar la aportación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.	El artículo segundo de la ley modifica el *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*, para incluir el porcentaje de aportación de la persona usuaria en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de oficinas de farmacia de las personas incluidas de novo en los artículos 3 y 3 bis de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, en concreto de las personas españolas de origen residentes en el exterior en sus desplazamientos temporales a nuestro país, así como los familiares que les acompañen, y de las personas extranjeras, que, no siendo titulares de derecho, tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares de derecho durante su permanencia en nuestro país, como son las personas extranjeras solicitantes de protección internacional, desplazadas solicitantes y beneficiarias de protección temporal y víctimas de trata de seres humanos o de explotación sexual que hayan sido identificadas en el marco de lo dispuesto por el artículo 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social o que hayan sido acreditadas como tales en el marco de lo dispuesto por el artículo 47 del Real Decreto-ley 6/2022, de 29 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes en el marco del Plan Nacional de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la guerra en Ucrania.
Esta Ley irá acompañada de una evaluación de impacto detallada, que también se publicará, en la que se analizarán también sus efectos sobre la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas.		La evaluación del impacto sobre la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas figura en el apartado de impacto presupuestario: “Con respecto a **sus efectos sobre la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas** se ha estimado que la norma tiene un impacto presupuestario de 22.585.509,50 euros/año, que sobre un gasto sanitario público de 84.098.033.000 euros en el año 2022, de acuerdo a la Estadística de gasto sanitario 2022 del Ministerio de Sanidad, supone un 0,026% del gasto sanitario público. Muy inferior a la tasa de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

	variación interanual del gasto sanitario público prepandemia por Covid-19, durante el periodo 2015-2019, con una media del crecimiento del 3,5% anual, por lo que no se considera que la norma ponga en riesgo la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas." Cabe destacar que en la evaluación ex-post, adicionalmente, se dice: "Una vez analizados todos los criterios contenidos en el artículo 3.1 del Real Decreto 286/2017, de 24 de marzo, por el que se regulan el Plan Anual Normativo y el Informe Anual de Evaluación Normativa de la Administración General del Estado y se crea la Junta de Planificación y Evaluación Normativa, se concluye que en el presente caso no concurre ninguna causa que haga necesaria la evaluación normativa *ex post* de esta ley, y ello debido a que el proyecto: • No supone coste o ahorro presupuestario significativo para la Administración General del Estado. • No implica incremento o reducción de cargas administrativas para los destinatarios de la norma que resulte significativo por el volumen de población afectada o por incidir en sectores económicos o sociales prioritarios. • No tiene una incidencia relevante sobre los derechos y libertades constitucionales. • No plantea conflictividad previsible con las Comunidades Autónomas. • No presenta impacto sobre la economía en su conjunto o sobre sectores destacados de la misma. • No produce efectos significativos sobre la unidad de mercado, la competencia, la competitividad o las pequeñas y medianas empresas. • No presenta un impacto relevante por razón de género. • No tiene impacto relevante sobre la infancia y adolescencia o sobre la familia. Como se ha señalado en el apartado de vinculación con la aplicación del Fondo de Recuperación, al ser este hito CID #275, incluido en la Reforma 3 del Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, una reforma, y no una inversión que ejecute los fondos

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

	europeos para el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, no resulta de aplicación el artículo 47 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 Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y, por ello, no es necesario realizar un informe anual de evaluación al que se refiere el artículo 28 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno. No obstante, por el interés general que persigue la norma y la medición de los resultados en la salud de la población, siendo medibles a largo plazo, se considera oportuno realizar una evaluación que permita el seguimiento tanto de la implementación efectiva de las distintas medidas como de los resultados esperados.”

El *#Hito nº 275 Ley de Medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud* de la *Reforma 3 (C18.R3) – Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad* no tiene previsto financiación alguna derivada de fondos europeos del MRR, con independencia de que, al igual que para el resto de medidas del Componente 18, estén definidos los hitos y objetivos, así como los indicadores de seguimiento. Este #Hito nº 275 tuvo como fecha de cumplimiento el cuarto trimestre del 2023, por lo que al haberse sobrepasado el plazo previsto urge la aprobación de esta ley.

En esta medida no está prevista financiación alguna derivada de fondos europeos del MRR, por lo que no puede resultar de la misma una doble financiación.

4) Entrada en vigor y vigencia

La ley entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

5) Derogación de normas

La ley proyectada deroga todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a la misma y, específicamente, el *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

IV. ADECUACIÓN DE LA NORMA AL ORDEN DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS.

Las normas modificadas por los artículos primero a tercero de la ley se dictan en virtud de los títulos competenciales que amparan dichas normas. Las normas que se modifican son normas ya existentes, por tanto, se es continuista en el ámbito de la legislación.

Cabe destacar que las Comunidades Autónomas han participado de forma activa en el trámite de información pública, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano con representación autonómica que, a su vez, también informa el proyecto.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

V. ANÁLISIS DE IMPACTOS.

1) Impacto económico

Desde un punto de vista general, se considera que el proyecto de ley no tiene una incidencia sobre la economía en general, al no afectar sus disposiciones al precio de los productos o servicios, no adoptarse medidas que promuevan la creación o destrucción de empleo o la modificación de las condiciones de trabajo, no incorporar medidas destinadas a promover la investigación o desarrollo de nuevas tecnologías, ni aumentar la oferta de bienes y servicios a disposición de los consumidores.

En otro orden de cosas, el proyecto de ley no tiene impacto sobre la competencia en el mercado, ya que no se incluye ningún aspecto que implique la utilización de alguno de los productos regulados por la norma en concreto por parte de los ciudadanos que pueda suponer una distorsión de la competencia en el mercado, posibles restricciones al acceso de nuevas empresas o que limite la libertad de las ya existentes para competir o sus incentivos para hacerlo.

Igualmente, en relación con el posible impacto que este proyecto de ley tendrá, una vez aprobado, en las materias recogidas en la *Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de garantía de la unidad de mercado*, señalar que el proyecto no contiene condiciones ni requisitos que tengan como efecto directo o indirecto la discriminación por razón de establecimiento o residencia de un operador económico.

No se genera tampoco ningún impacto sobre la innovación.

Cabe destacar que el mantenimiento del régimen transitorio para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos a favor del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina, en sus respectivos ámbitos de gestión, no tiene impacto económico alguno, por cuanto que supone el mantenimiento de los procedimientos y sistemas de gestión actualmente existentes.

Asimismo, se prevé un impacto positivo para aquellas personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español y para los familiares que les acompañen, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura. Así como a las personas ascendientes reagrupadas por su hija o hijo titular del derecho a la asistencia sanitaria en el SNS que estén a su cargo y siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

A continuación, se expone el análisis realizado para determinar el impacto positivo que tendrá en la economía de las personas:

1. En lo relativo a la ampliación del derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares que les acompañen, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura.

Hasta el momento actual, está contemplado este derecho para los españoles de origen que sean trabajadores o pensionistas residentes en el exterior, y para los familiares que les acompañen, según establece la actual redacción del artículo 26 del *Real Decreto 8/2008, de 11 de enero*. Dicho artículo dice así:

> *Artículo 26. Asistencia sanitaria para españoles de origen retornados y para los trabajadores y pensionistas españoles de origen residentes en el exterior desplazados temporalmente al territorio nacional y para los familiares de los anteriores que se establezcan con ellos o les acompañen.*
>
> *1. Los españoles de origen residentes en el exterior que retornen a España así como los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia y los pensionistas españoles de origen residentes en el exterior en sus desplazamientos temporales a nuestro país tendrán derecho a la asistencia sanitaria cuando, de acuerdo con las disposiciones de la legislación de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios Internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura.*
>
> *2. Los familiares de los españoles de origen retornados que se establezcan con ellos en España, y los de los pensionistas y trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia españoles de origen, residentes en el exterior, que les acompañen en sus desplazamientos temporales a España, tendrán igualmente derecho a la asistencia sanitaria en España, a través del Sistema Nacional de Salud, cuando, de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, estos familiares no tuvieran prevista esta cobertura.*
>
> *A los efectos indicados, se entenderá que son familiares con derecho a asistencia sanitaria:*
>
> *a) El cónyuge de las personas indicadas en el apartado 1 o quien conviva con ellas con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.*
>
> *b) Los descendientes de las personas indicadas en el apartado 1 o los de su cónyuge o los de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquellas y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65 por ciento.*
>
> *3. El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en todos estos supuestos corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, el cual expedirá el documento acreditativo del derecho. Este derecho se conservará hasta que el beneficiario reúna los requisitos establecidos para obtenerlo de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios Internacionales de Seguridad Social.*
>
> *Los españoles de origen retornados justificarán su condición mediante la presentación de la baja consular en el país de residencia y el certificado de empadronamiento en el municipio donde hayan fijado su residencia en nuestro país.*

En esta propuesta legislativa se amplía el número de personas españolas beneficiarias de este derecho, y cabe destacar que solo repercute en los españoles de origen que residen en el extranjero, pero que no trabajan, en sus desplazamientos temporales a nuestro país, por lo que se considera que es un volumen de población muy pequeño y durante periodos limitados. Además, el reconocimiento de este derecho no conlleva necesariamente que vayan a precisar de una asistencia sanitaria en nuestro país, ya que se trata de estancias temporales que coinciden habitualmente con sus periodos de vacaciones en España.

Se considera que en este caso el impacto es inapreciable en el conjunto del SNS, dado que hay que tener en cuenta que los españoles que emigran a otros países lo hacen principalmente por razones de trabajo, por lo que su número siempre será superior a los que residen en otros países sin trabajar en ellos.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Así pues, para calcular el impacto económico que podría tener en una persona se debe estimar lo que cuesta un seguro de enfermedad anual, para lo que se ha realizado una búsqueda considerando como persona susceptible del mismo a una persona de 71 años (se considera esta edad como un máximo a los efectos de hacer el cálculo del impacto económico). Los precios disponibles en distintas aseguradoras, sin copago, oscilan entre 185,9-233,5 euros/mes, lo que supone un impacto de 2.230,8-2.802 euros/año/persona que se evitaría al estar cubierto con fondos públicos**.** Al ser personas desplazadas temporalmente se podría estimar lo equivalente a un mes.

2. En lo relativo a la ampliación del derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas ascendientes reagrupadas por su hija o hijo titular del derecho a la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud que estén a su cargo y siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

Hasta que sea efectiva la modificación propuesta, entre los requisitos que se solicitan a este colectivo de personas extranjeras para residir legalmente en España se encuentra el de contar con una cobertura sanitaria, ya sea privada o pública, de acuerdo la «*Directiva 2004/38/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros*», traspuesta en el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, dispone en el artículo 7.1 que todo ciudadano de la Unión o del Espacio Económico Europeo tiene derecho de residencia en el territorio de otro Estado miembro por un período superior a tres meses si:

> *"a) Es un trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia en España*,
> *b) Dispone, para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social en España durante su período de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España o*
> *c) Está matriculado en un centro público o privado, reconocido o financiado por la administración educativa competente con arreglo a la legislación aplicable, con la finalidad principal de cursar estudios, inclusive de formación profesional; y cuenta con un seguro de enfermedad que cubre todos los riesgos en España y garantiza a la autoridad nacional competente, mediante una declaración o por cualquier otro medio equivalente de su elección, que posee recursos suficientes para sí y los miembros de su familia para no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado español durante su período de residencia".*

Y aquellos miembros de la familia que no sean nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea o del Espacio Económico Europea, tienen igualmente que cumplir con las condiciones anteriores (artículo 7.2).

Por otro lado, el «*Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009*», en relación con los familiares de ciudadanos extranjeros no pertenecientes a la Unión Europea o al Espacio Económico Europeo, establece, entre los requisitos que deben acreditar para la concesión de una autorización de residencia, el de "*contar con un seguro público o un seguro privado de enfermedad concertado con una entidad aseguradora autorizada para operar en España"* (artículos 46.e) y para la autorización de residencia por reagrupación familiar *"Copia compulsada de documentación que acredite que cuenta con empleo y/o recursos económicos*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

suficientes para atender las necesidades de la familia, incluyendo la asistencia sanitaria, en el supuesto de no estar cubierta por la Seguridad Social, de acuerdo con lo establecido en el artículo 54 de este Reglamento" (artículo 56).

Por lo tanto, cualquier extranjero que se encuentre en los supuestos establecidos, al tener que disponer de cobertura sanitaria obligatoria a través de un seguro de enfermedad vinculado a la autorización de residencia, no podría acreditar todos los requisitos exigidos en el artículo 3.2.b) de la Ley 16/2003 para acceder a la asistencia sanitaria con fondos públicos pues ya está atendido y protegido por otra vía legal.

Así pues, para calcular el impacto económico que podría tener en una persona se debe estimar lo que cuesta un seguro de enfermedad anual, para lo que se realizado una búsqueda considerando como persona susceptible del mismo a una persona de 71 años. Los precios disponibles en distintas aseguradoras, sin copago, oscilan entre 185,9-233,5 euros/mes, lo que supone un impacto de **2.230,8-2.802 euros/persona/año que se evitaría al estar cubierto con fondos públicos.**

2) Impacto presupuestario

El presente proyecto de ley tiene impacto en los presupuestos de gastos e ingresos de las Comunidades Autónomas y para el INGESA.

Con respecto al **presupuesto de ingresos**, cabe señalar en primer lugar que la aplicación de la presente ley no implica la creación de ninguna tasa nueva, ni precio público.

Con respecto al **presupuesto de gastos,** debe señalarse que este proyecto normativo tiene impacto presupuestario para las Comunidades Autónomas y para el INGESA. Este impacto es derivado de las siguientes medidas:

a) Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares que les acompañen, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura.
b) Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas ascendientes reagrupadas por su hija o hijo titular del derecho a la asistencia sanitaria en el SNS que estén a su cargo y siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

Hay que tener presente que la incorporación de nuevos colectivos que se incorporan al artículo 102 de aportación de las personas usuarias y sus personas beneficiarias en la prestación farmacéutica ambulatoria en el *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*, no tiene impacto presupuestario por cuanto estos colectivos ya están recibiendo atención sanitaria con cargo a fondos públicos en el SNS y no se les modifica la aportación farmacéutica que en la actualidad tienen establecida en la Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDPP-SNS):

a) Las personas con nacionalidad española de origen residentes en el exterior desplazadas temporalmente al territorio español, así como los familiares que les

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

acompañen, tienen asignado el Título 94 con el código TSI 003 en la BDPP-SNS, que se corresponde con una aportación del 40% del PVP en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de las oficinas de farmacia como persona titular del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.
Se les está prestando asistencia sanitaria por lo establecido en el artículo 26 del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero.

b) Las personas extranjeras solicitantes de protección internacional tienen asignado el Título 80 con el código F 003 en la BDPP-SNS, que se corresponde con una aportación del 40% del PVP en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de las oficinas de farmacia como persona protegida por el SNS y no titular del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.
Se les está prestando asistencia sanitaria por la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria, que establece en el artículo 16.2 que las personas nacionales no comunitarias y las apátridas presentes en territorio español que sean solicitantes de protección internacional tendrán derecho a la asistencia sanitaria y en el artículo 18.1.f que tienen el derecho a la atención sanitaria una vez presentada la solicitud. Asimismo, la disposición adicional cuarta de prestación de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, les proporciona la atención médica necesaria.

c) Las personas extranjeras desplazadas solicitantes y beneficiarias de protección temporal tienen asignado el Título 58 con el código F 003 en la BDPP-SNS, que se corresponde con una aportación del 40% del PVP en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de las oficinas de farmacia como persona protegida por el SNS y no titular del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.
Se les está prestando asistencia sanitaria por el artículo 20 del Real Decreto 1325/2003, de 24 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre régimen de protección temporal en caso de afluencia masiva de personas desplazadas y el artículo 3 de la Orden PCM/169/2022, de 9 de marzo, por la que se desarrolla el procedimiento para el reconocimiento de la protección temporal a personas afectadas por el conflicto en Ucrania, que establece que a estas personas se les aplica lo dispuesto en el artículo 15 de los solicitantes de asilo del Real Decreto 203/1995, de 10 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de aplicación de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, modificada por la Ley 9/1994, de 19 de mayo.

d) Las personas extranjeras víctimas de trata de seres humanos o de explotación sexual que hayan sido identificadas en el marco de lo dispuesto por el artículo 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social o que hayan sido acreditadas como tales en el marco de lo dispuesto por el artículo 47 del Real Decreto-ley 6/2022, de 29 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes en el marco del Plan Nacional de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la guerra en Ucrania tienen asignado el Título 81 con el código F 003 en la BDPP-SNS, que se corresponde con una aportación del 40% del PVP en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de las oficinas de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

farmacia como persona protegida por el SNS y no titular del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.
Se les está prestando asistencia sanitaria por la disposición adicional quinta de prestación de asistencia sanitaria para víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

e) Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, tienen asignado el Título 85 con el código F 003 en la BDPP-SNS, que se corresponde con una aportación del 40% del PVP en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de las oficinas de farmacia como persona protegida por el SNS y no titular del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.
Se les está prestando asistencia sanitaria por lo previsto en el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

Con respecto a la medicina de precisión, personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional, España está desarrollando una Estrategia en Medicina de Precisión Personalizada, a partir de la cual se desarrolla el Plan de Medicina Genómica. El continuo y rápido desarrollo de nuevas pruebas genéticas, fundamentalmente en lo relativo a las técnicas de secuenciación masiva y del campo de la farmacogenética y farmacogenómica, plantean la necesidad de concretar en la cartera de servicios común aquellas pruebas que son coste-efectivas y han mostrado su utilidad clínica en el diagnóstico.

Los objetivos que se persiguen con la presente actualización y concreción de la medicina de precisión, personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional en la cartera común de servicios de atención especializada es la adecuación de la misma a los retos actuales y futuros y la necesidad de garantizar un acceso más homogéneo y equitativo dado que se han identificado situaciones de inequidad en el territorio nacional.

La medicina de precisión, personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional ya forma parte de la cartera común de servicios del SNS, aunque no se recoge expresamente. La cartera común de servicios en el área de genética se recoge en el apartado 5.3.10 del anexo III relativo a la cartera de servicios comunes de atención especializada del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, desarrollado mediante la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Las Comunidades Autónomas, INGESA y mutualidades son las responsables de proporcionar esta prestación en su ámbito de gestión, siempre que se cumplan los criterios establecidos y exista una indicación clínica establecida.

La cartera de genética ya se está proporcionando en la actualidad, por lo que no se considera relevante el impacto presupuestario que la actualización y concreción pudiera tener para las administraciones públicas.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Por tanto, no cabe esperar que la aprobación de esta norma tenga un impacto directo sobre el coste actual de esta prestación, estableciéndose las bases para su concreción futura, lo que redundará en una prestación más racional y eficiente.

El resto de medidas propuestas no suponen impacto presupuestario alguno, por lo que su impacto es nulo.

A continuación, se presenta el análisis correspondiente:

1. En lo relativo a la ampliación del derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares que les acompañen, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura.

Se considera que en este caso el impacto es inapreciable dado que hay que valorar que los españoles que emigran a otros países lo hacen principalmente por razones de trabajo, por lo que su número siempre será superior a los que residen en otros países sin trabajar en ellos. De cualquier forma, tal y como se expuesto en el apartado anterior, el impacto en las personas que se beneficien de esta medida se estima (impacto económico) en 124,5 euros, correspondiendo dicha cantidad a un mes del gasto real sanitario público por habitante protegido.

2. En lo relativo a la ampliación del derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas ascendientes reagrupadas por su hija o hijo titular del derecho a la asistencia sanitaria en el SNS que estén a su cargo y siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

Para el cálculo de su repercusión en los Servicios Regionales de Salud y el INGESA se ha tenido en cuenta el gasto sanitario público según criterio de devengo de gasto real, con la información disponible de Gasto Sanitario Público[6] (EGSP) del Ministerio de Sanidad, del año 2022:

El gasto real sanitario público en las Comunidades Autónomas y en las ciudades de Ceuta y de Melilla, en el año 2022, para los Servicios hospitalarios y especializados (55.844.980.000 €), Servicios primarios de salud (13.166.652.000 €), Farmacia (13.544.591.000 €) y Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos (1.541.810.000 €) asciende a un total de 84.098.033.000 euros. Y dividiendo este gasto por el número de la población protegida del SNS a 1 de enero de 2022 (45.924.153 habitantes) en la base de Datos de Tarjeta Sanitaria del SNS (BDPP-SNS), con los datos facilitados por la Subdirección General de Información Sanitaria, se ha podido calcular el gasto real sanitario público por habitante protegido en el año 2022: 1.831 euros.

[6] https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.xls

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

El cálculo del impacto de su incorporación como población protegida del SNS se ha realizado con los datos de reagrupación de ascendientes, desde el año 2016 hasta de 2020, proporcionados por la Subdirección General de Análisis Migratorio del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, en torno a 5.000 personas anualmente.

RESIDENCIA POR REAGRUPACIÓN FAMILIAR DE ASCENDIENTES	Reagrupados nacionales de la UE	Reagrupados nacionales de terceros países		TOTAL ANUAL
		Residencia no permanente	Residencia permanente	
2016	249	2.717	1.956	4.922
2017	217	3.138	1.712	5.067
2018	266	3.414	1.646	5.326
2019	350	3.626	1.653	5.629
2020	278	2.389	1.424	4.091
TOTAL GENERAL	**1.360**	**15.284**	**8.391**	**25.035**

Se ha realizado el cálculo considerando los datos de las personas extranjeras ascendientes reagrupadas en los últimos cinco años disponibles que se incorporan al sistema sanitario público, un total de 25.035.

Hay que considerar que las personas extranjeras pueden reagrupar siempre que hayan residido legalmente en España durante un año y hayan obtenido autorización para residir, al menos, otro año más y, además, sean residentes de larga duración. De acuerdo a la legislación de extranjería (artículo 17 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social), los ascendientes reagrupables son los de primer grado mayores de 65 años o los de su cónyuge o pareja, que estén a su cargo (por depender económicamente del reagrupante) y haya razones que justifiquen la necesidad de autorizar su residencia en nuestro país. Excepcionalmente, por causas de carácter humanitario, podrán ser los ascendientes menores de 65 años. Por lo tanto, se han realizado una estimación dividiendo los ascendientes reagrupados en los últimos cinco años disponibles en dos grupos de edad idénticos de 2.500 personas, uno de 65 a 74 años y otro de 75 años en adelante. No se han tenido en cuenta en el cálculo del impacto el número de ascendientes que no se pudieron reagrupar debido a la imposibilidad de asumir el coste de un seguro de enfermedad ni el de los reagrupantes, y consecuentemente sus ascendientes reagrupados, que hayan podido retornar a sus países de origen después de haberse reagrupado.

Hay que tener presente que tras la reforma efectuada, bajo la figura del arraigo familiar, con el Real Decreto 629/2022, de 26 de julio, por el que se modifica el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009, aprobado por el Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, los ascendientes extranjeros mayores de 65 años de un ciudadano español o de su cónyuge o pareja registrada ya no necesitan que acrediten la condición de estar a cargo, ni tampoco la de tener un seguro de enfermedad, como sí sucede bajo la opción por residencia de familiar comunitario, regulada en el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

Se ha multiplicado este número de personas reagrupadas por el gasto real sanitario público por habitante protegido de 1.831 euros, calculado anteriormente, y por un factor de ponderación de 2,175 para el grupo de 65 a 74 años y de 2,759 para el grupo etario de 75 años en adelante, tal y como se establecen en el artículo 9 de la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias (esta norma recoge el resultado del trabajo realizado por el Ministerio de Sanidad en el marco del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, publicado en septiembre de 2007, creado por la I Conferencia de Presidentes Autonómicos bajo la dirección de la Intervención General de la Administración del Estado).

El resultado del impacto en el gasto sanitario previsto por la incorporación al SNS se realiza con base en los siguientes escenarios:

- Considerando una entrada anual de 5.000 personas al año, correspondiente esta cifra a la media de las solicitudes de reagrupación de ascendientes, desde el año 2016 hasta de 2020, proporcionados por la Subdirección General de Análisis Migratorio del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, residencia legal en España por reagrupación familiar: **22.585.385 euros/año.**
- Considerando que todas las solicitudes aceptadas desde el año 2016 al 2020 pertenecen a personas que, con la normativa vigente, no tienen reconocido el derecho en el sistema sanitario público: **112.926.925 euros el primer año y 22.585.385 euros/año los años siguientes**.

Dado que no se dispone de los datos de personas reagrupadas desglosadas por CCAA e INGESA, para realizar la estimación del impacto presupuestario en el marco de los PGE se ha realizado una estimación en función de los datos de población protegida por el SNS a 1 de enero de 2022 (acorde con los datos de la estadística de gasto sanitario público).

Considerando los siguientes datos:

- Población protegida total en España a 1 de enero de 2022: 45.924.153 personas

- Población protegida total INGESA (74.850 en Ceuta + 73.658 Melilla): 148.508 personas (0,3233766771920649 % sobre la población protegida total)

Realizando una extrapolación, si al conjunto de las CCAA y el INGESA la reagrupación de ascendientes les supone 112.926.925 euros el primer año y de 22.585.385 euros/año los años siguientes, al INGESA le supone 365.179 euros el primer año y de 73.036 euros/año los años siguientes.

Con respecto a **sus efectos sobre la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas** se ha estimado que la norma tiene un impacto presupuestario de 22.585.385 euros/año, que sobre un gasto sanitario público de 84.098.033.000 euros en el año 2022, de acuerdo a la Estadística de gasto sanitario 2022 del Ministerio de Sanidad, supone un 0,026% del gasto sanitario público. Muy inferior a la tasa de variación interanual del gasto sanitario público

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

prepandemia por Covid-19, durante el periodo 2015-2019, con una media del crecimiento del 3,5% anual, por lo que no se considera que la norma ponga en riesgo la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas.

La aprobación de esta norma no supondrá incremento de retribuciones, ni de dotaciones, ni de otros gastos de personal al servicio del sector público.

3) Análisis de las cargas administrativas

De acuerdo con la guía metodológica para la elaboración de la memoria del análisis de impacto normativo, se consideran cargas administrativas aquellas actividades de naturaleza administrativa que deben llevar a cabo las empresas y ciudadanos para cumplir con las obligaciones derivadas de la normativa.

Se reducen los trámites administrativos a los españoles de origen residentes en el exterior porque en la redacción del artículo 3.2.d) de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ya no se requiere, entre las condiciones para acceder a la asistencia sanitaria en España en sus desplazamientos temporales, el que las disposiciones en materia de Seguridad Social del Estado de procedencia no cubran su asistencia sanitaria en el extranjero, a diferencia de la redacción actual del artículo 26 del 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.

Hay que tener en cuenta que la Resolución de 25 de febrero de 2008 (BOE núm. 53 de 1 de marzo de 2008), conjunta de la Dirección General de Emigración y de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por la que se regula el procedimiento para acceder a la asistencia sanitaria en los españoles trabajadores por cuenta ajena que residen en el exterior, exige para su tramitación un "*certificado emitido por la institución de Seguridad Social competente en el país de procedencia acreditativo de que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria*". También, de acuerdo al procedimiento establecido en la *Resolución de 25 de febrero de 2008*, es necesario un "*Informe de la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales o de la Sección Laboral y de Asuntos Sociales o, en su defecto, de los Consulados o Secciones consulares de las Embajadas en el país de procedencia, relativo a la legislación vigente en el mismo respecto de la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria y su incidencia en la situación del interesado*." Se trata de un certificado que no es fácil de obtener, ya que las instituciones de la Seguridad Social de otros países no están obligadas a emitir ningún tipo de certificado a España y no están obligadas a seguir las instrucciones de una administración extranjera. Solo se ha observado en Canadá, en los que sus sistemas provinciales sanitarios proporcionan ayudas, pero muy limitadas, a sus residentes cuando necesitan asistencia sanitaria en el extranjero. Ayudas que no coinciden ni técnica ni jurídicamente con el concepto de "exportación del derecho" de la prestación sanitaria, pero que suponen una pequeña compensación económica por los gastos sanitarios contraídos en otros países. Y es por esta razón que las provincias canadienses, gestoras de la asistencia sanitaria en ese país, no emiten los certificados de no exportación del derecho, desfavoreciendo a los españoles residentes en ese país.

Dado que el contenido del proyecto se circunscribe a aspectos estructurales y organizativos de las administraciones públicas y a las relaciones entre ellas, no puede decirse que imponga a los ciudadanos y empresas ninguna obligación nueva para relacionarse con la

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

administración ni modifique las cargas actualmente existentes. Por tanto, se considera que el proyecto no tiene efecto sobre las cargas administrativas, exceptuando que se elimina el certificado acreditativo de no exportación del derecho a la asistencia sanitaria por parte de las instituciones de la Seguridad Social de otros países y que por ser emitido por Estados extranjeros no se cuantifica el ahorro de costes que les supone a los españoles de origen residentes en el exterior.

4) Impacto por razón de género

Se prevé que el impacto en género sea positivo. Hay que tener en cuenta que las normas sanitarias, de forma general, afectan positivamente a las mujeres dado que, según los últimos datos, de las 48.085.361 personas residentes en España (INE datos provisionales a 1 de enero de 2024), hay casi un millón más de mujeres (24.519.768) que de hombres (23.565.593) residentes y las medidas propuestas aplican a toda la población española.

También se considera que el impacto por razón de género de este proyecto de norma es positivo porque amplía el derecho a la asistencia sanitaria en España a todos los españoles de origen residentes en el exterior, y para los familiares que les acompañen, en sus desplazamientos temporales a nuestro país siempre que las disposiciones de la legislación española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura. Ya que se podrán beneficiar, en especial, aquellas mujeres españolas de origen residentes en el exterior que son parejas de nacionales de esos países y que, por encontrase dedicadas al cuidado del hogar y familiar y no ser trabajadoras o pensionistas en otros Estados no se pueden acoger a lo dispuesto por la normativa vigente. Tal y como se refleja en los acuerdos del II Pleno del VII Mandato del Consejo General de la Ciudadanía Española en el Exterior. "Acuerdo 3.1 de asistencia sanitaria en desplazamientos temporales. *Se pone de manifiesto, sin embargo, la existencia de situaciones de españoles o españolas de origen que, por no tener un empleo en el exterior, no tienen ese derecho. Esta situación afecta de manera especial a las mujeres casadas con ciudadanos extranjeros*. *Por ello, y de acuerdo con los principios de igualdad contemplados en la Ley 40/2006, de 14 de diciembre, del Estatuto de la ciudadanía española, o en otras normas generales que deberían ser tenidas en cuenta, se propone: La ampliación del ámbito subjetivo de españoles protegidos, en materia de asistencia sanitaria, en sus desplazamientos temporales a España, incluyendo a todos los españoles y españolas de origen, cuando no se encuentren cubiertos por normativa comunitaria o convenios bilaterales de Seguridad Social que contemplen dicha asistencia."*

Por otra parte, cabe valorar que las mujeres tienen una presencia mayoritaria en las profesiones sanitarias. A fecha de 31 de diciembre de 2023, la encuesta de población activa (EPA) recogía un total de 1.375.200 trabajadores ocupados en el sector sanitario, de los cuales el 72,22% son mujeres, con 993.100 empleadas, por un 27,78% de hombres, con 382.100 empleados.

Para finalizar se destaca que, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 2 de la Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre valoración del impacto de género, este proyecto de ley no contiene ningún aspecto del que puedan derivarse consecuencias negativas o de discriminación.

5) Impacto sobre la infancia y adolescencia

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Se valora este impacto en aplicación del artículo 22 quinquies de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Se prevé que el impacto sobre la infancia y la adolescencia sea positivo, esperándose que la salud de los menores mejore, fundamentalmente porque los menores se van a ver beneficiados en las medidas relativas a la ampliación de derecho a la asistencia sanitaria.

6) Impacto en la familia

Se valora este impacto en aplicación de lo dispuesto en la disposición adicional décima de la Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas y se considera positivo por los mismos motivos indicados en los apartados anteriores, es decir, porque tiene un impacto positivo en el género y en la infancia y adolescencia, lo que genera un impacto positivo directo en la familia.

La atención sanitaria a las personas ascendientes reagrupadas por su hija o hijo titular del derecho a la asistencia sanitaria permite mantener la unidad familiar y garantizar el mantenimiento de la familia.

7) Impacto en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad

Se prevé que el impacto las personas con discapacidad sea positivo, esperándose que la salud de éstas mejore, fundamentalmente por los mismos motivos indicados en los apartados anteriores

8) Otros impactos

a) Impactos en salud.

Se espera que el impacto sobre la salud de la población sea positivo dado que los objetivos generales que persigue la norma son establecer medidas que consoliden la universalización en el SNS, incorporando aquellas que minimicen las desigualdades en salud para no dejar a nadie atrás y que refuercen estructuralmente la cooperación entre las distintas estructuras y ámbitos para abordar de forma integral las necesidades en salud de la población ante los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos que se presentan.

Se destacan, como medidas de alto calado en la valoración de este impacto, el ampliar y garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección de la salud que se esperan tengan un impacto positivo sobre la salud de toda la población, consolidando la universalización de la asistencia sanitaria en el SNS. La cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

b) Impacto medioambiental por razón de cambio climático

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

No se prevé impacto medioambiental por razón de cambio climático, valorado en términos de mitigación y adaptación al mismo, de acuerdo con lo establecido en la letra h) del artículo 26.3 de la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno*, introducida por la *Ley 7/2021, de 20 de mayo, de cambio climático y transición energética* ya que en todos los objetivos medioambientales citados, los efectos estimados de las medidas comprendidas en el presente proyecto tienen un impacto previsible insignificante, teniendo en cuenta tanto los objetivos directos como los principales efectos directos como los indirectos a lo largo del ciclo de vida.

No afecta a la preservación del principio de «no causar un perjuicio significativo», DNSH, por sus siglas en inglés, "Do No Significant Harm").

A continuación, se presenta la **evaluación del cumplimiento del principio DNSH**, conforme a la lista de verificación de la Guía técnica sobre la aplicación del principio de la Comisión Europea, utilizando la metodología establecida en el Reglamento del MRR.

Así pues, los objetivos medioambientales que se evalúan son aquellos que requieren una evaluación sustantiva, siendo los siguientes y sobre los que se prevé un efecto nulo, dada la naturaleza de la norma:

- Mitigación del cambio climático
- Adaptación al cambio climático
- Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos
- Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos
- Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo
- Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas

c) Impacto que tendrá para la ciudadanía y para la administración el desarrollo o uso de los medios y servicios de la administración digital que conlleve la norma:
No se prevé impacto para la ciudadanía y para la administración el desarrollo o uso de los medios y servicios de la administración digital que conlleve la norma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

VI. DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN.

Fue sometido al trámite de consulta pública previa a la elaboración del texto, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.2 de la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre*, a efectos de recabar la opinión de los sujetos potencialmente afectados por la futura norma, que se realizó a través del portal web del Ministerio de Sanidad entre los días 19 de octubre y 19 de noviembre de 2020, ambos incluidos, recibiéndose 44 observaciones de ciudadanos y organizaciones. Las observaciones recibidas en este período de consulta pública y la valoración que de cada una de ellas se ha realizado figuran en el documento incorporado como anexo I a esta memoria.

Fue informado por la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos con fecha 22 de octubre de 2021.

El Consejo de Ministros, a propuesta de la Ministra de Sanidad, y a los efectos de lo dispuesto en el artículo 26.4 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, en su reunión del día 8 de noviembre de 2021, tomó conocimiento del Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

Una vez redactado el texto del proyecto, al tratarse de una disposición que puede afectar a los derechos e intereses legítimos de los ciudadanos, se realizó el trámite de información pública a través del portal web del Ministerio de Sanidad, del 16 de noviembre al 7 de diciembre de 2021, así como el trámite de audiencia pública, durante quince días hábiles, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 26.6 de la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre*, recibiéndose 108 observaciones de ciudadanos y organizaciones y de entidades. Las observaciones recibidas en este período de información pública y trámite de audiencia pública y la valoración que de cada una de ellas se ha realizado figuran en el documento incorporado como anexo II a esta memoria.

Durante el trámite de audiencia, entre los días 24 de noviembre y 28 de diciembre de 2021, las siguientes entidades fueron debidamente notificadas:

- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).
- Plataforma de Organización de Pacientes (POP).
- Alianza General de Pacientes (AGP).
- Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE).
- Foro Español de Pacientes (FEP).
- Organización Médica Colegial de España - Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.
- Consejo General de Enfermería.
- Consejo General de Colegios de Farmacéuticos.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Fisioterapeutas.
- Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas.
- Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER).
- Asociación Española de Fabricantes y Distribuidores de Productos de Nutrición Enteral (AENE).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- Federación Nacional de Empresarios de Ambulancias (ANEA).
- Federación Española de Ortesistas y Protesistas (FEDOP).
- Oficina de España- Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR).
- Cruz Roja Española.
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR).
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III.
- AETSA-Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).
- Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud (SESCS).
- Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS).
- Agencia Gallega de Gestión del Conocimiento en Salud (Avalia-t, ACIS).
- Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Comunidad de Madrid.
- Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-OSTEBA, Gobierno Vasco.

A su vez y en el marco de las administraciones públicas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26.5 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, se han recabado los siguientes informes:

- Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad (artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Informe del Ministerio de Defensa (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Informe del Ministerio de Industria, Comercio y Turismo (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Informe del Ministerio de Ciencia e Innovación (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Hacienda y Función Pública (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre)
- Ministerio del Interior (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Consumo (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Trabajo y Economía Social (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Informe del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Educación y Formación Profesional (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).

Asimismo, se ha solicitado:

- Aprobación previa del Ministerio de Hacienda y Función Pública (artículo 26.5, párrafo quinto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Informe del Ministerio de Política Territorial en materia de adecuación del proyecto al orden de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas (artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Informe de la Oficina de Coordinación y Calidad Normativa (OCCN) del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática (artículo 26.9 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Se ha sometido al Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud (art. 4.1 del Real Decreto 1515/1992, de 11 de diciembre, por el que se regula la composición y funciones del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud) y Certificación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (art. 71 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).
- Informe de la Agencia Española de Protección de Datos, de conformidad con el artículo 47 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y en el artículo 5 b) del Estatuto de la Agencia, aprobado por Real Decreto 389/2021, de 1 de junio.
- Informe de la Comisión Ministerial de Administración Digital del Ministerio de Sanidad (artículo 7.4 del Real Decreto 806/2014, de 19 de septiembre, sobre organización e instrumentos operativos de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la Administración General del Estado y sus Organismos Públicos) y acta del día 3 de diciembre de 2021 de la Sesión Permanente de la Comisión Ministerial de Administración Electrónica del Ministerio de Sanidad.
- Informe del Consejo de Consumidores y Usuarios (artículo 2 del Real Decreto 894/2005, de 22 de julio, por el que se regula el Consejo de Consumidores y Usuarios y artículo 39.2 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre).
- Informes de las Comunidades Autónomas y ciudades de Ceuta y de Melilla.
- Observaciones de la Subdirección General de Atención Sanitaria del Ministerio de Sanidad (INGESA) y valoración de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), vía correo electrónico.
- Nota de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Informe de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Informe del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).
- Informe del Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU).
- Informe del Consejo General de la Ciudadanía Española en el Exterior.
- Informe del Consejo Nacional de la Discapacidad (CND).
- Informe de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Por último, la norma ha sido dictaminada por el Consejo Económico y Social, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7.1.3 de la Ley 21/1991, de 17 de junio, por la que se crea el Consejo Económico y Social.

En relación a las observaciones del Consejo Económico y Social cabe destacar que se ha incorporado al texto la siguiente:

- En el artículo primero se ha incluido 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 habían quedado recogidas en el texto del Anteproyecto.

No se identifican más observaciones del Consejo Económico y Social que requieran de más modificaciones en el proyecto propuesto.

Finalmente, en cumplimiento de lo contemplado en el artículo 88 de la Constitución española, el proyecto de ley será aprobado en Consejo de Ministros, que lo someterá al Congreso de los Diputados, acompañado de una exposición de motivos y de los antecedentes necesarios para pronunciarse sobre el mismo.

A este respecto, cabe señalar que el Consejo de Ministros de 14 de junio de 2022 aprobó, en segunda vuelta, el envío a las Cortes Generales del Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el artículo 26.8 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre. No obstante, con la entrada en vigor del Real Decreto 400/2023, de 29 de mayo, de disolución del Congreso de los Diputados y del Senado y de convocatoria de elecciones, el referido Anteproyecto de Ley “decayó” en su tramitación.

En este sentido, se destaca que, siguiendo el criterio del Secretariado del Gobierno, del Ministerio de Presidencia, Justicia y Relaciones con la Cortes, en aquellos proyectos normativos que tuvieran finalizada la tramitación administrativa de su expediente, y que no hubieran visto modificada su redacción y contenido, se dan por asumidos los informes emitidos de conformidad con el artículo 26.5, párrafos primero y cuarto de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

En el presente supuesto, el Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud se ajusta íntegramente al Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, si bien se ciñe exclusivamente a las cuestiones de universalidad. Por tanto, del texto enviado a las Cortes Generales se han eliminado todas aquellas disposiciones no referidas a la universalidad del Sistema Nacional de Salud.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

VII. EVALUACIÓN EX POST.

Una vez analizados todos los criterios contenidos en el artículo 3.1 del Real Decreto 286/2017, de 24 de marzo, por el que se regulan el Plan Anual Normativo y el Informe Anual de Evaluación Normativa de la Administración General del Estado y se crea la Junta de Planificación y Evaluación Normativa se concluye que en el presente caso no concurre ninguna causa que haga necesaria la evaluación normativa *ex post* de esta ley, y ello debido a que el proyecto:

- No supone coste o ahorro presupuestario significativo para la Administración General del Estado.
- No implica incremento o reducción de cargas administrativas para los destinatarios de la norma que resulte significativo por el volumen de población afectada o por incidir en sectores económicos o sociales prioritarios.
- No tiene una incidencia relevante sobre los derechos y libertades constitucionales.
- No plantea conflictividad previsible con las Comunidades Autónomas.
- No presenta impacto sobre la economía en su conjunto o sobre sectores destacados de la misma.
- No produce efectos significativos sobre la unidad de mercado, la competencia, la competitividad o las pequeñas y medianas empresas.
- No presenta un impacto relevante por razón de género.
- No tiene impacto relevante sobre la infancia y adolescencia o sobre la familia.

Como se ha señalado en el apartado de vinculación con la aplicación del Fondo de Recuperación, esta norma está vinculada al hito CID #275, incluido en la Reforma 3 del Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Al ser este hito una reforma, y no una inversión que ejecute los fondos europeos para el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, no resulta de aplicación el artículo 47 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 Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y, por ello, no es necesario realizar un informe anual de evaluación al que se refiere el artículo 28 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

No obstante, por el interés general que persigue la norma y la medición de los resultados en la salud de la población, siendo medibles a largo plazo, se considera oportuno realizar una evaluación que permita el seguimiento tanto de la implementación efectiva de las distintas medidas como de los resultados esperados.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ANEXO I. TABLA DE OBSERVACIONES REALIZADAS

I). OBSERVACIONES REALIZADAS EN EL TRÁMITE DE CONSULTA PÚBLICA PREVIA:

OBSERVACIONES
1. Jaume Puig Junoy, Distinguished Professor en la Universitat Pompeu Fabra – Barcelona School of Management. Félix Lobo Aleu, Catedrático Emérito en la Universidad Carlos III de Madrid. y Beatriz González López Valcárcel, Catedrática en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
Presentan un amplio informe sobre el impacto de los copagos sanitarios sobre la eficiencia, la equidad y el impacto presupuestario del SNS por el que **el diseño óptimo de copagos debe tener en cuenta su impacto sobre la eficiencia, la equidad y el impacto presupuestario** y se remite al informe de la AIREF para FEDEA y a las documentaciones y publicaciones de los autores accesibles en: https://jaumepuigjunoy.cat/en/home/, http://www.felixlobo.com/ y https://www2.ulpgc.es/index.php?pagina=bvalcarcel.dmc&ver=inicio. **A) Recomendaciones generales sobre la relación entre la inclusión en la cartera pública de servicios y el grado de financiación pública:** 1. **Recomendaciones en negativo**.- 1.1 No imponer copagos a las visitas médicas ni a las hospitalizaciones necesarias, indicadas y coste-efectivas. 1.2 Tampoco imponer copagos a los programas de cribado poblacional coste-efectivos, para las personas del grupo diana, aunque fuera de él pudieran considerarse pruebas selectivas complementarias eventualmente sujetas. 1.3 Las vacunas incluidas en el calendario vacunal deberían en todo caso quedar exentas de copago. 2. **Recomendaciones en positivo.-** 2.1 Los tratamientos y prestaciones que no sean eficaces o efectivos deberán tener un copago del 100% (es decir, no deberían ser financiadas por el SNS). 2.2 Los servicios efectivos pero no coste-efectivos dado el umbral de disponibilidad a pagar del país y las restricciones presupuestarias, podrían recibir una subvención (que es la otra cara de la moneda del copago) hasta el valor de la Ratio de Coste-Efectividad Incremental (RCEI) que resulta de la disposición social a pagar. Quedarían excluidos de la cartera básica común de servicios del SNS. Esta subvención podría tener la forma de reducción fiscal en el IRPF que debería ser objeto de estudio detallado. 2.3 Podrían ofrecerse copagos voluntarios de prestaciones complementarias o “extras” que no afectan a la salud sino a dimensiones de comodidad o rapidez.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

2.4 Para abordar presupuestariamente la ampliación de la cartera de servicios con nuevas prestaciones (ejemplo, podología) podría proponerse su co-financiación por parte del usuario.

2.5 Los servicios y prestaciones cuya efectividad (adherencia) depende de la motivación del usuario han de estar sujetos a copago, que proponemos sea condicionado al cumplimiento (por ejemplo, los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, o las curas de adelgazamiento).

2.6 En la medida de lo posible, se diseñarán y articularán copagos voluntarios, particularmente en el caso de los precios de referencia de los fármacos que deberían ser reformulados para que el usuario contribuya por la diferencia entre el precio financiado (que se basaría en el valor terapéutico, en las condiciones del mercado y de la competencia) y el precio del medicamento que elige adquirir.

B) Recomendaciones específicas sobre cambios necesarios en el actual copago de medicamentos para mejorar la equidad y la eficiencia en la prestación farmacéutica:

1. Suprimir la distinción entre activos y pensionistas, cualidad que en principio no marca ninguna diferencia ni de necesidad ni de renta ni puede seguir siendo equiparada con una distinción en favor de la equidad.

2. Establecer límites máximos anuales (no mensuales) del copago, en euros, en función de la renta, con más tramos que los tres actuales, para toda la población. El modelo de copago de Suecia podría servir de orientación.

3. Podrían establecerse varios porcentajes de copago sobre el PVP en función de la efectividad de los tratamientos. Francia podría ser un referente en este sentido.

4. Los tratamientos con un ratio coste-efectividad socialmente aceptable para pacientes crónicos y para grupos vulnerables deberían ser gratuitos o casi-gratuitos.

5. Los tratamientos para síntomas menores, en la medida en que sean efectivos y coste-efectivos, deberían estar incluidos en la cartera de servicio en las mismas condiciones que el resto.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Aunque no se incorpora en la propuesta las recomendaciones tal y como las exponen, el sentido está de las aportaciones esstán en línea con la propuesta normativa que se presenta ya que en ésta se realizan modificaciones para evitar la incorporación de nuevos copagos asociados a la prestación sanitaria y se equipara la exención del copago en la prestación ortoprotésica con lo previsto para la exención farmacéutica

2. Asociación Española de Laboratorios de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos (AELMHU)

De las cuatro temáticas incluidas en el presente anteproyecto de ley, la más relevante desde la óptica de las enfermedades raras, es la consistente en fortalecer la cohesión y equidad en el SNS facilitando la viabilidad de desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

El FOGA fue creado con el objeto de garantizar la cohesión y la equidad, a través de la compensación a las CCAA de las atenciones que sus servicios de salud presten a personas, que gocen de la condición de asegurado o de beneficiario del SNS, en sus desplazamientos temporales, en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la cartera suplementaria (En estos términos se establece en el artículo 3.2 del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones).

Sin embargo, al no haberse llevado a cabo el desarrollado reglamentario previsto en el artículo 3.4 del Real Decreto-ley 16/2012 el *"Informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar* Social. Ejercicio 2017" del Tribunal de Cuentas, sostiene que desde 2013 el Ministerio de Sanidad viene compensando con cargo al FOGA sólo la atención primaria en desplazamientos de corta duración, a través del "FOGA-Atención primaria" y el gasto farmacéutico, a través del "FOGA-Farmacia".

En este sentido, el citado informe aclara que en el supuesto del FOGA-Farmacia, únicamente se están compensando las dispensaciones a través de oficinas de farmacia, quedando excluida la dispensación farmacéutica hospitalaria.

El Tribunal de Cuentas considera que el FOGA no cumple con sus objetivos y en la práctica, solo supone un sistema de compensación parcial de los costes de asistencia sanitaria entre CCAA. Por lo que recomienda que el Ministerio de Sanidad impulse la modificación de la normativa vigente con el fin de articular un mecanismo que, de forma efectiva, contribuya a la igualdad de acceso a la prestación sanitaria en toda España.

Recomendaciones

Desde AELMHU, celebramos que el actual gobierno considere a las enfermedades raras una prioridad, manifestando en su acuerdo de gobierno su compromiso de *"integrar las necesidades de las enfermedades raras en la planificación global de la cobertura universal, garantizando el acceso a diagnóstico y tratamiento de todas las personas, independientemente de dónde vivan y la patología con la que convivan".*

Esto es algo que ha sido refrendado por el Ministro de Sanidad, en su comparecencia de 27 de febrero de este año ante la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, en la que explicó las prioridades de su mandato.

La no compensación con cargo al FOGA de la dispensación farmacéutica hospitalaria, supone la exclusión de los tratamientos de las enfermedades raras y los medicamentos huérfanos de este fondo.

Para contribuir a materializar el impulso que este gobierno quiere dar a las enfermedades raras, conforme al citado compromiso en el acuerdo de gobierno y en las prioridades establecidas en materia de Sanidad para esta legislatura, recomendamos:

1. ***Que se incluya la dispensación farmacéutica hospitalaria con cargo al FOGA o en su defecto, los tratamientos para las enfermedades raras y medicamentos huérfanos.***
2. Al objeto de conseguir una igualdad de acceso a la prestación sanitaria en toda España y en aras de reforzar la cohesión y la equidad en el ámbito de las enfermedades raras, creemos que se han de ***aplicar las recomendaciones científicas y clínicas***

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

emanadas de los Informes de Posicionamiento Terapéutico en todos los ámbitos de la gestión sanitaria (estatal y autonómica) y que sea vinculante en la toma de decisiones de las Comunidades Autónomas para evitar desigualdades no justificadas.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Las aportaciones realizadas están en consonancia con el proyecto normativo dado que están en línea con la propuesta normativa ya que en ésta se realizan modificaciones encaminadas a facilitar un posterior desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA).

3. Hogar Sí, Gonzalo Caro Sagüés de Relaciones Institucionales

Conclusiones y propuestas:

Como resultado de las complejas necesidades de salud acumuladas y no tratadas y de la múltiple morbilidad, las personas sin hogar a menudo mueren a causa de condiciones de salud prevenibles y tratables. Esto significa que sus tasas de mortalidad prematura son extremadamente altas. La Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020 destaca que las personas sin hogar tienen una esperanza de vida 30 años menor que la población general. Según el estudio de Tornero entre las personas sin hogar la mortalidad intrahospitalaria se produce a una edad media de 23 años menor que la de las personas con hogar (Tornero et al, 2016). Otras investigaciones indican que las personas sin hogar ven reducida su esperanza media de vida en 20 años respecto al resto de la población (Trastornos psiquiátricos y la mortalidad entre personas en recursos de emergencia para personas sin hogar en Dinamarca: un estudio de cohorte basado en el registro a nivel nacional, (The Lancet, 2011)).

En este sentido, tres medidas que deberían tomarse con relación a la redacción del Anteproyecto de Ley de Medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud son las siguientes:

1. Realizar un análisis de las barreras existentes que impiden el acceso a las personas en situación de sinhogarismo a las prestaciones del Servicio Nacional de Salud y establecer las medidas necesarias para garantizar la equidad y la universalidad de este.
2. Establecer mecanismos que garanticen el acceso a la tarjeta sanitaria y la conexión con la atención primaria de las personas que se encuentran en situación de sinhogarismo a través de la cooperación entre los servicios sociales y sanitarios.
3. Modificar los procedimientos de baremación en la evaluación de discapacidad y dependencia, valorando las condiciones del entorno e incluyendo en éstas las condiciones de la vivienda.
4. Incluir en el catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud la estancia en centros sociosanitarios para garantizar el acceso al sistema público de salud de las personas sin hogar en procesos de convalecencia o de cuidados paliativos.

Añadidas a las medidas anteriores, consideramos necesario también tomar las siguientes medidas al respecto de otras políticas públicas:

1. Incluir la problemática de salud de las personas sin hogar en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud garantizando sus derechos y su bienestar.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

2. Incorporar la problemática de salud de las personas sin hogar en la Estrategia Nacional sobre Adicciones garantizando sus derechos y su bienestar.

Presentan un amplio informe acerca del "Sinhogarismo y derecho a la salud" en España.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

4. Grupo de Trabajo sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), Yolanda González Rábago

Realizan una exposición de motivos y antecedentes del RDL 16/2012 y RDL 7/2018 y, a modo de conclusión:

Por lo tanto, considerado el conocimiento y la evidencia científica existente acerca de los determinantes sociales de la salud, así como de las desigualdades sociales en la salud y en el acceso a la salud, y vistas tanto las consecuencias que tiene la exclusión del SNS de diversos colectivos de personas, en especial, de aquellas en situación más vulnerable, no sólo para la realización efectiva de su derecho a la salud, sino también para la salud del conjunto de la población, el Grupo de Determinantes Sociales de la Salud, y en concreto, la iniciativa de Inmigración, de la Sociedad Española de Epidemiología, queremos llamar la atención sobre el reto al que se enfrenta el *Anteproyecto de Ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud*. Ese reto debe ser visto como una oportunidad para garantizar un efectivo y equitativo derecho a la salud en dos sentidos. Por un lado, una oportunidad para que el sistema sanitario sea garante del acceso equitativo a la atención sanitaria con una reorientación hacia los determinantes sociales de la salud. Y, por otro lado, una oportunidad para avanzar en un modelo de gobernanza por la salud y en la incorporación de la estrategia de Salud en Todas las Políticas, que conlleva la inclusión de la lente de la salud y la equidad en las políticas no sanitarias, para la mejora de la salud poblacional y la reducción de las desigualdades sociales en salud.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

No se realizan valoraciones adicionales.

5. José María Aguirre Fernández de Arroyabe

1. La obesidad y el sobrepeso son factores que influenciarán mucho el futuro gasto en Sanidad pública. No en vano en Europa existe también este problema. Es de importancia constatarlo en mi opinión, y hacer prioritaria su prevención mediante la Promoción de la salud (la ley General de Sanidad de 1986 lo reafirma en el art 6.1 entre otros, como factor estratégico de salud). Creo que las escuelas deben jugar un papel fundamental en la educación sanitaria, con enfermeros/as escolares.
2. Creo que en cuestión de pandemias debe haber una única autoridad sanitaria, ésta y en el futuro, no descartables.
3. La financiación en sanidad debe ser multicompartida, como dice la ley General de Sanidad en sus arts. 79.1 y 79.2, por autonomías y poder local, ayuntamientos y diputaciones.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

4. Es importante la creación de unidades de cuidados paliativos y acompañamiento multiprofesional en domicilio en casos de discapacidades y cuidados de pacientes terminales. Y finalmente

5. Impulsar la colaboración de los servicios de prevención, y datos clínicos recogidos en los exámenes de salud laborales, siempre con la confidencialidad debida éticamente, para mejora de la calidad asistencial en los centros de salud.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

6. Asociación Española para la Investigación y Ayuda del Síndrome de Wolfram, María Teresa Belmonte García en su calidad de Vicepresidenta

Respecto al apartado B "la necesidad y oportunidad de su aprobación", referida la RD 16/2012 y en relación con el Fondo de Garantía Asistencial, donde les propongo que aparezca una mención expresa a la atención a las personas con Enfermedades Raras que se deben desplazar por todo el territorio español para recibir la atención sanitaria adecuada a su patología específica. Esta propuesta está avalada por la Declaración Política de la ONU "*Universal Health Coverage: moving together to build a healthier world*" de septiembre de 2019.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

El proyecto normativo incorpora una modificación del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) encaminada a facilitar su posterior desarrollo reglamentario, pero no procede hacer alusión explícita al colectivo de personas con enfermedades raras ya que sería discriminatorio respecto al resto de población desplazada en el territorio nacional.

7. Pablo Iglesias Rionda, Técnico de Incidencia Política en nombre de REDER (Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012)

Presentan un amplio informe explicativo.

A) <u>La necesidad de modificar del artículo 3 de la Ley 16/2003</u>

Modificar el artículo 3 de la Ley 16/2003 en los siguientes términos:

Artículo 3. Titulares de los derechos.

1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:

a) Todas las personas con nacionalidad española

b) Las personas extranjeras que se encuentren en España, inscritas en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual. En caso de tener dificultades para realizar el empadronamiento, la residencia efectiva podrá acreditarse mediante una declaración jurada u otros documentos certificativos tales como un informe favorable de Servicios Sociales o de ONG debidamente acreditadas que serán fijados por vía reglamentaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25099

c) Las personas nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.

d) Las personas nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

2. En cualquier caso, las personas extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos en los siguientes supuestos:

a) Las personas extranjeras que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.

b) Las personas extranjeras menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las españolas.

c) Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto, incluyendo el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

d) Las personas extranjeras solicitantes de asilo que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas españolas

e) Las personas extranjeras víctimas de trata que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las españolas.

f) La atención de enfermedades infectocontagiosas que supongan un riesgo para la salud pública.

3. Las Administraciones Públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas, sociales o de discapacidad, tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Como consecuencia de esta nueva redacción del artículo 3, se elimina el artículo 3 ter de la Ley 16/2003.

Además, con el fin de blindar de manera más efectiva el derecho a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras, **recomendamos** la recuperación del artículo 12 de Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, previo a la reforma introducida por el RDL 16/2012.

B) <u>La situación de las personas ascendientes reagrupadas</u>

Modificar el artículo 3 de la Ley 16/2003 en los términos anteriormente mencionados para eliminar así el requisito de "*no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía"*.

Modificar el artículo 7.1 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo en los siguientes términos:

- Eliminar el siguiente texto "*así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España"*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Modificar el artículo 54 del Real Decreto 557/2011 de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social en los siguientes términos:

- Eliminar el siguiente texto "*incluyendo la asistencia sanitaria en el supuesto de no estar cubierta por la Seguridad Social*"

C) Prestación farmacéutica

Modificar el apartado e) del artículo 102.5 del 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 en los siguientes términos:

e) Para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, un 40 % del PVP para las personas menores de 65 años y un 10% del PVP para las mayores de 65 años.

Añadir un párrafo al apartado 8 del ya citado artículo 102 del RD Legislativo 1/2015, de 24 de julio (que precisamente recoge la exención de aportación para las personas nacionales y las extranjeras residentes que se encuentren en alguna de las situaciones de vulnerabilidad económica que la norma detalla) con el siguiente contenido:

(…) De igual forma, estarán exentas de aportación las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el literal e) del apartado 5 del presente artículo, que se encuentren en supuestos excepcionales de vulnerabilidad, equiparables a los descritos en el párrafo anterior de este apartado y acreditados mediante un informe favorable de los Servicios Sociales

D) Lista de espera de trasplantes

Eliminación de la Disposición final segunda del RDL 7/2018.

E) Otras recomendaciones

Que se acuerde la tramitación de urgencia del Proyecto de Ley conforme a lo previsto en los artículos 93 y 94 del Reglamento del Congreso de los Diputados

Creación de un Observatorio de la Universalidad dentro del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, proponiendo que se vincule a la Secretaria de Estado de Sanidad y que se integre por una representación ministerial así como por representantes dde la sociedad civil. Dicho Observatorio debería tener las siguientes funciones:

- Velar por la equidad y ausencia de discriminación en la aplicación de la ley en las distintas CCAA.
- Evaluar las barreras o dificultades que puedan obstaculizar la cobertura sanitaria universal.
- Monitorizar el impacto en salud de las denegaciones de asistencia.

Introducir la obligación expresa de que toda denegación de asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos sea comunicada a la persona afectada por escrito, de manera motivada, y con información de los recursos que pueden interponer frente a la misma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Que dichas resoluciones denegatorias sean puestas automáticamente en conocimiento de la Alta Inspección del Ministerio de Sanidad, competente de acuerdo a la Ley General de Sanidad para velar por la ausencia de discriminación en la prestación de servicios sanitarios, así como del Observatorio de la Universalidad, que elaborarán memorias de impacto anuales de estas prácticas.

Garantizar la debida formación y sensibilización del personal encargado de hacer cumplir la ley en los distintos centros sanitarios, con el fin de que conozcan y apliquen la normativa de forma adecuada y evite la discrecionalidad que tantas situaciones de exclusión ha generado en los últimos años.

Recomendamos mientras se hace efectiva la transferencia del INSS al Ministerio de Sanidad de la acreditación del derecho a la asistencia, tal y como se recoge en el Artículo 3 bis.1 del RDL 7/2018, garantizar que desde este organismo se interpretará la normativa de acceso a la asistencia sanitaria de la manera más favorable posible a los administrados, maximizando la vigencia de los principios de universalidad y de no discriminación.

Creemos imprescindible que una vez aprobado el Proyecto de Ley, el Gobierno apruebe sin mayor dilación el Reglamento del RDL 7/2018.

Recomendamos igualmente que dicho Reglamento incorpore la flexibilización de los medios de prueba de los principales requisitos, particularmente:

- Reconocer medios alternativos al empadronamiento para probar la residencia efectiva.
- Flexibilizar la prueba de identidad

-Reconocer el derecho a la atención sanitaria las personas solicitantes de asilo desde el momento que manifiesten la intención de solicitar el mismo a través de la solicitud de cita previa.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Se realizan numerosas aportaciones sobre los titulares del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos y sobre el derecho a la asistencia sanitaria para las personas extranjeras algunas de las cuales están en línea, con las modificaciones propuestas en el proyecto normativo. Cabe destacar que se mantiene en la propuesta normativa el artículo 3ter para salvarguardar la no exportación del derecho por las personas que se encuentran incluidas en el alcance del mismo y que no se incorpora al proyecto normativo dado que la cobertura sanitaria con cargo a fondos públicos para las personas ascendientes procedentes de países extracomunitarios reagrupados por sus hijos de nacionalidad española forma parte de la legislación de extranjería. Además, existiría discriminación por cuanto la suscripción de un seguro continuaría siendo obligatoria para los ascendientes a cargo comunitarios y del EEE, mientras que no sería exigible si dicho ascendientes procedieran de un país distinto de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE, pues en este último caso tendrían derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

8. Grupo de Afectados y Afectadas por el INSS

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Les escribimos desde el Grupo de Afectados y Afectadas por el INSS, en el que nos reunimos personas que residimos en España y que hemos sido reagrupados por nuestros hijos e hijas con y que ahora mismo no contamos con asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.

En respuesta a la consulta pública abierta por el Ministerio de Sanidad, con el objeto de recabar la opinión de los ciudadanos sobre el anteproyecto de ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del sistema nacional de salud, le remitimos como colectivo afectado, nuestras opiniones sobre la futura norma.

En la información sobre la consulta se evidencia la necesidad de modificar el Real Decreto-ley 7/2018 del 27 de julio con el objeto, entre otras cosas, de ampliar la cobertura en nuestro país de colectivos sin cobertura en el momento actual. Este es el caso de nuestro colectivo, los ascendientes reagrupados que residimos en España. En ese sentido se incluía también en el punto 2.2.8 del acuerdo de gobierno PSOE-UNIDAS PODEMOS, con relación al acceso universal al Sistema Nacional de Salud el compromiso de:

> **"Extender este derecho a las personas ascendientes que llegan desde países extracomunitarios, reagrupadas por sus hijas e hijos con nacionalidad española".**

El RD-Ley 16/2012 quitó el derecho de asistencia médica con cargo a fondos públicos de los ascendientes como beneficiarios de sus hijos o hijas y sin embargo el Real Decreto Ley 7/2018 que se anunció como de "**acceso universal"** al Servicio Nacional de Salud, tampoco enmendó esta carencia pues en su Artículo 3 "Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria", cita como uno de los supuestos para ser titulares del dicho derecho:

> *c) Ser persona extranjera y con 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.***

Es justo en esta parte cuando se discrimina a los ascendientes comunitarios y no comunitarios. Todos aquellos que hemos optado por realizar de forma legal el procedimiento de reagrupación familiar, en cumplimiento de nuestro derecho de integración familiar y en el ejercicio de la obligación moral de cuidar de nuestros padres y madres, nos vemos sometidos a la obligación de suscribir un seguro muchas veces privado, que no garantiza la efectiva atención de nuestros ascendientes ya que muchos de ellos, por su edad, presentan graves patologías que no son cubiertas por estos seguros.

Se nos ofrece como alternativa un "**convenio especial"** con la Seguridad Social, con un alto coste y con cuotas discriminatorias por edad, con una atención básica que no cubre ni ortopedia, ni medicamentos y que resulta contraria a la propia "Constitución Española", por cuanto vulnera el derecho a la igualdad de todos los residentes en España, estableciendo residentes de primera y segunda categoría.

Por todo lo anterior pongo en su conocimiento la grave vulneración que desde su Ministerio se sigue llevando a cabo en contra de personas vulnerables, residentes legales, cuyos hijos e hijas llevan años contribuyendo a este país. Espero que en este nuevo real decreto se cumpla el acuerdo de gobierno señalado en las líneas iniciales de este texto y los ascendientes reagrupados tengan acceso al Sistema Nacional de Salud con cargo a fondos públicos.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

No se incorpora al proyecto normativo dado que la cobertura sanitaria con cargo a fondos públicos para las personas ascendientes procedentes de países extracomunitarios reagrupados por sus hijos de nacionalidad española forma parte de la legislación de extranjería. Además, existiría discriminación por cuanto la suscripción de un seguro continuaría siendo obligatoria para los ascendientes a cargo comunitarios y del EEE, mientras que no sería exigible si dicho ascendientes procedieran de un país distinto de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE, pues en este último caso tendrían derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

9. Fernando Gutiérrez Gómez

En relación al objetivo nº 3 del cuestionario sobre consulta pública previa sobre el anteproyecto de ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del sistema nacional de salud, quisiera aportar lo que sigue:

Respecto a la cobertura de los mayores extranjeros reagrupados por sus familias y, por extensión, de todo el conjunto de personas que residen legalmente en España y que no tienen acceso al SNS y que no pueden permitirse un seguro privado, veo que la normativa actual coloca a muchas de estas personas dentro del capítulo “con obligación de tener cobertura sanitaria por otra vía” por lo que, cuando no la tienen, puede darse la situación de que, el INSS, a quien el RDL 7/2018 dejó la competencia de acreditar el derecho a la salud de los extranjeros, les deniegue la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, y puedan ver violado su derecho a la equidad tal como lo describe la Observación general Nº 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU sobre “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, la cual, cuando define la accesibilidad económica (a los sistemas de salud) dice:

> *"La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos"*

Y hay que recordar que es a esta Observación a la que remite el dictamen del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, de 25 de abril de 2018, sobre Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España, en su punto 42 relativo al derecho a la salud.

Es decir, incluso para aquellas personas que sí tendrían la obligación de acreditar la cobertura obligatoria por otra vía, mediante un seguro privado o por el compromiso de los familiares que reagrupan a sus mayores, no parece legítimo castigarles por ese incumplimiento negándoles el trato equitativo de la mencionada Observación General. Podrán recibir la sanción administrativa oportuna y/o serles facturados aquellos servicios o prestaciones sanitarias que no violen el principio de equidad, pero ninguna persona residente de hecho en España puede ver incumplido el mandato de la citada Observación.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Creo que este principio también debería ser el que prevalezca a la hora de acreditar el derecho a la asistencia con cargo a fondos públicos de todos aquellos extranjeros en situación irregular o en tránsito (con menos de 90 días de residencia acreditada).

La eficiencia y sostenibilidad del SNS obliga a impedir todo tipo de abusos contra sus limitados recursos, y a facturar a personas sin ninguna cobertura la asistencia sanitaria o servicios sanitarios que se les presten, pero siempre asegurándose de que dichas facturaciones no violan el citado principio de equidad.

Por ello, ruego que:

- El anteproyecto haga una declaración explícita de la citada Observación General 14 (o reescriba en los mismos términos la definición de equidad que la Ley del 2003 dejó muy ambigua).
- Dada la amplia casuística de situaciones administrativas de los extranjeros en España, el anteproyecto contemple algún mecanismo sencillo para situaciones excepcionales, del tipo de "informe favorable de trabajo social" como el que contempla el RDL 7/2018 para personas en situación irregular o similar, para solventar con agilidad procedimientos administrativos que pudieran conculcar la citada Observación General.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

No se incorpora al proyecto normativo dado que la cobertura sanitaria con cargo a fondos públicos para las personas ascendientes procedentes de países extracomunitarios reagrupados por sus hijos de nacionalidad española forma parte de la legislación de extranjería. Además, existiría discriminación por cuanto la suscripción de un seguro continuaría siendo obligatoria para los ascendientes a cargo comunitarios y del EEE, mientras que no sería exigible si dicho ascendientes procedieran de un país distinto de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE, pues en este último caso tendrían derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

10. Liliany Margarita Escorcia Torreglosa

Mi nombre es **Liliany Margarita Escorcia Torreglosa**, identificada con DNI XXXXXXXXX, Colombiana de Nacimiento, pero española por opción. Ya son 20 años de residencia en este país al que considero mi patria y a la que intento aportar un poco de lo que recibo.

Por una parte, me permito recordar que dentro de los puntos del acuerdo de gobierno PSOE-UNIDAS PODEMOS, concretamente en el punto 2.2.7 se acordó, con relación al acceso universal al Sistema Nacional de Salud:

"Extender este derecho a las personas ascendientes que llegan desde países extracomunitarios, reagrupadas por sus hijas e hijos con nacionalidad española".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

El RD-Ley 16/2012 nos quitó el derecho de asistencia médica a nuestros ascendientes como beneficiarios y sin embargo el Real Decreto Ley 7/2018 que se anuncia como de "**acceso universal"** al Servicio Nacional de Salud, resulta aún más gravoso que el anterior en cuanto al grupo de los ascendientes comunitarios, cuando establece, de forma taxativa, que solo se tiene derecho a la atención si:

c) Ser persona extranjera y con 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***

Es justo en esta parte cuando se discrimina a los ascendientes comunitarios y no comunitarios.

Todos aquellos que hemos optado por realizar de forma legal el procedimiento de reagrupación familiar, en cumplimiento de nuestro derecho de integración familiar y en el ejercicio de la obligación moral de cuidar de nuestros padres, nos vemos sometidos a la obligación de suscribir un seguro muchas, veces privado, que no garantiza la efectiva atención de nuestros ascendientes ya que muchos de ellos, por su edad, presentan graves patologías que no pueden ser cubiertas.

Se nos ofrece como alternativa un "**convenio especial"** con la Seguridad Social, que también es un engaño a la equidad que tanto defiende el actual gobierno, con cuotas discriminatorias por edad, con una atención básica que no cubre ni ortopedia, ni medicamentos y que resulta contraria a la propia "Constitución Española", por cuanto vulnera el derecho a la igualdad de todos los residentes en España, estableciendo residentes de primera y segunda categoría.

Por todo lo anterior pongo en vuestro conocimiento la grave vulneración que desde su Ministerio se sigue llevando a cabo en contra de personas vulnerables, residentes legales, cuyos hijos llevan años contribuyendo a este país. Espero que en este nuevo real decreto se cumpla el acuerdo de gobierno señalado en las líneas iniciales de este texto.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

No se incorpora al proyecto normativo dado que la cobertura sanitaria con cargo a fondos públicos para las personas ascendientes procedentes de países extracomunitarios reagrupados por sus hijos de nacionalidad española forma parte de la legislación de extranjería. Además, existiría discriminación por cuanto la suscripción de un seguro continuaría siendo obligatoria para los ascendientes a cargo comunitarios y del EEE, mientras que no sería exigible si dicho ascendientes procedieran de un país distinto de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE, pues en este último caso tendrían derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

11. Leticia Ponce Portuondo

Por una parte, me permito recordar que dentro de los puntos del acuerdo de gobierno PSOE-UNIDAS PODEMOS, concretamente en el punto 2.2.7 se

acordó, con relación al acceso universal al Sistema Nacional de Salud:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

“Extender este derecho a las personas ascendientes que llegan desde países extracomunitarios, reagrupadas por sus hijas e hijos con nacionalidad española”.

El RD-Ley 16/2012 quitó el derecho de asistencia médica a nuestras ascendientes como beneficiarias y sin embargo el Real Decreto Ley 7/2018 que se anuncia como de “**acceso universal”** al Servicio Nacional de Salud, resulta aún más gravoso que el anterior cuando establece, de forma taxativa, que solo se tiene derecho a la atención si:

c) Ser persona extranjera y con 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.***

Es justo en esta parte cuando se discrimina a las y los ascendientes comunitarios y no comunitarios. Todas aquellas personas que hemos optado por realizar de forma legal el procedimiento de reagrupación familiar, en cumplimiento de nuestro derecho de integración familiar y en el ejercicio de la obligación moral de cuidar de nuestros padres y madres, nos vemos sometidas a la obligación de suscribir un seguro privado que no garantiza la efectiva atención de nuestros ascendientes ya que muchos de ellos, por su edad, presentan graves patologías que no son cubiertas.

Se nos ofrece como alternativa un “**convenio especial”** con la Seguridad Social, que también es un engaño a la equidad que tanto defiende el actual gobierno, con cuotas discriminatorias por edad, con una atención básica que no cubre ni ortopedia, ni medicamentos y que resulta contraria a la propia “Constitución Española”, por cuanto vulnera el derecho a la igualdad de todos los residentes en España, estableciendo residentes de primera y segunda categoría.

Por todo lo anterior pongo en vuestro conocimiento la grave vulneración que desde su Ministerio se sigue llevando a cabo en contra de personas vulnerables, residentes legales, cuyas hijas e hijos llevamos años contribuyendo a este país. Espero que en este nuevo real decreto se cumpla el acuerdo de gobierno señalado en las líneas iniciales de este texto.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

No se incorpora al proyecto normativo dado que la cobertura sanitaria con cargo a fondos públicos para las personas ascendientes procedentes de países extracomunitarios reagrupados por sus hijos de nacionalidad española forma parte de la legislación de extranjería. Además, existiría discriminación por cuanto la suscripción de un seguro continuaría siendo obligatoria para los ascendientes a cargo comunitarios y del EEE, mientras que no sería exigible si dicho ascendientes procedieran de un país distinto de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE, pues en este último caso tendrían derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

12. Ariel Edgar Serrano Rico

Mi nombre es Ariel Edgar Serrano Rico con DNI XXXXXXXXX mexicano de nacimiento, pero español por opción.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Primero quisiera recordar que dentro de los puntos del acuerdo de gobierno de coalición entre PSOE y UNIDAS PODEMOS, concretamente en el punto 2.2.7 se acordó, con relación al acceso universal al Sistema Nacional de Salud lo siguiente:

> **"Extender este derecho a las personas ascendientes que llegan desde países extracomunitarios, reagrupadas por sus hijas e hijos con nacionalidad española".**

El RD-Ley 16/2012 nos quitó el derecho de asistencia médica a nuestros ascendientes como beneficiarios y sin embargo el Real Decreto Ley 7/2018 que se anuncia como de "**acceso universal"** al Servicio Nacional de Salud, resulta aún más gravoso que el anterior en cuanto al grupo de los ascendientes comunitarios, cuando establece, de forma taxativa, que solo se tiene derecho a la atención si:

> *c) Ser persona extranjera y con 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***

Es justo en esta punto cuando se discrimina a los ascendientes de ciudadanos comunitarios y españoles ya que los que hemos optado por realizar de forma legal el procedimiento de reagrupación familiar, en cumplimiento de nuestro derecho de integración familiar y en el ejercicio de la obligación moral de cuidar de nuestros padres, nos vemos sometidos a la obligación de suscribir un seguro muchas, veces privado, que no garantiza la efectiva atención de nuestros ascendientes ya que muchos de ellos, por su edad, presentan graves patologías que no pueden ser cubiertas por estos seguros privados.

Se nos ofrece como alternativa un "**convenio especial"** con la Seguridad Social, que también es un engaño a la equidad que tanto defiende el actual gobierno, con cuotas discriminatorias por edad, con una atención básica que no cubre ni ortopedia, ni medicamentos y que resulta contraria a la propia "Constitución Española", por cuanto vulnera el derecho a la igualdad de todos los residentes en España, estableciendo residentes de primera y segunda categoría.

Por todo lo anterior pongo en vuestro conocimiento la grave vulneración que desde el Ministerio de Sanidad se sigue llevando a cabo en contra de personas vulnerables, residentes legales, cuyos hijos llevan años contribuyendo a este país. Espero que en este nuevo real decreto se cumpla el acuerdo de gobierno señalado en las líneas iniciales de este texto.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

No se incorpora al proyecto normativo dado que la cobertura sanitaria con cargo a fondos públicos para las personas ascendientes procedentes de países extracomunitarios reagrupados por sus hijos de nacionalidad española forma parte de la legislación de extranjería. Además, existiría discriminación por cuanto la suscripción de un seguro continuaría siendo obligatoria para los ascendientes a cargo comunitarios y del EEE, mientras que no sería exigible si dicho ascendientes procedieran de un país distinto de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE, pues en este último caso tendrían derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

13. Osmán Palomino Mosquera

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Para nosotros extranjeros que hemos dejado nuestras raíces y estamos contentos de estar en este maravilloso país. Dejando nuestras raíces nuestras familias por un mejor porvenir y gracias a España por permitir volver a reunirnos con nuestros seres queridos padres y madres.

Lastimosamente estas personas se encuentran excluidas del sistema sanitario por reagrupación, estamos viviendo un viacrucis sin una atención sanitaria. Agradecemos que por favor den luz verde y piensen en ellos.

Es un colectivo que está muy desamparado en plena pandemia por el covid-19.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

No se incorpora al proyecto normativo dado que la cobertura sanitaria con cargo a fondos públicos para las personas ascendientes procedentes de países extracomunitarios reagrupados por sus hijos de nacionalidad española forma parte de la legislación de extranjería. Además, existiría discriminación por cuanto la suscripción de un seguro continuaría siendo obligatoria para los ascendientes a cargo comunitarios y del EEE, mientras que no sería exigible si dicho ascendientes procedieran de un país distinto de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE, pues en este último caso tendrían derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

14. Leonardo Conde Gutiérrez, (email de su esposa)

Mi nombre es **Leonardo Conde Gutiérrez**, identificado con DNI XXXXXXXXX, colombiano de nacimiento, pero español por opción.

Por una parte, me permito recordar que dentro de los puntos del acuerdo de gobierno PSOE-UNIDAS PODEMOS, concretamente en el punto 2.2.7 se acordó, con relación al acceso universal al Sistema Nacional de Salud:

> **"Extender este derecho a las personas ascendientes que llegan desde países extracomunitarios, reagrupadas por sus hijas e hijos con nacionalidad española".**

El RD-Ley 16/2012 nos quitó el derecho de asistencia médica a nuestros ascendientes como beneficiarios y sin embargo el Real Decreto Ley 7/2018 que se anuncia como de "**acceso universal"** al Servicio Nacional de Salud, resulta aún más gravoso que el anterior en cuanto al grupo de los ascendientes comunitarios, cuando establece, de forma taxativa, que solo se tiene derecho a la atención si:

> *c) Ser persona extranjera y con 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***

Es justo en esta parte cuando se discrimina a los ascendientes comunitarios y no comunitarios.

Todos aquellos que hemos optado por realizar de forma legal el procedimiento de reagrupación familiar, en cumplimiento de nuestro derecho de integración familiar y en el ejercicio de la obligación moral de cuidar de nuestros padres, nos vemos sometidos a la obligación de suscribir un seguro muchas, veces privado, que no garantiza la efectiva atención de nuestros ascendientes ya que muchos de ellos, por su edad, presentan graves patologías que no pueden ser cubiertas.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Se nos ofrece como alternativa un "**convenio especial"** con la Seguridad Social, que también es un engaño a la equidad que tanto defiende el actual gobierno, con cuotas discriminatorias por edad, con una atención básica que no cubre ni ortopedia, ni medicamentos y que resulta contraria a la propia "Constitución Española", por cuanto vulnera el derecho a la igualdad de todos los residentes en España, estableciendo residentes de primera y segunda categoría.

Por todo lo anterior pongo en vuestro conocimiento la grave vulneración que desde su Ministerio se sigue llevando a cabo en contra de personas vulnerables, residentes legales, cuyos hijos llevan años contribuyendo a este país. Espero que en este nuevo real decreto se cumpla el acuerdo de gobierno señalado en las líneas iniciales de este texto.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

No se incorpora al proyecto normativo dado que la cobertura sanitaria con cargo a fondos públicos para las personas ascendientes procedentes de países extracomunitarios reagrupados por sus hijos de nacionalidad española forma parte de la legislación de extranjería. Además, existiría discriminación por cuanto la suscripción de un seguro continuaría siendo obligatoria para los ascendientes a cargo comunitarios y del EEE, mientras que no sería exigible si dicho ascendientes procedieran de un país distinto de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE, pues en este último caso tendrían derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

15. Yuri Fabiola Villán

Mi nombre es **Yuri Fabiola Villán**, identificada con DNI XXXXXXXXX, colombiana de nacimiento, pero española por opción.

Por una parte, me permito recordar que dentro de los puntos del acuerdo de gobierno PSOE-UNIDAS PODEMOS, concretamente en el punto 2.2.7 se acordó, con relación al acceso universal al Sistema Nacional de Salud:

> **"Extender este derecho a las personas ascendientes que llegan desde países extracomunitarios, reagrupadas por sus hijas e hijos con nacionalidad española".**

El RD-Ley 16/2012 nos quitó el derecho de asistencia médica a nuestros ascendientes como beneficiarios y sin embargo el Real Decreto Ley 7/2018 que se anuncia como de "**acceso universal"** al Servicio Nacional de Salud, resulta aún más gravoso que el anterior en cuanto al grupo de los ascendientes comunitarios, cuando establece, de forma taxativa, que solo se tiene derecho a la atención si:

> *c) Ser persona extranjera y con 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***

Es justo en esta parte cuando se discrimina a los ascendientes comunitarios y no comunitarios.

Todos aquellos que hemos optado por realizar de forma legal el procedimiento de reagrupación familiar, en cumplimiento de nuestro derecho de integración familiar y en el ejercicio de la obligación moral de cuidar de nuestros padres, nos vemos sometidos a la obligación de suscribir

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

un seguro muchas, veces privado, que no garantiza la efectiva atención de nuestros ascendientes ya que muchos de ellos, por su edad, presentan graves patologías que no pueden ser cubiertas.

Se nos ofrece como alternativa un "**convenio especial"** con la Seguridad Social, que también es un engaño a la equidad que tanto defiende el actual gobierno, con cuotas discriminatorias por edad, con una atención básica que no cubre ni ortopedia, ni medicamentos y que resulta contraria a la propia "Constitución Española", por cuanto vulnera el derecho a la igualdad de todos los residentes en España, estableciendo residentes de primera y segunda categoría.

Por todo lo anterior pongo en vuestro conocimiento la grave vulneración que desde su Ministerio se sigue llevando a cabo en contra de personas vulnerables, residentes legales, cuyos hijos llevan años contribuyendo a este país. Espero que en este nuevo real decreto se cumpla el acuerdo de gobierno señalado en las líneas iniciales de este texto.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

No se incorpora al proyecto normativo dado que la cobertura sanitaria con cargo a fondos públicos para las personas ascendientes procedentes de países extracomunitarios reagrupados por sus hijos de nacionalidad española forma parte de la legislación de extranjería. Además, existiría discriminación por cuanto la suscripción de un seguro continuaría siendo obligatoria para los ascendientes a cargo comunitarios y del EEE, mientras que no sería exigible si dicho ascendientes procedieran de un país distinto de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE, pues en este último caso tendrían derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

16. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)

Se trataría de llevar a sede legal, como garantía y cautela de que este marco legal de protección a las personas con discapacidad en materia de salud no será mermado, lo establecido en la Disposición adicional sexta sobre "Asistencia sanitaria a las personas con discapacidad", del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, que dice: "*En relación con la asistencia sanitaria a las personas con discapacidad seguirá siendo de aplicación lo dispuesto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos y el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la citada ley*".

Dado que la Ley 13/1982, de 7 de abril, ha sido derogada, y sustituida por la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (2013), se ha de actualizar la referencia a la que está vigente. Hay que llamar la atención sobre que el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, sigue en plena vigencia, por lo que se mantendría la mención.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

17. Federación Española de Diabetes (FEDE)

1.- Teniendo en cuenta este objetivo recogido en el documentos: "Reestablecer la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, tal y como estaba hasta la modificación introducida por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de mayo", desde FEDE se solicita que se refleje lo siguiente: A) Que en la Comisión de Prestaciones esté presente un representante de la federación nacional de la patología que se analice, y que cuente con voz y con voto, con el objetivo de que se cuente con la opinión de los pacientes afectados en este reestablecimiento. Además, se solicita esta misma presencia en la Agencia canaria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

B) Que se dé prioridad a servicios que han probado ser innovadores y realmente coste-efectivos.

2.- Y al mencionarse que "el objetivo es garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida", desde FEDE se solicita que, independientemente de la CC AA en la que se resida, las personas con diabetes y sus familiares tengan acceso real a educación diabetológica continuada en el tiempo, por los profesionales oportunos.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

18. Juantxo Remón Virto de la Asociación Navarra de Diabetes (ANADI) – Nafarroako Diabetes Elkartea Como miembro de la Federación Española de Diabetes (FEDE)

1.- Teniendo en cuenta este objetivo recogido en el documentos: "Reestablecer la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, tal y como estaba hasta la modificación introducida por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de mayo", desde FEDE se solicita que se refleje lo siguiente:

A) Que en la Comisión de Prestaciones esté presente un representante de la federación nacional de la patología que se analice, y que cuente con voz y con voto, con el objetivo de que se cuente con la opinión de los pacientes afectados en este reestablecimiento. Además, se solicita esta misma presencia en la Agencia canaria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

B) Que se dé prioridad a servicios que han probado ser innovadores y realmente coste-efectivos.

2.- Y al mencionarse que "el objetivo es garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida", desde FEDE se solicita que, independientemente de la CC AA en la que se resida, las personas con diabetes y sus familiares tengan acceso real a educación diabetológica continuada en el tiempo, por los profesionales oportunos.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

19. Juan Francisco Perán Perán presidente de la Federación Regional Murciana de Asociaciones de Diabéticos

1. Teniendo en cuenta este objetivo recogido en el documento: “Reestablecer la cartera común básica de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, tal y como estaban hasta la modificación introducida por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de mayo, desde FEDE se solicita que se refleje lo siguiente:
   A. Que en la Comisión de Prestaciones esté presente un representante de la federación nacional de la patología que se analice, y que cuente con voz y con voto, con el objetivo de que se cuente con la opinión de los pacientes afectados en este reestablecimiento. Además, se solicita esta misma presencia en la Agencia Canaria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
   B. Que se dé prioridad a servicios que han probado ser innovadores y realmente costes efectivos.
2. Y al mencionarse que “el objetivo es garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida”, desde FEDE se solicita que, independientemente de la CC AA en la que se resida, las personas con diabetes y sus familiares tengan acceso real a educación diabetológica continuada en el tiempo, por los profesionales oportunos.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

20. Aureliano Ruíz Salmón presidente de la Asociación Cántabra de Diabéticos

1. Teniendo en cuenta este objetivo recogido en el documento: “Reestablecer la cartera común básica de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, tal y como estaban hasta la modificación introducida por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de mayo, desde FEDE se solicita que se refleje lo siguiente:
   A. Que en la Comisión de Prestaciones esté presente un representante de la federación nacional de la patología que se analice, y que cuente con voz y con voto, con el objetivo de que se cuente con la opinión de los pacientes afectados en este reestablecimiento. Además, se solicita esta misma presencia en la Agencia Canaria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
   B. Que se dé prioridad a servicios que han probado ser innovadores y realmente costes efectivos.
2. Y al mencionarse que “el objetivo es garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida”, desde FEDE se solicita que, independientemente de la CC AA en la que se resida, las personas con diabetes y sus familiares tengan acceso real a educación diabetológica continuada en el tiempo, por los profesionales oportunos.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

21. Ana Belén Torrijos presidenta de la Federación de Asociaciones de Diabéticos de la Comunidad Autónoma de Madrid
1. Teniendo en cuenta este objetivo recogido en el documento: “Reestablecer la cartera común básica de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, tal y como estaban hasta la modificación introducida por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de mayo, desde FEDE se solicita que se refleje lo siguiente: A. Que en la Comisión de Prestaciones esté presente un representante de la federación nacional de la patología que se analice, y que cuente con voz y con voto, con el objetivo de que se cuente con la opinión de los pacientes afectados en este reestablecimiento. Además, se solicita esta misma presencia en la Agencia Canaria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. B. Que se dé prioridad a servicios que han probado ser innovadores y realmente costes efectivos. 2. Y al mencionarse que “el objetivo es garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida”, desde FEDE se solicita que, independientemente de la CC AA en la que se resida, las personas con diabetes y sus familiares tengan acceso real a educación diabetológica continuada en el tiempo, por los profesionales oportunos.
Tras analizar las aportaciones, se considera que: Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

22. José Vasco como miembro de la Asociación de Diabéticos de Zafra "Antonio Morales Toro"
1.- Teniendo en cuenta este objetivo recogido en el documentos: "Reestablecer la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, tal y como estaba hasta la modificación introducida por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de mayo", desde FEDE se solicita que se refleje lo siguiente: A) Que en la Comisión de Prestaciones esté presente un representante de la federación nacional de la patología que se analice, y que cuente con voz y con voto, con el objetivo de que se cuente con la opinión de los pacientes afectados en este reestablecimiento. Además, se solicita esta misma presencia en la Agencia canaria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. B) Que se dé prioridad a servicios que han probado ser innovadores y realmente coste-efectivos. 2.- Y al mencionarse que "el objetivo es garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida", desde la Asociación de Diabéticos de Zafra "Antonio Morales Toro", se solicita que, independientemente de la CC AA en la que se resida, las personas con diabetes y sus familiares tengan acceso real a educación diabetológica continuada en el tiempo, por los profesionales oportunos.
Tras analizar las aportaciones, se considera que: Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

23. Francisco Santolaya Ochando, con DNI XXXXXXXXX Presidente Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ÚNICA. – Con respecto a la atención a la salud mental.

Dentro de la amplia Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en atención primaria y de urgencia, la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada, requiere del desarrollo de acciones de cohesión y coordinación que permitan asegurar una adecuada aplicación de estrategias y medidas comunes en el conjunto del territorio, a fin de asegurar la necesaria continuidad y calidad asistencial, pues una vez consolidada la universalización y establecida la cartera de servicios, el reto de la calidad en condiciones de igualdad efectiva aparece en primer plano.

En este sentido, se viene a recordar que, en el año 2013 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020. En el marco de este Plan, los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos mundiales.

Este plan de acción para la salud mental mundial pretende priorizar la atención a los trastornos mentales, estableciendo una propuesta de acciones, metas y objetivos concretos que permitan una mejora de la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias. En concreto, el plan de acción tiene como objetivos: 1. reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental; 2. proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta; 3. poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; 4. fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Y la Resolución de la 66ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2013) insta a los Estados Miembros a que pongan en práctica las acciones propuestas para los Estados Miembros en el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, adaptadas a las prioridades nacionales y las circunstancias concretas de los países.

Al hilo de lo anterior y dado que en la actualidad la escasez de profesionales en el Sistema Nacional de Salud para llevar a cabo la prestación de los servicios de atención a la salud mental a los pacientes y usuarios no permite preservar, proteger y promover la salud de la población con el grado de calidad requerido, entendemos -y en este sentido elevamos nuestra Propuesta-, que la presente iniciativa legislativa debería contemplar la adopción de medidas que permitan asegurar que en este fundamental ámbito asistencial todas las Comunidades Autónomas cuenten con una adecuada y homogénea dotación de profesionales, garantizando así la efectividad del derecho a la protección a la salud mental, y muy especialmente de la población en riesgo de pobreza y exclusión social que, además, ha sido duramente agravada por la pandemia de Covid-19.

Además, consideramos que el Anteproyecto en elaboración debería servir para establecer de manera vinculante, para todos los sistemas regionales de salud, muchas de las acciones que establece el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 10 de abril de 2019 (Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, publicada en el BOE de 7 de mayo de 2019). En concreto, en lo que respecta a la atención a la salud mental, la acción A.4.4 que incluye, respecto a la composición de los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Apoyo, que se potencie la figura de la psicóloga clínica y el psicólogo clínico. Algunas Comunidades Autónomas, como las de Madrid, Catalunya o el Principado de Asturias,

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

están avanzando en este campo, mejorando la atención de la salud mental de sus poblaciones. Estos avances se deberían generalizar a todas las Comunidades Autónomas si se quiere garantizar mejor la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

Por ello, **SOLICITO**, respetuosamente, a esta Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia la admisión del presente escrito, dentro del plazo de consulta pública previa y que, en virtud de su contenido, sea tenido en consideración en la redacción de la norma proyectada.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

24. Fernando Chacón Fuertes, con DNI XXXXXXXXXX, en su calidad de Decano-Presidente, en nombre y representación del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, con CIF XXXXXXXXXX (Martín Mejía Arranz, jefe de secretaría y recursos humanos)

Dentro de la amplia Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en atención primaria y de urgencia, la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada, requiere del desarrollo de acciones de cohesión y coordinación que permitan asegurar una adecuada aplicación de estrategias y medidas comunes en el conjunto del territorio, a fin de asegurar la necesaria continuidad y calidad asistencial, pues una vez consolidada la universalización y establecida la cartera de servicios, el reto de la calidad en condiciones de igualdad efectiva aparece en primer plano.

Dado que en la actualidad la escasez de profesionales en el Sistema Nacional de Salud para llevar a cabo la prestación de los servicios de atención a la salud mental a los pacientes y usuarios no permite preservar, proteger y promover la salud de la población con el grado de calidad requerido, entendemos -y en este sentido elevamos nuestra Propuesta-, que la presente iniciativa legislativa debería contemplar la adopción de medidas que permitan asegurar que en este fundamental ámbito asistencial todas las Comunidades Autónomas cuenten con una adecuada y homogénea dotación de profesionales, garantizando así la efectividad del derecho a la protección a la salud mental, y muy especialmente de la población en riesgo de pobreza y exclusión social que, además, ha sido duramente afectada por la pandemia de Covid-19.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

25. Asociación Española Contra el Cáncer, Ainhoa Maye Soroa de RRII e Incidencia

SOBRE LA CONDICIÓN DE ASEGURADO

Se ha de garantizar la continuidad del tratamiento oncológico y el seguimiento una vez finalizado el tratamiento de la enfermedad a todas aquellas personas residentes en España en situación irregular que hayan sido diagnosticadas de cáncer en España y/o estuvieran en

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

tratamiento por cáncer en un centro sanitario español, con especial atención a aquellas personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica/riesgo de exclusión social

SOBRE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se ha de asegurar el mantenimiento en la cartera común básica de servicios asistenciales, como prestaciones con el 100% de financiación pública, y por tanto, no sujeta a aportación del usuario, las siguientes prestaciones:

1. La continuidad de los programas de cribado poblacional del cáncer, tan efectivos para detectar precozmente la enfermedad, con especial atención a la implementación y, en su caso, la continuidad y extensión progresiva de los programas de cribado del cáncer colorrectal en todas las CCAA. Se continuará trabajando para que el programa de cribado de cáncer de colon se mantenga dentro de la Cartera de Servicios Comunes del SNS.
2. El acceso al servicio del transporte sanitario no urgente en función de las necesidades del paciente oncológico.

SOBRE LA CARTERA DE SERVICIOS ACCESORIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Consideramos necesaria la eliminación del concepto de Cartera de Servicios Accesorios del SNS, ya que aunque no ha sido definida (ni hay un plazo fijado para su posible definición), podría suponer un problema para los pacientes de cáncer en aspectos claves como la atención psicológica, la rehabilitación de secuelas y tener efectos negativos sobre las actuaciones preventivas (ej., cribados de cáncer, consejo genético) para población general.

Por ello, es clave eliminar este concepto o en el caso de mantenerlo, no incluir dentro del mismo, la atención psicológica/salud mental ni la rehabilitación de secuelas de tratamientos oncológicos, que en todo caso deben ser parte de la de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

SOBRE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

1. Determinar exentos de aportación a todos los fármacos antineoplásicos relacionados directamente con el tratamiento de una enfermedad oncológica y sujetos a prescripción médica.
2. Considerar de aportación reducida para los enfermos de cáncer de todos los fármacos que el enfermo necesite, bajo prescripción médica, para el control del dolor y otros efectos secundarios de la enfermedad y/o sus tratamientos.

SOBRE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Es necesario disminuir la variabilidad inter autonómica en la aportación del usuario en este capítulo de las prestaciones del SNS, tanto en el % de cobertura, como en los periodos de renovación de la prótesis y en el tiempo para el reembolso de gastos.

**A este respecto también hemos realizado aportaciones a la consulta pública previa AECC-2020 sobre el proyecto de orden por la que se modifica el anexo VI del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.*

SOBRE EL REEMBOLSO O REINTEGRO DE APORTACIONES

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

En el caso de realizarse una aportación por parte del usuario, es necesario garantizar el cumplimiento de los plazos que se establezcan para el reembolso de los gastos al usuario, así como que en ningún caso excedan de los 6 meses (en cualquier tipo de prestación que pueda contemplarse: prestación ortoprotésica, farmacéutica, transporte) y sancionar económicamente en beneficio del paciente y de manera automática a la administración que los incumpla.

Contemplar el anticipo de las aportaciones que el usuario tenga que hacer debido a la obligatoriedad de desplazarse fuera de su lugar de residencia para recibir el tratamiento previa valoración de criterios de vulnerabilidad socio-económica de la unidad familiar del paciente.

Es decir, considerar criterios de vulnerabilidad social y no solo de situación clínica/dificultades de movilidad. Proponemos como criterios de vulnerabilidad a incluir:

- Persona sin apoyos familiares o del entorno.
- Ingresos familiares insuficientes, por debajo de 2 veces el IPREM.
- En el caso del Transporte Sanitario No Urgente, también serán considerados criterios de vulnerabilidad:
  - ▪ La red de apoyo de la persona no es compatible con el acompañamiento al tratamiento (trabajo, cuidados de otras personas, etc.).
  - ▪ Domicilio ubicado en zona con transporte público inexistente o deficiente sin posibilidad de utilizar transporte privado con acompañante.

Además, consideramos necesario que las situaciones de vulnerabilidad social deben ser valoradas por los equipos de trabajo social.

SOBRE EL IMPACTO DE LAS MEDIDAS PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS EN LA ATENCIÓN AL CÁNCER

En el plazo de un año desde la entrada en vigor de las distintas medidas contempladas en la Ley de medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, 2012 y su desarrollo normativo posterior, se han de crear las bases y proveer los recursos necesarios para llevar a cabo una evaluación longitudinal en términos de resultados en salud, gasto para las familias, recursos humanos, listas de espera para procedimientos diagnósticos y terapéuticos teniendo en cuenta los determinantes sociales como la renta, lugar de residencia, etc. Esta evaluación se ha de incorporar a la evaluación periódica de la Estrategia en Cáncer del SNS.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Algunas cuestiones como la continuidad del tratamiento del paciente oncológico o el impacto de las medidas para la sostenibilidad del SNS en la atención al cáncer no son objeto de esta norma. Otras están en línea con la propuesta ya que tanto los programas de cribado poblacional como el transporte sanitario no urgente están exentos de aportación por el usuario. De igual forma no están incluidas en la cartera de servicios accesorios la atención psicológica, la rehabilitación ni las actuaciones preventivas. En cuanto a la propuesta realizadas sobre la prestación ortoprotésica y el reembolso se enmarca en el ámbito de competências autonómico.

26. Confederación Autismo España, C/ Garibay, 7. 3º Izquierda. 28007 Madrid

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Desde Autismo España, confederación de ámbito estatal que agrupa y representa a más de 140 entidades que prestan apoyos y servicios especializados a las personas con trastorno del espectro del autismo (TEA) y sus familias, remitimos los siguientes comentarios y valoraciones, con la intención de participar y realizar aportaciones para el texto sobre el anteproyecto de ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del sistema nacional de salud. Dichas aportaciones, según lo indicado, se centran en:

1. Los problemas que se pretenden solucionar con la iniciativa.
2. La necesidad y oportunidad de su aprobación.
3. Los objetivos de la norma.
4. Las posibles soluciones alternativas regulatorias y no regulatorias.

Siempre desde la perspectiva de las personas con TEA y sus familias y las dificultades y la especial importancia que supone para ellos el correcto acceso y el buen funcionamiento del sistema nacional de salud.

- CONSIDERACIONES GENERALES

De acuerdo con el artículo 43 de la Constitución Española, compete a los poderes públicos la labor de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria pública, entre otras, a las personas con TEA y, conforme al artículo 25 de la Convención sobre derechos de las personas con discapacidad, éstas tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por razón de discapacidad.

En el caso concreto de personas con TEA, la atención sanitaria resulta complicada, en parte debido a las propias características de este tipo de trastornos, que pueden contribuir a que las alteraciones de la salud puedan pasar desapercibidas y enmascaradas por dificultades en el procesamiento de estímulos sensoriales, en la percepción y respuesta al dolor, y también por dificultades a la hora de comunicar los síntomas.

Existen otras complicaciones en la salud que se asocian con una frecuencia superior a la media poblacional en los casos de personas con TEA, como la epilepsia o los trastornos del sueño, que requieren una atención sanitaria especializada. También es necesario prestar una especial atención a las habilidades de autocuidado y autonomía personal que, en el caso de las personas con TEA, y debido a algunas dificultades asociadas en la auto-planificación y organización de acciones, así como en la “autopercepción” del aspecto personal, pueden precisar de apoyos especializados.

La *Estrategia europea sobre discapacidad 2010-2020* recoge la necesidad de promover el acceso igualitario al sistema sanitario y a los servicios asistenciales, además de la necesaria concienciación de todo el colectivo sanitario.

La *Estrategia española sobre discapacidad 2012-2020* se manifiesta en el mismo sentido, recordando la necesidad del desarrollo de servicios de atención temprana y de evaluación de necesidades. De hecho, la Estrategia española incluyó como medida estratégica el diseño de “medidas específicas para el colectivo de personas con autismo en sus diferentes enfoques y afecciones”.

Por todo ello, esta norma, desde la perspectiva de las personas con autismo, y sus necesidades en relación con el funcionamiento del sistema de salud público en España, manifestada a lo largo de todo su ciclo vital, debe estar llamada a resolver los principales objetivos:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- Promover una **atención específica e integral a la salud** de las personas con TEA contemplando sus necesidades específicas, impulsando la prevención de posibles alteraciones o deterioro en la salud, así como la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y administraciones implicadas.
- Impulsar la **elaboración y generalización de procesos asistenciales integrados** para personas con TEA que promuevan una atención ajustada a sus necesidades, facilitando la adaptación de la atención sanitaria y las condiciones en las que esta se presta (tiempos de espera, procedimientos médicos, uso racional de terapias farmacológicas, etc.), y que favorezcan la accesibilidad del contexto sanitario.
- Impulsar la **creación de unidades funcionales** o específicas interdisciplinares que puedan realizar labores de asesoramiento en todos los casos y una atención experta en casos complejos.
- Promover una **atención e intervención interdisciplinar y especializada a la salud mental** de las personas con TEA, prestando una especial atención a la posible comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en las distintas etapas de la vida.
- Promover el **bienestar físico, psicológico y emocional** de las **personas con TEA, sus familias y los profesionales** que les facilitan apoyos, favoreciendo hábitos saludables mediante programas para la educación de la salud y habilidades de afrontamiento positivas, con el fin de promover un adecuado manejo de los estados emocionales y evitar las situaciones de sobrecarga.
- **Detectar y difundir buenas prácticas** en la atención integral a las personas con TEA, que mejoren las metodologías de trabajo y la calidad en la prestación de los servicios.

Por otro lado, merece la pena destacar que en los últimos años se ha experimentado un fuerte impulso en el avance de métodos eficaces de apoyo e intervención recomendados en los TEA. No obstante, la transmisión de información útil y bien documentada se ha acompañado a menudo de una difusión sin control de propuestas no contrastadas o no validadas, basadas en información testimonial o anecdótica, pero emocionalmente persuasiva (Fuentes-Biggi, 2006). Esta situación ha provocado que las personas con TEA y sus familias se encuentren desorientadas a la hora de seleccionar una intervención o tratamiento. Asimismo, ha hecho que en ocasiones se hayan desarrollado falsas expectativas respecto a los resultados de estas intervenciones, incrementando su vulnerabilidad a situaciones de potencial abuso.

Los TEA afectan al proceso evolutivo de desarrollo y suponen, por lo tanto, una condición inherente a las personas que los presentan. No obstante, la investigación y el conocimiento sobre las características nucleares de este tipo de trastornos han permitido generar estrategias de intervención cada vez más eficaces que han redundado en la mejora de la calidad de vida de las personas con TEA y de sus familias.

Estas estrategias tienen un carácter fundamentalmente psicoeducativo, con especial énfasis en el desarrollo comunicativo y social de la persona, así como en la promoción de aprendizajes que resulten significativos y relevantes para su vida. Además, ponen de relevancia la importancia de que estos apoyos e intervenciones sean individualizados y se faciliten lo más tempranamente posible. Estas estrategias también destacan la necesidad de que se orienten a favorecer la participación de la persona en su entorno y a contar con sus intereses y preferencias personales. Por último, enfatizan la importancia de que la experiencia y el aprendizaje se generalicen a todos los contextos en los que la persona se desenvuelva, promoviendo de manera efectiva su autonomía personal y su inclusión social.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Por todo ello, es preciso la incorporación al sistema de salud público las siguientes medidas:

- Impulsar la implementación de **intervenciones contrastadas** para los TEA en los distintos sistemas que atienden (especialmente en el sanitario, educativo y social) a la persona a lo largo de su vida, facilitando la transición entre las distintas etapas vitales y contribuyendo a erradicar prácticas no recomendadas o sin evidencia contrastada, desterrando aquellas que resultan engañosas o fraudulentas.
- Para facilitar la consecución del objetivo anterior, se propone promover el **diseño, implantación y evaluación de sistemas de coordinación** entre servicios sanitarios, sociales, educativos, de empleo y culturales que ayuden a garantizar la transversalidad de las intervenciones y la continuidad de la atención que reciben las personas con TEA y sus familias.
- Favorecer sistemas organizativos en los que se facilite **integrar la labor de los equipos profesionales de las asociaciones** en el seguimiento de los casos y en la planificación y dinamización de todos los apoyos y oportunidades.
- Promover el **desarrollo de sistemas de información** y registro que faciliten una actuación coordinada a los diversos agentes que intervienen en la atención.

Por último, es necesario nos es preciso denunciar que el desarrollo de servicios especializados dirigidos a las personas con TEA y sus familias en España es limitado y territorialmente disperso. Existen importantes desigualdades entre CCAA, relacionadas con las políticas públicas autonómicas, el diseño de los servicios existentes o los niveles de financiación que se destinan a estos recursos.

Habitualmente, los primeros signos de alerta de este trastorno se detectan alrededor de los 12-18 meses de vida en el seno familiar o en contextos educativos. Muchas veces estas señales pasan desapercibidas o se minimiza su importancia, ocasionando un retraso importante en el acceso al diagnóstico y a la intervención especializada. A pesar de que las señales de alerta se suelen identificar en los 2 primeros años de vida del niño/a, **la confirmación diagnóstica de TEA en España es posterior a los 4 años de edad.** Este retraso se agrava aún más en caso de las niñas, ya que sus dificultades sociales y comunicativas son menos evidentes, y pasan más desapercibidas.

En la actualidad se están aplicando protocolos para la detección del autismo, sin embargo, en España no existen procedimientos homogéneos entre CC. AA para la detección de las señales de alarma que indican que el niño/a puede presentar TEA En varias comunidades autónomas se contempla la detección del autismo dentro de la detección de riesgo en programas del niño sano. En otras comunidades se han desarrollado programas de detección específicos o se encuentra la detección del autismo incluida en los programas integrales de atención.

Por eso, vemos como una propuesta inaplazable en este proyecto de ley que pretende armonizar el sistema público de salud, el fomentar el acceso a una valoración diagnóstica especializada realizada por un equipo interdisciplinar, gratuita y en el menor tiempo posible, a todas las personas que presenten una sospecha de TEA; Favorecer la incorporación de herramientas de detección precoz de los TEA en la vigilancia rutinaria del desarrollo infantil, realizando un especial seguimiento de los niños/as en situación de riesgo (por ejemplo, hermanos de niños ya diagnosticados de TEA o personas con discapacidad intelectual); y por supuesto, es necesario armonizar los servicios de diagnóstico entre las diferentes regiones, así como estandarizar y generalizar las buenas prácticas desarrolladas en algunas Comunidades

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

en los servicios de pediatría que facilitan la detección y el diagnóstico precoz. Existen protocolos de cribado internacionalmente consensuados dirigidos a los profesionales de atención primaria (ej., Academia Americana de Pediatría, 2008) para la detección específica de los TEA en las visitas de seguimiento de los 18 y 24 meses de edad. Estos protocolos, que incluyen la aplicación de un cuestionario breve y sencillo dirigido a las familias, detectan las posibles señales de alarma sobre los TEA y determinan la conveniencia de derivación del niño o niña para su posterior evaluación y diagnóstico especializado.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

27. Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS), Natalia Beraza del Equipo Técnico

Con objeto de que se garantice la equidad y la calidad en el Sistema Nacional de Salud y se dé cumplimiento a lo previsto en el artículo 23 de la ley 16/2003: *todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley en condiciones de igualdad efectiva*, nos permitimos plantear **algunas cuestiones críticas relacionadas con las prótesis auditivas incluidas en la actual Cartera Común Suplementaria:**

- Debe terminarse con la discriminación por razón de edad establecida para la prestación por audífonos, única prótesis externa sumida en esta situación con un límite de acceso a la misma hasta los 26 años de edad.
- En relación con los audífonos y los procesadores de los implantes auditivos, es preciso asegurar que, en todo el territorio nacional, éstos sean de última generación ya que la práctica nos muestra que, en algunas Comunidades Autónomas, se están facilitando prótesis que no son de última generación, sino modelos antiguos superados por otros posteriores e, incluso, cercanos a ser objeto de obsolescencia.
- Con respecto a los implantes auditivos, en la actualidad no se especifica que, si el facultativo así lo prescribe, se puede realizar una implantación bilateral (en ambos oídos), igual que no especifica que si te faltan las dos piernas, te pueden poner prótesis en ambas piernas. Algunas Comunidades Autónomas están denegando la implantación auditiva en el segundo oído sobre la base de que la Cartera no establece expresamente esta posibilidad.

Por ello, consideramos esta reforma normativa una oportunidad para que se **incorpore expresamente en la Ley 16/2003 mecanismos para articular, un sistema efectivo, basado en la equidad, la calidad y la no-discriminación, para la actualización, vigilancia y revisión de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, en el marco de la colaboración prevista en el artículo 79, entre la Alta Inspección y los servicios de inspección de las Comunidades Autónomas**.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

28. Concepción María Díaz Robledo, Presidenta de la CNSE (Confederación Estatal de Personas Sordas)

La CNSE, Confederación Estatal de Personas Sordas, organización sin ánimo de lucro que atiende los intereses de las personas sordas y con discapacidad auditiva y de sus familias en España, realiza las siguientes aportaciones.

Dado que la Ley está en proceso de elaboración, si bien los objetos del anteproyecto es la de modificar anteriores normativas en cuanto a sanidad, como lo son la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, Ley 16/2003, de 28 de mayo, Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de mayo, así como modificar el actual sistema del copago, entre otros, consideramos que esta norma debe recoger aquella normativa relacionada con las personas sordas que sea de aplicación en el ámbito sanitario y que se ha de actualizar aquella legislación en relación con el colectivo de personas con discapacidad.

La plena accesibilidad a la información y la comunicación es un requerimiento previo, básico y fundamental, para que las personas sordas y con discapacidad auditiva puedan disfrutar del derecho a la protección de la salud. En España, una persona sorda o con discapacidad auditiva cuenta con una mayor, menor o nula accesibilidad en función de su lugar de residencia vulnerándose así el derecho a la protección de la salud. De hecho, la actual pandemia ha evidenciado y agravado aquellas barreras de acceso a la información y la comunicación en el ámbito sanitario que ya existían previamente y a las que a lo largo de los años, a pesar de lo establecido en la legislación, se han ido dando soluciones parciales, claramente insuficientes, y en función del territorio.

Es necesario que con esta nueva ley se garantice la plena accesibilidad a la información y la comunicación de las personas sordas y con discapacidad auditiva, de manera homogénea en todo el SNS.

Con el fin de garantizar el derecho a la sanidad pública y a la comunicación e información en igualdad de condiciones, así como lo recoge en el artículo 4 letra d. del derecho a la información de la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* señala que *toda la información se facilitará desagregada, para su comprensión en función del colectivo afectado, y estará disponible en las condiciones y formato que permita su plena accesibilidad a las personas con discapacidad de cualquier tipo* y es por eso por lo que creemos que es de vital importancia que se incluya, tanto en el actual anteproyecto, como en las anteriores normativas, aquella legislación en relación con las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas, así como aquella con relación al colectivo de las personas con discapacidad:

- Ley 27/2007, de 23 de octubre, por las que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral para las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, en su artículo 5, en el que se garantiza la accesibilidad universal para todas las personas con discapacidad en ejecución con lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, ratificada por España en el 2011.
- La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006.

Por último, consideramos importante que se incluya y se cuente con la participación de las distintas entidades representativas del colectivo de personas con discapacidad durante el desarrollo del actual anteproyecto.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Tras analizar las aportaciones, se considera que:
Las aportaciones realizadas no son objeto de esta norma. En cuanto a la participación de las entidades representativas del colectivo de personas con discapacidad en el desarrollo del actual anteproyecto, éste será sometido a trámite de audiencia e Información pública, por lo que este colectivo podrá realizar las aportaciones que estime oportunas

29. Asociación Española de Fabricantes y Distribuidores de Productos de Nutrición Enteral (AENE)

En relación al Anteproyecto antes mencionado, nos gustaría trasladarles el apoyo del sector de la nutrición enteral a la elaboración del mismo. En el texto publicado se pone de manifiesto la intención de procurar una ley que garantice la no existencia de copagos.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:
No se realizan valoraciones adicionales.

30. ASPACE Parálisis Cerebral Confederación, Andrés Castelló, Director General

a) PROBLEMAS QUE PRETENDEN SOLUCIONAR CON LA INICIATIVA

La parálisis cerebral es una pluridiscapacidad de base física. El 80% de las personas con parálisis cerebral presenta grandes necesidades de apoyo a nivel físico, cognitivo o como resultado de la combinación de ambas. Este hecho conduce no solo a situación de discapacidad sino también de dependencia. Por este motivo, **las personas con parálisis cerebral precisan la presencia de una tercera persona las 24 horas y los 7 días de la semana**. La ineludible necesidad de **recursos humanos** lleva aparejado un elevado sobrecoste.

Específicamente y según evidenciaron **Martín y White** en 1988, el coste extraordinario de la discapacidad se hace especialmente tangible en aquellas deficiencias que producen discapacidades en la locomoción, la alimentación, la bebida, la digestión y el cuidado personal. El ejemplo paradigmático de esta apreciación es la tipología de parálisis cerebral. Así lo reitero el Instituto Municipal de Personas con Discapacidad de Barcelona en el año 2006.

Cuantitativamente, **Zaide y Burchady** apuntaron que las discapacidades severas hacen frente a un sobrecoste de **22 puntos porcentuales** superior al asumido por otras discapacidades. De este modo, se calcula que en los casos más severos se llega a asumir un **sobrecoste de entre 250 y 819€** por semana y hombre o mujer con parálisis cerebral.

Ante este paradigma de elevado sobrecoste, el colectivo de la parálisis cerebral precisa garantizar prestaciones farmacéuticas y ortoprotésicas adaptada a sus necesidades. La presente normativa constituye, sin duda, una oportunidad, siempre y cuando acoja los siguientes principios jurídicos:

- Consideración socioeconómica de las personas con parálisis cerebral como beneficiarias directas de las prestaciones sanitarias.

  El 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, modificó la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Nacional de Salud, en su capítulo I dedicado a las prestaciones. Concretamente, reformuló la consideración jurídica de la cartera común de servicios para desagregar la cartera común básica de servicios de la cartera común suplementaria y de la cartera común de servicios accesorios.

Este hecho condujo, a su vez, a una reformulación de las prestaciones económicas y sociales de las personas con discapacidad. En el caso del copago farmacéutico la realidad resultante es que la asistencia sanitaria y **prestación farmacéutica** se articula como última ratio en supuestos de exclusión social. Con carácter general, las personas con discapacidad acceden al copago farmacéutico como titulares o **personas beneficiarias.** En el caso concreto de las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades afines con grandes necesidades de apoyo, la cobertura de medicamentos se realiza, dada su exigua inserción laboral, a través de la segunda vía. Una circunstancia que en la práctica **penaliza enormemente a las unidades de convivencia, sin considerar el sobrecoste asociado a la parálisis cerebral**.

En sintonía con los presupuestos de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad y, en particular, a fin de considerar el artículo 12 relativo a la igualdad ante la Ley, **los sistemas de protección social**, con expresa inclusión de las prestaciones sanitarias, **han de articularse con las propias personas con parálisis cerebral**. De este modo, la situación socioeconómica ha de considerar a las propias personas con parálisis cerebral y no la de sus unidades de convivencia. En caso contrario, se estaría conculcando su condición de sujetos de pleno derecho y, con ello, sus posibilidades de desarrollo personal autónomo, vida independiente e inclusión en la comunidad.

Esta apreciación jurídica es ineludible a la nueva formulación normativa, en la medida en que extiende el sistema de copago farmacéutico al resto de copagos sanitarios. En caso de mantener la previsión jurídica de esta consulta pública previa, se excluiría directa y expresamente el sobrecoste asociado a las personas con parálisis cerebral, dejando atrás a la tipología más vulnerable de discapacidad.

- Ampliación del importe máximo de financiación en los productos ortoprotésicos.

Las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades afines con grandes necesidades de apoyo necesitan una gran variedad de productos ortoprotésicos en todas sus modalidades: prótesis externa, sillas de ruedas, órtesis y ortoprótesis especiales. En concreto, y atendiendo a la heterogeneidad del colectivo de la parálisis cerebral, en materia de prótesis externas las personas con parálisis cerebral son susceptibles de necesitar implantes digestivos, genitourinarios o prótesis auditivas.

Asimismo, una de cada tres personas con parálisis cerebral precisa de silla de ruedas. Además, y con carácter de especificidad, **las sillas de ruedas de personas con parálisis requieren acoplar múltiples mecanismos ortoprotésicos**, entre los que se encuentran: tacos, reposacabezas, propulsión con un brazo, reposapiés, cojines ortopédicos o antiescaras, dispositivos de bombona de oxígeno, entre otros. Este hecho conduce a que el **coste global de cada silla sea muy elevado**, como consecuencia de aplicar los diferentes copagos a cada uno de los mecanismos ortoprotésicos descritos.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

De otro lado, en la prescripción de **sillas de ruedas eléctricas, el importe máximo de financiación se sitúa muy por debajo al coste real de adquisición**. Junto a ello, la realidad práctica a su indicación médica viene **condicionada al manejo de la silla de ruedas eléctrica por la propia persona con parálisis cerebral**. Una circunstancia que no responde a la realidad fáctica, especialmente en procesos de envejecimiento, donde los y las progenitores necesitan facilidad en el manejo de una silla que le es excluida desde una **apreciación jurídica alejada de la realidad.**

Por todo ello, desde Confederación ASPACE urgimos un **aumento del importe máximo de financiación** que dé respuesta a la situación socioeconómica y sobrecoste asociado a la parálisis cerebral. Asimismo, solicitamos una **modificación normativa para posibilitar el manejo de sillas eléctricas por parte de terceras persona**s. Solo de este modo, se estaría dando respuesta legal a la situación de vulnerabilidad de las personas con parálisis cerebral.

- Extensión de la individualización de productos como garantía de cobertura de necesidades en la heterogeneidad de perfiles de personas con parálisis cerebral.

La adaptación de los diferentes mecanismos de la cartera de servicios resulta insuficiente a las necesidades individualizadas de las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades afines con grandes necesidades de apoyo.

En este sentido, los procesos de individualización de productos revisten una elevada complejidad en su gestión y tramitación efectiva y, en muchos casos, excluyen parte de las adaptaciones que, por su heterogeneidad, precisan las personas con parálisis cerebral.

Desde Confederación ASPACE apremiamos la **simplificación del proceso de solicitud, así como la cobertura extraordinaria en personas que médicamente lo requieran**.

- Incorporación de los sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación como productos de apoyo para la inclusión efectiva.

Los sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación (SAAC) resultan **indispensables para el desenvolvimiento en calidad de ciudadanía de pleno derecho**. El 25% de las personas con parálisis cerebral carece de comunicación oral. Un hecho que conduce inexorablemente al empleo de SAAC para su inclusión social en todas las esferas vitales. Actualmente, **la cartera de servicios no incluye los SAAC**, sino que la dotación de este tipo de productos de apoyo se tramita mediante subvenciones para la promoción de la autonomía. Una dotación finalista y atemporal, que, por su naturaleza, excluye sistemáticamente a una de cada cuatro personas con parálisis cerebral.

b) LA NECESIDAD Y OPORTUNIDAD DE SU APROBACIÓN

La necesidad y oportunidad de aprobación del presente anteproyecto de Ley se vincula a la promoción de la autonomía y, con ello, a la inclusión social de todas las personas con parálisis cerebral sin distinción. A tal fin, ha de vincular el sistema de copago a las propias personas con parálisis cerebral, así como aumentar el importe máximo de financiación, a la par que agiliza la adaptación individualizada de productos ortoprotésicos e introduce explícitamente los SAAC

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

De este modo, no solo se ha de modificar el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud para proceder a la integración de la cartera común de servicios y, por tanto, a la derogación de los preceptos 8 bis, 8 ter y 8 quáter, sino que además la norma ha de incorporar las aproximaciones jurídicas expuestas en el apartado a).

c) LOS OBJETIVOS DE LA NORMA

El principal objetivo de la regulación normativa es la equidad, universalidad y cohesión del SNS. En tanto a ello, las previsiones jurídicas sobre copago han de **considerar la vulnerabilidad y el sobrecoste asociado de la parálisis cerebral, a fin de articular un sistema de prestaciones sanitarias ajustado a la realidad socioeconómica** de las personas con parálisis cerebral y otras necesidades afines con grandes necesidades de apoyo.

d) LAS POSIBLES SOLUCIONES ALTERNATIVAS REGULATORIAS Y NO REGULATORIAS

La regulación de la cartera común de servicios, así como el sistema de copago para las prestaciones sanitarias no precisa de solución no regulatoria alternativa.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Algunas cuestiones como la modificación de los importes máximos de las sillas de ruedas, las consideraciones para su prescripción o los sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación no son objeto de esta norma. Otras están en línea con la propuesta ya que esta norma incluye la exención del copago por los productos ortoprotésicos para las personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %, y se derogan de manera expresa los preceptos 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

31. María Jesús Baile Gómez, Directora técnica del Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunidad Autónoma de Madrid – Cermi

Deben restablecerse la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios con el fin de garantizar una atención sanitaria de calidad y no sujeta a los criterios de las Comunidades Autónomas. Es decir, incorporar aquellos servicios asistenciales que hacen efectivas las prestaciones sanitarias para asegurar la homogeneidad en el cumplimiento de unas normas que sean comunes en todo el territorio nacional y así evitar la desigualdad en las prestaciones del catálogo y por consiguiente, garantizar la equidad en cuanto a la cobertura de los derechos de los ciudadanos.

Para nuestro colectivo, es relevante que se restablezca un sistema común que aúne las tres modalidades y se tenga en consideración las "necesidades y demandas continuadas en el tiempo" por la condición de discapacidad además de la situación socioeconómica. Es uno de los grandes desafíos en la actualidad, que las decisiones de financiación estén presididas por criterios de evidencia científica de coste efectividad, por la evaluación económica, es decir, el impacto económico, y por este aspecto de "continuidad en el tiempo". Por lo tanto,

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

entendemos que se deben sentar las bases del análisis exhaustivo de la financiación basándonos en principios de racionalización del sistema público.

Consideramos que es necesario revisar las medidas que se centran en la prestación farmacéutica del SNS y, especialmente, las relativas a los descuentos a practicar a las ventas facturadas al sistema, especialmente en productos ortoprotésicos, porque produce dualidad de precios y mercados que, aunque puedan proteger la competencia entre subsectores, produce un perjuicio en el usuario esa disparidad en el precio.

En el presente documento se enumeran los problemas que se pretenden solucionar con la nueva norma y en relación con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, estamos de acuerdo con suprimir las modificaciones introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, para evitar la incorporación de nuevos copagos sanitarios. En el informe, se refleja un párrafo “se pretende establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse copagos sanitarios nuevos que no atiendan a la situación económica de las personas”. Apuntar que la situación económica está sujeta a cambios y que es importante que se considere este aspecto. Relacionado con lo anteriormente expuesto, defendemos el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas con nacionalidad española, a las personas extranjeras que tienen establecida su residencia en el territorio español así como a las personas no registradas ni autorizadas a residir en España, con especial atención a aquellas que tienen discapacidad. En referencia a esto, también se considera que es necesario mayor medidas de control y gestión de los recursos que contribuyen a la eficiencia del SNS.

Se hace referencia a ese aspecto clave en el objetivo de la norma, y queremos hacer hincapié que no sólo incrementarían las desigualdades sociales en salud actuales al no poder ser asumidos por parte de la población, en especial por la población en riesgo de pobreza o exclusión social que ha sido duramente afectada por la situación vivida en la pandemia de la COVID-19 sino que debemos tener presente que ese porcentaje de población que estará en una situación de vulnerabilidad aumentará a medio y largo plazo y para nuestro colectivo es necesario que se garantice una atención integral y de calidad y aquellas prestaciones y recursos sanitarios que se necesiten a lo largo de todo el ciclo vital.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Las aportaciones realizadas están en consonancia con la propuesta normativa realizada

32. Silvia Muñoz Llorente, Equipo Técnico de Plena inclusión España

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

1) **Aplicar evaluación del impacto en la salud en iniciativas legislativas:**

Es una medida que apoyamos. En esta evaluación del impacto en la salud de la población, en todas las normas indicadas, nos parece importante señalar que esa evaluación ha de tener en cuenta la diversidad de la población y las desigualdades sanitarias que se plantean en función del género, edad, ámbito rural o urbano, pero sobre todo de discapacidad. Nosotros representamos a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y a sus familias y hemos colaborado en diversas investigaciones que establecen estas inequidades, en la siguiente tabla se reflejan los resultados de una de estas investigaciones.

La pandemia por COVID 19 está haciendo que estas desigualdades sean aún más pronunciadas. Plena inclusión publicó un documento en el que se abordaba este tema.

https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/el_derecho_a_la_salud_de_las_personas_con_discapacidad_intelectual_o_del_desarrollo_en_la_crisis_sanitaria_del_covid19.pdf

Las personas con discapacidad intelectual y mayores necesidades de apoyo y/o problemas de salud mental, ven incrementadas aún más estas desigualdades y esto también debe ser tenido en cuenta cuando se realicen las evaluaciones del impacto en la salud, en las medidas legislativas propuestas https://www.plenainclusion.org/informate/publicaciones/estudio-todos-somos-todos-derechos-de-las-personas-con-discapacidad

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ENFERMEDAD	POBLACIÓN GENERAL[1]	POMONA ESP[2]	EDAD 2008
Incontinencia urinaria	4,14%	64,80%	17,5%
Problemas bucales	--	57,20%	
Epilepsia	4,00%[3]	31,00%	
Estreñimiento	4,27%	30,70%	
Obesidad	16,91%	27,20%	
Dolor de espalda	16,00%	--	---**
Problemas de la piel	4,97%	17,10%	
Migraña, dolor de cabeza	10,14%	11,10%	---**
Alteraciones tiroideas	4,84%	9,90%	
Bronquitis, EPOC...	3,32%	8,70%	11,80%
Cataratas	5,20%	8,70%	4,50%
Cardiopatías*	5,21%	8,10%	7,20%
Diabetes	6,84%	7,50%	7,70%
Infrapeso (IMC<18,5)	2,20%	5,00%	
Úlcera gástrica	2,11%	2,70%	3,30%
Ictus, ACV	0,82%	2,30%	4,30%
Enfermedad hepática	0,71%	1,60%	1,80%

*[1]Datos provenientes de la Encuesta Europea de Salud en España 2014 INE. [2]Datos provenientes del estudio POMONA-ESP. [3]El dato estimado más alto procedente de diferentes estudios. *Incluyendo infarto, angina de pecho y enfermedad coronaria. No se incluyen las enfermedades mentales. **No se han tenido en cuenta los datos referentes al dolor, ya que consideramos que existen problemas metodológicos en su recogida.*

2) **Evitar la incorporación de nuevos copagos sanitarios.**
   En este caso también apoyamos la medida y nos hemos posicionado para evitar estos copagos que hacen que se incremente aún más el sobrecoste que las familias de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo han de asumir, esta situación de sobrecoste económico se producía antes de la pandemia por COVID 19
   https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/informe_ejecutivo_sobreesfuerzo_feaps_final_feb15.pdf
   pero se ha incrementado más tras esta. (incluir información del informe del SAAD)
3) **Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida**.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Apoyamos esta medida y pensamos que debe tener en especial consideración a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, por presentar una mayor vulnerabilidad.

OTRAS MEDIDAS PARA LA EQUIDAD SANITARIA

A continuación, vamos a compartir algunas de las medidas que promovemos para evitar estas desigualdades. Estamos seguros de que muchas de las medidas propuestas, también podrían beneficiar a otras personas que no cuentan con una discapacidad intelectual o del desarrollo.

- Sería importante realizar acciones de concienciación e información entre el personal sanitario acerca de la sobre medicación en las personas con DI.
- Es necesario que se elaboren guías de buenas prácticas en relación a la medicación en personas con DI.
- Mayor formación de profesionales. (ver tabla 35. Recursos para mejorar la formación de los profesionales socio-sanitarios del informe Todos somos todos12).
- Elaboración de un paquete de datos de salud básicos de uso entre profesionales e instituciones.
- Uso de herramientas estandarizadas para la recogida de información.
- Aplicación de los criterios diagnósticos y recomendaciones de las guías de clasificación y diagnóstico internacionales como la Clasificación
  Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE) ; el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición (DSM-5) y las recomendaciones de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales (AAIDD).
- Sería importante indagar si en las diferentes Comunidades Autónomas existen protocolos para la derivación de casos de DI/TEA a estudios genéticos familiares. ¿Qué criterios siguen los profesionales para derivar estos casos? ¿Hay suficiente concienciación por parte de familiares, personas con DI y profesionales? ¿Existen directrices por parte del Sistema Nacional de Salud, Asociaciones Pediátricas, etc.?
- Reclamar al Sistema Nacional de Salud y a las Asociaciones Profesionales que existan unos criterios claros y comunes y un sistema de información y derivación de casos para el estudio genético y el asesoramiento genético familiar de personas con Trastornos del Desarrollo en general y que no sea exclusivo para niños.
- Necesidad de un mayor número de chequeos médicos y de seguimiento conforme el nivel de DI es mayor y la edad de la persona aumenta.
- Concienciar para que la atención sea de carácter preventivo y no paliativo.
- De cara al futuro y teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida de las personas con DI será necesario hacer una mayor previsión para la dotación de servicios a este colectivo.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- Sería de utilidad elaborar un documento con las afecciones más comunes que las personas con DI padecen y que estuviera a disposición del personal sanitario.
- Existen enfermedades con una prevalencia tan alta en población con DI: problemas bucales, estreñimiento, problemas de la piel, alteraciones
- motoras, de lenguaje y de continencia, obesidad, ictus, problemas respiratorios, etc. que deberían formar parte siempre de los chequeos
- rutinarios de salud, o que necesitarían de acciones específicas de prevención y promoción de la salud en este colectivo.
- Es necesario investigar en mayor medida la relación que existe entre la DI y sus niveles de gravedad y las diferentes afecciones que correlacionan con ellas.
- Es necesario que los profesionales sanitarios conozcan que existen enfermedades que se diagnostican con menor frecuencia en la población con DI y lo tengan en cuenta a la hora de realizar las valoraciones.
- Sería importante realizar una investigación que permitiera valorar la relación entre la discapacidad intelectual y los factores de riesgo cardiovascular.
- Sería necesario validar escalas u otros métodos para valorar el dolor en personas con problemas de expresión verbal, así como formar a los profesionales sanitarios acerca de métodos de valoración del dolor no convencionales en población adulta 34,35.
- Sería necesario comprobar si este infra diagnóstico está relacionado con un menor control rutinario de la salud y con menores acciones de prevención y promoción de la salud para poder solventar este problema.
- Trasladar a los profesionales de la salud mental la información acerca de la alta prevalencia de estos trastornos en las personas con DI y procurarles una formación especializada en este tema.
- Creación de equipos de valoración integral que estén especializados en la evaluación y tratamiento de los trastornos mentales en las personas con DI.
- Distinguir de forma diferencial los síntomas y signos de posibles trastornos de la salud mental de los “problemas de conducta”.
- Abogar por la extinción del término “Trastorno de conducta” ya que no es un código diagnóstico válido en las actuales clasificaciones. Valorar que la presencia de una conducta alterada puede ser debida bien por un problema de salud física, por un problema de salud mental, por un fenotipo conductual o por una reacción a un factor ambiental. Cabe explorar la causa de la alteración de conducta y no proponerla como un trastorno en sí mismo cuando no lo es.
- Garantizar el acceso de la persona con DI a servicios sanitarios de salud mental que puedan proporcionarle una atención adecuada.
- Reclamar al Ministerio de Salud el establecimiento de una prioridad específica sobre la atención a las personas con DI y con trastorno mental dentro del Plan Nacional de Salud Mental y dentro de un plan más amplio de atención a la salud integral de las personas con DI.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- Reclamar la creación de una red de centros de excelencia en la atención de la persona con discapacidad intelectual y trastorno mental.
- Los profesionales sanitarios deben conocer que existen diferencias de sexo en cuanto a la prevalencia de enfermedades como las alteraciones tiroideas, la obesidad y las cataratas.
- Este patrón diferencial de prevalencia en cuanto a sexo podría estar involucrado en la presentación de otras enfermedades no estudiadas.
- La investigación en cuanto a la influencia del sexo en la presentación de diferentes enfermedades en personas con DI es un área apenas estudiada en la literatura
- Facilitar el acceso de la persona con DI a los servicios sanitarios.
- Promocionar los controles rutinarios en el servicio de atención primaria con el fin de que el acceso a los servicios especializados sea programado.
- Promocionar estudios que comprueben el acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de la población con DI.
- Garantizar el acceso de la población con DI a las acciones de promoción y prevención establecidas para población general, con especial hincapié en las acciones relacionadas con la salud oral, la salud de la mujer y la salud reproductiva.
- Diseñar e implementar acciones de promoción y prevención de la salud específicas para el colectivo de personas con DI, con materiales adaptados.
- Elaborar guías de salud que contemplen la necesidad de la realización de chequeos de salud periódicos.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

En general se manifiestan a favor de la propuesta y aportan una serie de recomendaciones casi todas ellas enmarcadas en el ámbito de la gestión sanitaria y por lo tanto no enmarcados en el objeto de esta iniciativa legislativa, por ser competencia de las comunidades autónomas.

33. María Gálvez, Directora General de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)

1) Hacer preceptiva la evaluación del impacto en salud en la elaboración de las iniciativas normativas reguladas por la Ley 50/1997, de 27 de noviembre

En este punto consideramos necesario **establecer indicadores** que permitan medir y evaluar el impacto en la salud que tienen las nuevas políticas públicas a implantar. Incorporando la perspectiva de la salud en el enfoque y planteamiento de las mismas y con especial foco en las personas con una enfermedad como colectivo vulnerable y no protegido socialmente.

Para dar cobertura real a las necesidades de las personas con patologías crónicas o síntomas cronificadas, se necesitan políticas públicas que protejan a las personas más allá del ámbito sanitario, teniendo en cuenta la condición de cronicidad con un impacto en lo familiar, social, laboral, educativo y económico. Para ello se deben establecer presupuestos compartidos entre el Ministerio de Sanidad y otros

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ministerios para poder llevar a cabo acciones conjuntas. Principalmente se debe trabajar estrechamente con el ministerio de derechos sociales, el ministerio de trabajo, el ministerio de seguridad social y el de educación.

2) Evitar la incorporación de nuevos copagos sanitarios, eliminando la relación de financiación con el tipo de cartera, de tal forma que no puedan establecerse copagos sanitarios nuevos.

En relación a este objetivo pedimos que se tengan en cuenta dos aspectos fundamentalmente:

a) Que el copago que está establecido tenga en cuenta a las personas con patologías crónicas como colectivo que se exime de realizar la aportación. El gasto que deben realizar las personas con enfermedades crónicas, las cuales suelen tener asociadas comorbilidades genera un gran impacto en la economía familiar. Ya se realiza un copago por parte de estas familias, las cuales, en muchas ocasiones deben desplazarse a otra CCAA para poder realizar el tratamiento que necesitan, sin que en muchos casos se les abone el traslado (desplazamientos y estancia durante largos periodos de tiempo) en la comunidad de destino. En el caso de los menores, alguno de los progenitores debe renunciar a trabajar para poder desplazarse y atender al menor, lo que empobrece aún más a la familia. Por todo ello debería establecerse un tope mensual máximo para estas personas en función de su renta. Además de tener en cuenta posibles ayudas. Es fundamental eliminar cualquier posibilidad de incorporar otros copagos (como en medicamentos de uso hospitalario) que provocarían un gran impacto en el paciente y su familia dañando aún más su situación económica.

b) Que el transporte sanitario no urgente, especialmente para los casos de personas que necesitan acudir a un centro sanitario a dializarse, no se base en criterios de salud para adjudicarse, sino sociales, dada la frecuencia de los tratamientos (al menos 3 veces por semana) y la distancia al centro sanitario. Uno de los casos es el traslado de pacientes crónicos en hemodiálisis se encuentra actualmente en la cartera suplementaria, lo que implica que aquellos pacientes que en origen disfrutan de este servicio básico, cuando se desplacen por trabajo u otros motivos a otra Comunidad Autónoma, dependen de la disponibilidad en ésta última de este servicio, cuando debería ser obligatorio dada la frecuencia y necesidad de este servicio.

Por otro lado, en el artículo 13 de la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, donde se especifica las actividades asistenciales diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que se realizan en la atención hospitalaria, en su apartado “h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable” pedimos que se reformule, puesto que se debe garantizar la rehabilitación también a las personas que tienen un déficit funcional que no sea totalmente recuperable pero que sí puede ayudar a mantener la autonomía, como puede ser en las personas con daño cerebral, o con una enfermedad neurodegenerativa, que necesitan la rehabilitación para evitar la dependencia y mantener un buen estado de salud. (la rehabilitación en estos términos también se vuelve a nombrar en el artículo 14 de la citada ley).

La rehabilitación debe estar incorporada en la cartera común de servicios del SNS.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

3) Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida.

Los principios que regulan la ley de cohesión son:

a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.

b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado.

c) La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública.

d) La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud
Pública.

e) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.

f) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

g) La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

h) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica

Para cumplirlos se necesita avanzar en modelos de asistencia sanitaria coordinada, que cubran las necesidades de los pacientes desde un enfoque multidisciplinar, con el foco puesto en la persona que es la que da sentido al propio sistema. No podemos olvidarnos para ello de establecer modelos de coordinación con el sistema social, sin esta coordinación no podremos ofrecer una asistencia integral completa.

Necesitamos un sistema proactivo, especialmente para trabajar la prevención, también secundaria y terciaria en personas que ya tienen una enfermedad. Que garantice un diagnóstico precoz, independientemente del lugar de residencia y que establezca procedimientos compartidos y transparentes de gestión de las listas de espera.

El actual sistema no respeta el principio de equidad, lo que determina la supervivencia en muchos casos. Es urgente establecer medidas que garanticen el principio c) de la ley con la colaboración de los pacientes.

4) Fortalecer la cohesión y equidad en el SNS facilitando la viabilidad de desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial

En relación al Fondo de Garantía Asistencial debe tener carácter presupuestario (no extrapresupuestario), es urgente dotarlo de fondos suficientes para poder garantizar la cohesión y la equidad de la población a los servicios sanitarios.

Se debe establecer un coste por servicio común, y que sea el propio fondo quien compense, no las CCAA, pues esto supone un freno para la movilidad de los pacientes que necesitan ser atendidos en otra CCAA debido a sus circunstancias de salud.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Hay muchísima variabilidad entre los servicios que cubren las CCAA cuando los pacientes (familias en el caso de menores) deben desplazarse a otra CCAA para recibir el tratamiento que necesitan. En algunos casos se cubren los gastos de desplazamiento y la estancia, y en otros muchos no. Aquí las organizaciones de pacientes realizan una labor fundamental mediante recursos como los pisos de acogida, donde las familias el tiempo que necesitan durante el tratamiento que deben recibir cuando tienen que desplazarse a otra CCAA. Estos recursos se encuentran principalmente en Madrid y Barcelona.

Además de los objetivos planteados en el documento. Revisando las normativas que se quieren reformular hay tres aspectos que consideramos cruciales y que proponemos desarrollar:

1) Participación de los pacientes

Creemos que es el momento de formalizar la participación de los pacientes como receptores de las políticas y estrategias sanitarias que se acuerden y trabajen en el seno del ministerio de sanidad. En este sentido, el 30 de septiembre, se aprobó una PNL en el seno de la comisión de sanidad del Congreso de los Diputados en la que se instaba al gobierno a "regular la participación de los pacientes en el propio Sistema Nacional de Salud mediante el Consejo Consultivo del Consejo Interterritorial".

En este sentido, en la actual Ley de Cohesión, vemos diferentes artículos donde se debería incluir expresamente a las organizaciones de pacientes:

- Elaboración de las iniciativas sectoriales de investigación donde se comenta la posibilidad de contar con organizaciones del ámbito de la salud pero no se especifica asociaciones de pacientes (art. 45)
- Elaboración de un sistema de información sanitaria que utilizarían las comunidades autónomas y que debería contener información sobre las distintas organizaciones de pacientes existentes. Aquí sí se especifica y debería mantenerse. (art. 53)
- Comité Consultivo del Consejo Interterritorial es un órgano consultivo permanente que prevé expresamente la participación como componentes del Comité de las organizaciones sindicales y empresariales más no de las asociaciones de pacientes; aquí es donde más claramente habría que modificar la redacción del artículo para cambiar la composición del Comité e incluir expresamente a un número determinado de representantes de asociaciones de pacientes de ámbito estatal. (art. 67.2)
- El Foro Abierto de Salud son espacios temporales convocados por el Ministerio en los que se debaten propuestas o iniciativas sobre temas específicos: aquí se prevé expresamente la participación de las asociaciones que se vieran afectadas o estén relacionadas con la materia a tratar. Este Foro debería depender directamente de la Secretaría de Estado de Sanidad (art. 76.3)
- Creación de Redes de Conocimiento para difundir el conocimiento científico en la sociedad en las que expresamente se prevé la participación del tercer sector (asociaciones, fundaciones….). (art. 68)

2) Prestación farmacéutica

En el RD 16/2012 se hace referencia a la prestación farmacéutica:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

«5. Cuando la prescripción se realice por denominación comercial, si el medicamento prescrito tiene un precio superior al del menor precio de su agrupación homogénea el farmacéutico sustituirá el medicamento prescrito por el de menor precio y, en caso de igualdad, dispensará el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente.»

Consideramos fundamental que se permita prescribir por marca de los medicamentos (de original, genérico y/o biosimilar) para promover la adherencia y la seguridad del paciente. Respetando la relación médico paciente, la toma de decisiones compartida y la prescripción de medicación ajustada necesidades de cada paciente que garanticen seguridad, eficacia y mejor adherencia. Para que los pacientes puedan formar parte activa del SNS es clave que estén formados e informados. El paciente tiene que tener información veraz sobre su patología y las diferentes alternativas terapéuticas con las que cuenta.

Para ello el papel de las organizaciones de pacientes es clave en la formación de los pacientes y para el manejo de su enfermedad. El reto es convertir al paciente en experto en el manejo de su enfermedad desde el principio, para afrontar la situación no solo en los síntomas, sino también en el impacto que produce en todos los ámbitos de la vida.

3) El sistema de información sanitaria

En este ámbito se deben incorporar variables que permitan medir los resultados en salud de la ciudadanía incorporando la visión de las organizaciones sin ánimo de lucro que trabajan en el ámbito de la salud, como bien se recoge en el capítulo IV de la Ley de Cohesión. En este sentido se deben transparentar esos resultados de modo que permitan que el sistema mejore.

La cooperación en el flujo de información entre los diferentes servicios de salud resulta imprescindible y se debe recoger ese compromiso en la nueva normativa.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

La solicitud de incorporar criterios sociales a la hora de establecer exenciones del copago, no se considera ya que se pretende equiparar la exención del copago en la prestación ortorprotésica con la exención del copago farmacéutico. Otras propuestas están totalmente alineadas con la iniciativa legislativa ya que, de acuerdo con lo solicitado, se elimina el término “recuperable” para la rehabilitación en la prestación sociosanitaria y se fomenta la coordinación entre los ámbitos sanitario, social y, en su caso, educativo. Asimismo, la incorporación de representantes de los pacientes en el Consejo Consultivo está en consonancia con la propuesta de esta Plataforma. En cuanto a las aportaciones realizadas al FOGA parece estarse refiriéndose al Fondo de cohesión sanitaria que desde el 2021 ha recuperado parcialmente el carácter presupuestario.

34. Unidad de Apoyo a la Dirección de la Organización Nacional de Trasplantes

Tras leer el texto *Consulta Pública previa sobre el Anteproyecto de Ley de Medidas para la equidad, universalidad y cohesión del sistema nacional de salud*, la Organización Nacional de Trasplantes propone y agradece se valore la inclusión de la regulación de la prestación sanitaria que contemple los gastos de desplazamiento y manutención en los que incurra un donante vivo, ya sea por la donación de un órgano sólido (como un riñón o una porción hepática) como de progenitores hematopoyéticos.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Justificación:

La donación de vivo tiene un impacto positivo no sólo en el paciente trasplantado, sino también en su entorno familiar, social, en la lista de espera de trasplante y en el gasto sanitario. Con objeto de poder llevar a cabo esta modalidad de trasplante, el donante se somete voluntariamente a varias pruebas diagnósticas para asegurar su idoneidad y a una intervención (que en el caso de un órgano sólido es una cirugía mayor, no exenta de riesgos, y que requiere una hospitalización y un periodo de recuperación).

En no pocas ocasiones, el donante vivo se desplaza largas distancias para la realización de las pruebas médicas necesarias que garanticen su estado de salud y para la donación en sí misma, incurriendo en una serie de gastos, entre los que se incluyen transporte y manutención, mientras realiza un acto altruista y de gran generosidad.

La siguiente normativa de la prestación sanitaria contempla los gastos de desplazamiento y manutención en los que puede incurrir un donante vivo, ya sea por la donación de un órgano sólido (como un riñón o una porción hepática) como de progenitores hematopoyéticos, es la siguiente:

- Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. Dicha regulación establece, en artículo 7.2: “El principio de gratuidad no impedirá a los donantes vivos el resarcimiento de los gastos y la pérdida de ingresos directamente relacionados con la donación. Cuando dicha restitución resulte procedente, habrá de efectuarse necesariamente a través de los mecanismos que se puedan prever a tal efecto por las administraciones competentes.”

- Orden SPI/573/2011, de 11 de marzo, por la que se modifican los Anexos III y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Se modifica el apartado 5.2.16 del anexo III del Real Decreto 1030/2006, haciendo una referencia explícita a la donación de vivo, para lo cual se añade el siguiente párrafo:

  «En el caso concreto del trasplante de vivo, tanto si es de órganos sólidos como alotrasplante de progenitores hematopoyéticos (emparentado y no emparentado), el trasplante llevará asociada la atención relacionada con el proceso de la donación, así como sus posibles complicaciones.»

- 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. El trasplante es un Servicio asistencial de la Cartera común básica de servicios asistenciales del SNS.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Estas aportaciones no son objeto de esta norma ya que no parece que la regulación de la prestación sanitaria que contemple los gastos de desplazamiento y manutención en los que incurra un donante vivo ya que no parece que esta regulación deba hacerse en una norma con rango de Ley

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

35. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, Celeste Mariner Zambrana, Directora Ejecutiva
Plasman en su escrito un planteamiento sobre la salud mental en España; sobre el derecho de toda persona a la salud mental, Salud mental y la crisis provocada por la pandemia de la COVID 19; violencia en el hogar durante el confinamiento; salud mental de niños, niñas y adolescentes durante el confinamiento decretado por el estado de alarma en el contexto de la crisis provocada por la COVID 19;ILa muerte por suicidio y la crisis de la COVID 19; la movilidad de las personas con problemas de salud mental en el contexto de la crisis sanitaria provocada por la COVID 19; grupos de personas con problemas de salud mental más vulnerables; impacto de género sobre la salud mental; los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia; garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida ; y reflexiones finales. **Recomendaciones desde la perspectiva de SALUD MENTAL ESPAÑA:** I. Reducir progresivamente al mínimo imprescindible las intervenciones que van en contra de la voluntad de la persona con trastorno mental, así como cualquier otra medida restrictiva y generar las condiciones que las hagan innecesarias. II. Implementar en todos los servicios un registro del uso de las contenciones y otras prácticas coercitivas y hacer un seguimiento de su evolución. Evaluar continuadamente el impacto de las mismas sobre todos los que en ellas participan (personas con problemas de salud mental, familiares y profesionales), con el objetivo de su reducción. III. Facilitar el intercambio de buenas prácticas nacionales e internacionales que eviten las contenciones. IV. Estudiar las quejas y reclamaciones en la atención sanitaria, analizando e identificando las áreas de mejora necesarias con especial atención a las que tengan que ver con el respeto de los derechos de las personas con problemas de salud mental. V. Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para prevenir actos o prácticas discriminatorias. VI. Sensibilizar a la sociedad para que tome mayor conciencia y se fomente el respeto de los derechos y dignidad de las personas con discapacidad. VII. Garantizar la participación real y efectiva de las personas con problemas de salud mental en la evaluación de cada una de las acciones que se desarrollan. VIII. Potenciar el apoyo mutuo entre pares, poniendo en valor sus propias estrategias para resolver situaciones de crisis. IX. Promover el cumplimiento legal mediante el que se reconoce que a partir de los 11 años los niños, niñas y adolescentes deben ser escuchados (Ley Orgánica 1/96, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor). X. Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios para identificar mejor los malos tratos y abusos sexuales a las personas vulnerables, especialmente a la infancia y adolescencia. XI. Dotar de manera adecuada y suficiente los servicios de salud mental, incluidos los servicios en los que se traten situaciones de urgencia o crisis, para poder ofrecer una atención correcta sin necesidad de medidas de contención mecánica o farmacológica, y sin ejercer coerción.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

XII. Fomentar una adecuada continuidad de cuidados de las personas que han realizado una tentativa de suicidio.
XIII. Promover la formación y capacitación de los profesionales de Atención primaria, de medicina y enfermería, en identificación de grupos de riesgo y en técnicas de entrevista para la detección y manejo del riesgo suicida.
XIV. Desarrollar una atención adecuada a la edad de la población, con fin de poder abordar las especificidades que les sean propias con profesionales formados.
XV. Facilitar la labor informativa de calidad que evite el alarmismo y la banalización de las conductas suicidas.
XVI. Desarrollar líneas de trabajo encaminadas a la prevención del suicidio entre el Ministerio de Sanidad y otras instituciones, organismos y sectores al objeto de promover una red de colaboración intersectorial en esta materia que alcance múltiples ámbitos.
XVII. Asegurar que durante la atención sociosanitaria se realiza una valoración integral de las situaciones y necesidades de las familias, con especial énfasis en las personas cuidadoras principales.
XVIII. Facilitar el desarrollo de Programas de Intervención y Apoyo Familiar.
XIX. Potenciar los equipos de tratamiento asertivo comunitario.
XX. Orientar las formaciones hacia la erradicación de actitudes paternalistas o compasivas y que trabajen el fomento de la autonomía de las personas con problemas de salud mental, así como de hábitos de vida saludable, afrontamiento de situaciones de estrés y de conflicto familiar.
XXI. Fomentar el desarrollo de programas de cuidado o atención en el propio domicilio.
XXII. Fomentar acciones formativas para las personas que realizan cuidados informales de las personas con enfermedad mental, sobre todo dirigidas a dos niveles fundamentales: identificar los signos de posibles recaídas y, en segundo lugar, el manejo de situaciones conflictivas que pudieran acontecer.
XXIII. Ir hacia un modelo de atención basado en intervenciones complementarias y coordinadas entre profesionales, servicios y sectores que proporcionen los cuidados de forma coherente entre sí, optimizando los recursos disponibles.
XXIV. Desarrollar actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
XXV. Contemplar la necesidad de evaluaciones de todas y cada una de las acciones a desarrollar, con la participación real y efectiva de las personas con problemas de salud mental en la misma.
XXVI. Garantizar que en todas las intervenciones se respeten los derechos de las personas con trastorno mental, fomentando la disponibilidad de servicios de asesoría y de apoyo.
XXVII. Tender a la integración entre las redes de salud mental y de atención a las adicciones en aquellas comunidades autónomas donde todavía no estén integradas, dando respuesta así, al objetivo 3 “Salud y Bienestar” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que en su meta 3.5 establece “fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Estas propuestas no son objeto de esta norma.

36. Servicios Centrales COCEMFE (Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica)
1. La ley debe tener en cuenta las **medidas de acción positiva** hacia los colectivos en situación de vulnerabilidad, y en concreto hacia las personas con discapacidad, entre ellas las del grupo social de la física y orgánica. Ello implica un sistema reforzado de protección para **garantizar la equidad y la protección ante cualquier situación**. 2. Es necesario desarrollar acciones y tener en cuenta las reivindicaciones del grupo social de la discapacidad en dos aspectos principales; Actuaciones, condiciones y formas óptimas de realizar procesos para **las personas con discapacidad como destinatarias de cualquier forma de atención sanitaria**; y actuaciones, condiciones y formas óptimas de realizar procesos para **las personas con discapacidad como actuales o potenciales trabajadoras y trabajadores del ámbito sanitario**. Para ello, debería avanzarse en la participación activa de las personas con discapacidad física y orgánica en los diversos foros de co-gobernanza del Sistema Nacional de Salud, a través de la participación en los Comités Asesores e Institucionales. 3. Durante las situaciones de emergencia sanitaria, **los derechos de atención del SNS a los colectivos en situación de vulnerabilidad no puede quedar limitada o reducida,** sino que se deben establecer mecanismos para reforzar los elementos de seguridad y la salud de las personas especialmente vulnerables, **garantizando, y no limitando, su acceso a los recursos de soporte vital necesarios, limitándose a aplicar en los protocolos de triaje los criterios estrictamente ceñidos al pronóstico de salud en función del tratamiento a aplicar, sin interponer criterios previos de exclusión en función de la edad y la discapacidad o cualquier otro factor social.** 4. **Derivaciones sanitarias**: para garantizar el tratamiento adecuado se deben facilitar los traslados a los recursos disponibles entre diferentes áreas de atención dentro de cada comunidad y entre comunidades autónomas, con independencia de las transferencias de gestión en materia sanitaria dentro de cada comunidad. Esta situación debe contemplar las necesidades de recibir tratamientos especializados. o Esta situación se manifiesta, sobre todo, en las personas con discapacidad orgánica que, para recibir un tratamiento adecuado o una correcta atención sanitaria, necesitan rutas de derivación que superan las fronteras propias de las demarcaciones administrativas. Ante esta realidad, se encuentran grandes trabas burocráticas y dificultades devenidas de la escasa coordinación interadministrativa. Es importante que se desarrollen rutas de derivación óptimas, bajo seguimiento, personalizadas, para que el acceso a los centros de referencia nacional e internacional. 5. **La prestación ortoprotésica** está constantemente sujeta a avances tecnológicos que hacen que rápidamente queden fuera de catálogo las soluciones innovadoras. Por tanto, las ayuda subvencionables o cubiertas por el Sistema Nacional de Salud deben ser descritas por sus

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

resultados y características funcionales a la hora de generar autonomía personal y con referencia a las estructuras o funciones corporales a las que prestan apoyo desde la Clasificación Internacional de la Funcionalidad de la OMS.

Asimismo, estas ayudas deben ampliarse a más funciones y estructuras de las actualmente descritas y atender a cualquier persona con discapacidad que las precise para poder desarrollo un proyecto de vida propio, con independencia de la etiología que genere la necesidad de apoyo.

6. Es urgente **revisar el sistema de financiación de las diversas prestaciones**, tanto permitiendo que la voz del usuario se escuche, de una manera formalizada, como creando un sistema que permita la introducción ágil de la innovación, siendo especialmente urgente la reforma del sistema de financiación del producto sanitario. Sería necesario poner en marcha **mecanismos que supriman el copago** o que, al menos, garanticen el acceso sin que la existencia de ese copago repercuta en el precio de las tecnologías para la autonomía de las personas con discapacidad para evitar la subida de precio automática en los productos financiados total o parcialmente, en aplicación del artículo 128 CE.

7. Es necesario asegurar una **cobertura sanitaria eficaz en el medio rural**. La inexistencia de equipos multiprofesionales más cercanos a la población del rural, así como la no accesibilidad de los medios de transporte sanitario en este ámbito, impiden el derecho a la salud en condiciones de igualdad y vulneran los derechos fundamentales, especialmente del grupo social de la discapacidad.

El Comité sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad recomienda a España que garantice la accesibilidad y disponibilidad de servicios de atención sanitaria para todas las personas con discapacidad, en particular en zonas rurales.

8. Servicios sanitarios públicos y universales, integrales, coordinados con el sistema de servicios sociales y con itinerarios de intervención individualizados y modelos centrados en la persona y en la comunidad. En este sentido, el Comité sobre Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, en los informes emitidos para España en el año 2019 (Link) alerta a España sobre la falta de acceso a los servicios de atención sanitaria universales y accesibles, en particular a la infancia con discapacidad y en las zonas rurales.

9. **Coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales**: actualmente, la falta de coordinación entre los dispositivos sociales y sanitarios es un elemento de ineficacia e ineficiencia en la calidad asistencial. Es necesario desarrollar protocolos para la coordinación interdisciplinar e interadministrativa; entre las áreas sanitaria, educativa y social, así como entre la Administración General del Estado, las Administraciones Autonómicas y Locales las organizaciones del Tercer Sector de Acción Social que prestan atención sociosanitaria, para posibilitar un abordaje global e integral.

10. Deben existir **mecanismo de control y garantía de accesibilidad universal y equipamiento adecuado a la máxima diversidad de todos los recursos sociosanitarios del estado, con independencia de su titularidad**. También de la adecuada distribución geográfica para evitar en la medida de lo posible los desplazamientos entre localidades, islas y comunidades autónomas de las personas usuarias de los servicios, lo que supone una mayor eficacia y un retorno económico en forma de ahorro de gastos de desplazamiento.

11. **Atención Sanitaria**:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

o Dentro de la atención sanitaria debería tener una especial incidencia **la prevención, la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento de la deficiencia.**

o Apuesta por la creación de **unidades de transición para adolescentes** y ampliarse el acceso a **las unidades del dolor y unidades de cuidados paliativos.**

o Creación de **unidades multidisciplinares** para el tratamiento de las patologías que lo requieran.

o Asegurar el acceso a la **innovación terapéutica**.

o Marco regulatorio sobre sustitubilidad de medicamentos, con especial hincapié en los **medicamentos biológicos o con estrecho margen terapéutico.**

12. Es **necesario que se garanticen la igualdad de oportunidades, la accesibilidad universal y la calidad en la atención sanitaria:**

o Es necesario tener presente lo que establece la **Convención en el artículo 9, puntos 1 y 2, referido a la accesibilidad universal**, en el que sienta las bases para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones, al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público, tanto en zonas urbanas como rurales.

o **Garantizar la accesibilidad en todo el sistema sanitario**, tanto en los elementos informativos, como en los medios físicos y tecnológicos para el desarrollo de los tratamientos, así como como en el entorno de los servicios. La accesibilidad implica una acción multinivel; diseño de infraestructuras, instalaciones y dispositivos accesibles; acceso a la información y comunicación; etc.

o Es necesario poner especial atención a la **situación de las mujeres con discapacidad en cuanto a la atención sanitaria** y, en concreto, en relación con la atención ginecológica, la inexistencia de medios adaptados (camillas hidráulicas, máquinas de mamografía accesibles para mujeres en silla de ruedas…), etc. En este sentido, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad alerta a España sobre las limitaciones en relación con el acceso a servicios de atención ginecológica y obstétrica de las mujeres con discapacidad.

o Es necesario desarrollar una disposición óptima de apoyos específicos que posibiliten la máxima autonomía personal y pleno desarrollo en el entorno comunitario de las personas con discapacidad.

o **Derecho a la información**: es necesario el uso de un lenguaje inclusivo, asequible y de lectura fácil para todos los trámites y procedimientos, que garantice el acceso a la información en todos los casos. Para ello, es necesario desarrollar una labor de adecuación de toda la documentación del sistema o facilitar los apoyos necesarios en cada caso.

A día de hoy, existen innumerables trabas y barreras administrativas y burocráticas que dificultan sobremanera el derecho a la información y el derecho a la salud.

□□Es necesario hacer especial referencia la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social que, en su artículo 4 de derecho a la información asistencial, dispone que **la información clínica que forma parte de**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará a la persona usuaria de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

En este sentido, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad alerta a España sobre la falta de accesibilidad en la información relativa a la salud y de los modos apropiados de comunicación.

13. **Incorporación de la perspectiva de género en el sistema sanitario que garantice la no discriminación de las mujeres con discapacidad y la erradicación de aquellas vulneraciones de derechos detectadas:**

- o En la investigación, formación y sensibilización sobre enfermedades que afectan mayoritariamente a la población femenina.
- o En los diagnóstico y tratamientos en los que intervienen prejuicios y compartimientos asociados al género femenino.
- o En la situación de mayor vulnerabilidad económica en la que se encuentran las mujeres con discapacidad y que deriva en un desigual acceso a los tratamientos y recursos sanitarios.

14. Es necesario garantizar el **acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva** en condiciones de accesibilidad universal, incluyendo la planificación familiar, información y educación, en particular para las mujeres y niñas con discapacidad, e incorporar el derecho a la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, con arreglo a la meta 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

- o Garantizar la atención especializada a personas con discapacidad basada en la evidencia científica, libre de prejuicios y discriminaciones, que garantice el derecho a decidir de todas las personas en igualdad de condiciones, sin atender al sexo o por razón de discapacidad.
- o Poner en marcha medidas que permitan detectar y erradicar situaciones de violencia obstétrica.
- o Garantizar el acceso a la información y formación y a la toma de decisiones libres y consentidas en torno a los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas con independencia de su sexo o por razón de discapacidad.

15. Desarrollo de **protocolos efectivos para la detección de casos de violencia hacia mujeres con discapacidad, que cumplen con los criterios de accesibilidad universal.**

- o En este sentido, es indispensable el trabajo coordinado entre los servicios sanitarios y las organizaciones o instituciones especializadas en discapacidad y violencia de género. Es necesario ofrece una atención integral a las mujeres que puedan verse expuestas a estas situaciones.

16. **Avance hacia un paradigma apoyado en la autonomía personal, la intervención integral y centrada en la persona y los derechos humanos**, que supere las concepciones asistencialistas y centradas en los propios recursos y servicios.

17. Tal y como dispone la Convención, “se ha de promover el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabaja en los servicios de habilitación y rehabilitación” (Art. 26.2) y “la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación” (Art. 26.3.). Por tanto, es necesario desarrollar **procesos formativos para el personal sanitario desde un enfoque de derecho humanos**. Un espacio sanitario de calidad e inclusivo ha de contar con medidas para atajar las conductas inadecuadas por parte de los equipos profesionales.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Debemos caminar hacia un escenario sanitario público y universal, libre de prejuicios y actitudes discriminatorias hacia las personas con discapacidad, y que no interfiera en la toma de decisiones libre e informada de las personas con discapacidad.

- En este sentido, el Comité sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad, en 2019, alertó a España sobre la necesidad de seguir proporcionando formación especializada al personal sanitario para fomentar su sensibilización sobre los derechos que establece la Convención.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Algunas cuestiones planteadas como la derivación de pacientes, la modificación de la prestación ortoprotésica, la atención sanitaria en el medio rural, cuestiones relativas a la atención sanitaria, la incorporación de la perspectiva de género, el acceso a la salud sexual y reproductiva, la detección de violencia hacia las mujeres o los programas formativos de los profesionales no son objeto de esta norma. Otras como la participación de las personas con discapacidad, están indirectamente incorporadas al haber incorporado representantes de pacientes al Consejo Consultivo. Asimismo, la exención del copago en la prestación ortoprotésica a menores con discapacidad mayor a 33%, aunque no responde al total de la propuesta, sí está en línea con la misma. El refuerzo de la coordinación sociosanitaria sí se encuentra claramente en consonancia con esta iniciativa legislativa.

37. Laura Carrillo, Asistente de dirección, Psicóloga, Asociación NUPA (Asociación española de ayuda a niños con trasplante multivisceral y afectados de fallo intestinal y nutrición parenteral)

Presentan un amplio informe sobre el daño intestinal permanente y la nutrición parenteral (tienen categoría de medicamentos) y la problemática que se plantea a los pacientes, y sus cuidadores, cuando están en sus domicilios.

Solicitamos que la revisión de las normativas que aseguren la equidad, universalidad y cohesión contemplen los servicios que han de prestarse fuera del hospital, ya que el actual modelo de salud que necesitan las personas con patologías complejas como la que nos ocupa, lleva asociada una continuidad necesaria y directa entre los dispositivos asistenciales del SNS y el domicilio de éstos. De no proceder a la regulación de estas cuestiones, serán los propios centros sanitarios y los pacientes quienes deban seguir asumiendo los excesos en el pago de un tratamiento cuyo coste puede racionalizarse de forma simple y eficaz en beneficio de todos. Lo contrario supone no solo una evidente fuente de inequidad sino también, dicho sea con todo respeto a la luz de las explicaciones contenidas en este informe y de las evidencias documentales que este Ministerio pueda requerir y que desde este momento ponemos a su entera disposición, una ineficiente gestión en la utilización de los fondos públicos cuya revisión redundaría sin duda alguna en beneficio de usuarios del Sistema Nacional de Salud en general y de los pacientes con necesidades de nutrición parenteral en particular.

Entre las diferencias que encontramos entre los pacientes que forman parte de NUPA, destacamos, por ejemplo, las referentes al servicio de entrega a domicilio de la nutrición parenteral. La mayoría de nuestros pacientes necesitan nutrición parenteral los 7 días de la semana y, quienes no tienen opción de recibir en casa las bolsas correspondientes a cada día, se ven en la obligación a ir al centro médico a recoger

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

sus nutriciones y material fungible varios días a la semana. En algunas provincias esto supone un desplazamiento de varias decenas de kilómetros. Hablamos de personas con un amplio espectro de necesidades y condicionantes, que, a menudo, han de realizar estos viajes en transporte público. Si de por sí se trata de una patología limitante, en una situación extraordinaria como la pandemia que estamos viviendo, no es deseable que un paciente de estas características tenga que asumir estos riesgos.

En estos casos, detectamos grandes diferencias en función del laboratorio del que depende la nutrición parenteral de cada hospital y de los servicios que este ofrezca, a pesar de que el precio sea un perjuicio para el paciente. Algunos de los proveedores contratados, no solo envían al domicilio de los pacientes la nutrición parenteral, sino que también proveen a los mismos del material sanitario necesario para su administración. Si esto no es así, el paciente deberá ir al hospital o a su centro de atención primaria a recoger estos materiales.

Dicho lo anterior, es necesario apuntar también que las diferencias no se dan solo en el aprovisionamiento de la nutrición o el material sanitario, sino también en el soporte asistencial recibido. En algunas CCAA u hospitales, el paciente cuenta con una atención domiciliaria por parte de enfermería para su seguimiento y control e incluso con un teléfono de atención 24 horas para la resolución de cualquier urgencia o duda que pueda tener en la administración del tratamiento. En otras, tales prestaciones son prácticamente inexistentes al no destinarse los recursos necesarios para dar adecuada cobertura con cargo a fondos de la cartera de servicios complementaria.

El tener estas diferencias tan importantes entre unos centros y otros es una fuente evidente de desigualdad (e incluso de discriminación) que no debería producirse y que podría evitarse con una legislación a nivel nacional que armonice de un modo homogéneo el nivel de prestación asistencial en este ámbito.

Ahondando en las complejidades que rodean el tratamiento diario de los pacientes que sufren este tipo de patologías, la manipulación de una vía central para conectar la nutrición parenteral implica una formación altamente especializada. Esta formación es recibida por los pacientes en sus centros hospitalarios, con grandes diferencias entre unos y otros, sin protocolos unificados que permitan asegurar que el procedimiento que se aplica en cada caso es el correcto. Una vez se produce el alta de los pacientes, estos han de ser capaces de manipular el catéter en las condiciones adecuadas, con técnica estéril y un manejo a la altura de un sanitario con formación específica en manejo de vías centrales. La falta de preparación técnica en este tipo de cuestiones lleva en ocasiones a que en muchas ocasiones los pacientes prefieren que el cuidado de la vía dependa de ellos y no de profesionales de centros sanitarios en los que no existen o no se respetan los protocolos.

También a este respecto debemos destacar que no son pocas las ocasiones en las que nos hemos encontrado con pacientes o cuidadores que no han podido asumir el manejo de la vía central y, como consecuencia, se han visto obligados a permanecer en ingreso hospitalario indefinido para que la nutrición pudiese ser suministrada por los sanitarios, ya que no cuentan con la opción de un profesional de enfermería en domicilio para la formación y seguimiento. Esto, como es evidente, supone un fuerte impacto emocional, económico (especialmente en pacientes desplazados de su lugar de origen) y un detrimento de la calidad de vida del paciente y la familia.

Ello por no hablar de que la ausencia de una prestación uniforme y adecuada en este ámbito comporta también la asunción persistente y continuada de un gasto sanitario adicional al que ha de hacer frente el centro hospitalario, en forma de recursos (camas ocupadas) y

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

personal destinado al cuidado unos pacientes que se encuentran clínicamente capacitados y que bien pudieran continuar con su tratamiento fuera de dicho centro hospitalario en caso de disponer de los medios adecuados para ello. A este respecto nos vemos en la necesidad de apuntar que el ahorro en términos de gasto sanitario (relación coste-efectividad) por la adopción de nutrición parenteral domiciliaria está ya contrastado mediante los distintos estudios económicos previos a los distintos pilotos llevados a cabo como paso previo a la puesta en marcha de los programas piloto en aquellos centros hospitalarios en los que se ha decidido su implementación.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

La gestión de la nutrición parenteral y la formación para el manejo de la vía central no son objeto de esta norma.

38. Carlos Magdaleno Fernández, Presidente de ANEA (Federación Nacional de Empresarios de Ambulancias)

La redacción actual del artículo 19 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS es la siguiente:

Artículo 19. Prestación de transporte sanitario

El transporte sanitario, que necesariamente deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte. Esta prestación se facilitará de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por las Administraciones sanitarias competentes.

Se propone la siguiente redacción:

Artículo 19. Prestación de transporte sanitario

El transporte sanitario, que necesariamente deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte, ***desplazamiento que deberá realizarse por parte de personal sanitario cualificado para el transporte sanitario conforme a lo que se determine reglamentariamente****.*

Esta prestación se facilitará de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por las Administraciones sanitarias competentes.

Se realiza una justificación de la propuesta en que no existe una normativa general en materia de sanidad que indique que dicho transporte sanitario deba ser efectuado por personal cualificado al efecto: Como se puede ver tanto el apartado 3.1 del Anexo VIII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en relación con el medio de transporte como el apartado 3.2 en relación con los vehículos, se centran en el medio material de transporte pero no hace referencia al personal que presta el servicio. No existe en ese Anexo VIII una indicación de que el personal que preste el servicio también debe cumplir los requisitos del Real Decreto 619/1998 (aunque esta referencia ya no está actualizada, y debería entenderse hecha al Real Decreto 836/2012).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Por dicha razón consideramos necesario que la normativa en materia de sanidad también haga una referencia a la necesidad de que el transporte sea realizado por el personal cualificado al efecto. Evidentemente la definición de las características exigidas a dicho personal es una cuestión reglamentaria, pero consideramos que la definición de la prestación de transporte sanitario (tanto en la Ley 16/2003 como en el Real Decreto 1030/2006) deberían también incluir una mención a la necesidad, no sólo de que sea prestado con los medios materiales exigidos por la normativa, sino también de que sea prestado por el personal cualificado al efecto.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

No es objeto de esta norma regular la cualificación profesional para la realización del transporte sanitario.

39. Ricardo Blázquez, Consejo de la Juventud de España

1. <u>Nuevo abordaje para afrontar la elevada prevalencia del sedentarismo, la obesidad, sedentarismo y diabetes.</u>
   Solicitamos un nuevo Plan Nacional que aborde el incremento del sedentarismo, la obesidad y la diabetes debido a los preocupantes datos que existen al respecto de la evolución de estas patologías, de elevaba morbimortalidad, en las personas jóvenes y adolescentes de este país:
   - Los datos de la encuesta nacional de salud sostienen que desde 1987 hasta 2017 las personas con diabetes, hipertensión y obesidad se han visto disparadas exponencialmente.
   - Los datos del Estudio PASOS de la fundación Gasol reflejan que gran parte de la población joven y adolescente del país no cumplen con las recomendaciones de ejercicio físico diario de la Organización Mundial de la salud. Constituyendo así un factor de riesgo para desarrollar en el futuro enfermedades de alta morbimortalidad como la diabetes, la obesidad o la hipertensión.
2. <u>Desarrollo de una nueva estrategia de salud mental.</u>
   Dada la actual situación epidemiológica del COVID-19 se hace imprescindible desarrollar una nueva estrategia de salud mental que sustituya a la vigente, la estrategia de salud mental 2009-2013. Consideramos que en esta nueva estrategia se deben abordar los problemas de salud mental que puedan afectar a las personas jóvenes, los cuáles han sido reflejados en diversas fuentes como las citadas a continuación:
   - Según la guía “Salud mental y Salud Pública en España” el 25% de la población experimenta algún trastorno mental común, siendo el 1% del total quienes padecen un trastorno mental grave. Teniendo, según la Organización Mundial de la Salud, la mitad quienes debutaran en torno a los 14 años con estas enfermedades.
   - El ministerio de Sanidad, mediante los datos del Instituto Nacional de Estadística, confirmó que el suicido continúa siendo la primera causa de muerte externa en nuestro país.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- Según el estudio realizado por el INJUVE y la Red PROEMA durante el confinamiento el 69.6% de los padres informaron que, durante el confinamiento, sus hijos presentaron reacciones emocionales negativas, el 31.3% problemas en el sueño y el 241% problemas de conducta.

  Este estudio también resalta que independientemente del país de residencia, el confinamiento por COVID-19 ha tenido un efecto significativo en el bienestar psicosocial de los adolescentes.

Abordaje de una nueva estrategia de salud sexual y reproductiva.

Garantizar el desarrollo de una nueva estrategia de salud sexual y reproductiva centrada en la población joven y adolescente del país debido a los siguientes datos:

- Según el último informe anual de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, estas han sufrido un aumento exponencial en los últimos 16 años. Siendo especialmente preocupantes los aumentos del VIH y de la sífilis.
- La evolución de la rasa de incidencia de la gonorrea ha pasado de 2.04 por 100.000 habitantes a 18.74 en 2017. Siendo el incremento medio anual de todas las analizadas en dicho estudio del 26.3% entre 2013 y 2017.

  El ministerio de Sanidad cifra el descenso del uso regular de los preservativos, siendo en la franja de edad de 15 a 18 años un 75% quienes refieren usarlo en 2018 frente al 84% que lo referían en 2002.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Las cuestiones planteadas no son objeto de esta norma.

40. Antonia Gimón Revuelta, Presidenta de FECMA (Federación Española de Cáncer de Mama)

1.- Mediante una norma legal evitar nuevos copagos sanitarios y, en todo caso, los copagos sanitarios no pueden ser diferentes entre Comunidades Autónomas.

2.- La actual existencia de modalidades de la cartera común de servicios (asistenciales, suplementarios, accesorios), genera desigualdades entre los usuarios de la sanidad pública.

Sería deseable y positivo avanzar hacia una cartera común de servicios y prestaciones en todo el Sistema Nacional de Salud.

Los servicios y las prestaciones sanitarias deben ser homogéneos en el Sistema Nacional de Salud.

3.- Definir sin dar lugar a interpretaciones, que disponemos de una sanidad pública, universal, gratuita, de calidad y financiada mediante impuestos.

4.- Seguir garantizando la igualdad efectiva y el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

5.- La cohesión y la equidad deben ser elementos estratégicos de nuestro Sistema Nacional de Salud.

No es equitativo un sistema donde se manifiestan diferencias de gasto sanitario público por habitante entre las Comunidades Autónomas.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

6.- La realidad de una Sanidad transferida y gestionada por las Comunidades Autónomas, no puede implicar la existencia de una multiplicidad de sistemas públicos de salud, con distintos servicios o prestaciones y con diferencias en el copago de algunos de esos servicios y prestaciones.

Esa realidad no puede condicionar el acceso a la sanidad, cuando temporal y circunstancialmente el usuario se encuentre en una Comunidad Autónoma diferente a la de su residencia habitual

7.- El Fondo de Garantía Asistencial debe garantizar la efectiva equidad y la no discriminación por el hecho accidental de una residencia temporal (trabajo, vacaciones, atenciones familiares…) en un lugar diferente al habitual.

8.- La evaluación del impacto en salud debe ser preceptiva en todos los textos legales que se tramiten vía Parlamento.

9.- Se ha manifestado como absolutamente necesario dotar al Ministerio de Sanidad de presupuestos y medios humanos y materiales suficientes para hacer frente a desafíos como los que estamos viendo con motivo de la pandemia del Covid – 19.

10.- Parece necesario**:**

a).- Crear una Agencia Nacional para gestionar las políticas de salud pública

b).- Dotar de carácter vinculante a las decisiones acordadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

En general las aportaciones realizadas están en consonancia con la propuesta legislativa aunque se añaden algunas cuestiones que no son objeto de esta norma (creación de una agencia nacional para gestionar políticas de salud pública y que las decisiones del CISNS sean de carácter vinculante).

OPINIONES FUERA DE PLAZO

41. (recibido viernes 20-11-2020), Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas – CGCODN, Alma Mª Palau Ferré, Presidenta

Consideraciones del CGCODN al anteproyecto de ley presentado:

• Consideramos que el Anteproyecto de Ley es de una gran pertinencia en los tiempos actuales, incluso que muchos de los puntos tratados se estaban demandado desde hace años y desde muchos frentes, como es el caso de:

- El enfoque intersectorial de las políticas públicas con repercusión en la salud de la población
- La homogeneidad y equiparación en las distintas CCAA y evitar cualquier tipo de desigualdad, tanto en asistencial, como suplementaria o servicios accesorios
- Evitar los copagos que no tengan en cuenta la situación socioeconómica de las personas afectadas
- El derecho universal a la salud, en especial de los colectivos más vulnerables
- (niños, mayores, mujeres embarazadas, personas con discapacidad…)

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Por todo ello nuestra más sincera enhorabuena por este nuevo esfuerzo de mejorar la calidad asistencial y de servicios sanitarios a toda la población del territorio español.

• Desde el área de Nutrición Humana y Dietética, entendemos que es esencial en los próximos años dar un salto de calidad y cantidad en la presencia del dietistanutricionista en el área asistencia, en salud pública, en educación y en servicios de alimentación, para dar un servicio público de Nutrición y Dietética y que toda la ciudanía pueda beneficiarse de este servicio en condiciones de equidad.

• Así mismo, confiamos que los productos dietoterápicos, como su nombre indica necesarios en el tratamiento y abordaje de múltiples patologías y situacionesfisiológicas, estén exentos de copago y sean prescritos por expertos en la materia, maximizando su eficiencia y mejorando su rentabilidad.

• Finalmente, consideramos que existe una gran demanda social, tanto de la ciudadanía para tener acceso a la atención nutricional en el ámbito público, como de los propios colegas sanitarios para contar con nuestra aportación profesional en equipos multidisciplinares. La malnutrición, por exceso y por defecto, o por desequilibrio, es una de las causas principales en las grandes pandemias de salud pública de nuestra sociedad.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

En general se muestras conformes con la propuesta legislativa.

42. (recibido viernes 20-11-2020), Ana Mª Cabezudo Alonso, Secretaría en nombre de la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, Sanidad de Castilla y León (Sacyl)

En relación con la Ley 50/1997, de 2 de noviembre:

Sobre el objetivo normativo “Que la Memoria de Análisis de Impacto Normativo de las iniciativas normativas disponga de un apartado relativo al impacto en la salud de la población”, se considera una medida necesaria y pertinente.

En relación con el RDL 16/2012, de 20 de mayo:

1.- En relación a la cartera común de servicios.

En relación al objetivo normativo “Reestablecer la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios” y de “eliminar la incorporación de nuevos copagos sanitarios, eliminando la relación de financiación con el tipo de cartera”.

Se estima necesaria mantener la diferenciación de las carteras y el copago manteniéndose en el caso concreto de la prestación farmacéutica y ortoprotésica ajustada a las situación socioeconómica de las personas (contemplando el reembolso total o parcial en función de esta situación) incluir la aportación en los productos dietéticos con las mismas características y excluir el transporte sanitario. Todo ello con el fin de mantener/establecer medidas que contribuyan a la sostenibilidad del SNS.

2.- En relación al Fondo de Garantía asistencial.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

De acuerdo con la supresión del apartado 5 del artículo 3. Considerándose conveniente que se realice un desarrollo reglamentario para la aplicación del Fondo de Garantía Asistencial.

En relación con el RDL 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud:

1.- Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud.

Se considera necesario modificar el RDL 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud fundamentalmente para unificar criterios que permitan que el procedimiento para recibir asistencia sanitaria las personas extranjeras que encontrándose en España se encuentren en situación irregular sea uniforme en todas las comunidades autónomas.

Es cierto que las recomendaciones, de fecha 20 de junio de 2019, han permitido realizar instrucciones para los responsables de la tramitación de los mismos; sin embargo debido a la dificultad y complejidad de la materia existen ciertas dudas que dan lugar a diferentes interpretaciones y que se pueden aplicar de forma distinta en las comunidades autónomas. Por ejemplo al no contemplar esta norma referencia alguna la cobertura sanitaria en situaciones especiales: enfermedad grave y accidente, embarazadas y parturientas y menores de edad pudiera dar lugar a un tratamiento diferenciado de este colectivo según el territorio donde se realice la solicitud de asistencia sanitaria. Ocurre lo mismo con el empadronamiento, en unos casos se les exigirá estar empadronados, en otros además que dicho empadronamiento lo sea por un periodo determinado.

Todo ello implica que cuando un extranjero que tenga concedida la asistencia sanitaria conforme al artículo 3 ter de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS se desplace fuera del territorio autonómico que le ha expedido el certificado tenga que presentar otra documentación diferente con el prejuicio que pueda causar a los mismos.

Por otro lado es importante tener en cuenta que el procedimiento que se recoge en las recomendaciones no es aplicable a los extranjeros que se encuentran en estancia temporal autorizada (periodo inferior a 90 días en España), sin embargo el RDL 7/2018 establece que las personas extranjeras que se encuentren en esta situación puedan recibir asistencia sanitaria siendo preceptivo el informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas, sin que se hayan definido unas pautas comunes de actuación.

2.- Ampliar los derechos de la población actualmente no incluida.

Respecto a esta cuestión podríamos mencionar a colectivos que quedarían excluidos de la sanidad con cargo a fondos públicos conforme a la actual redacción del artículo 3 apartado 2 c) de la Ley de Cohesión ya que se requiere ser "*persona extranjera y con 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*".

Los ciudadanos extracomunitarios que quieren residir en nuestro país de forma legal deben contar con un seguro público o privado de enfermedad concertado con una entidad aseguradora autorizada para operar en España.

Y también la normativa de extranjería establece la obligación de acreditar cobertura sanitaria para la obtención y renovación de determinados permisos de residencia, entre los cuales se encuentran el de agrupación familiar de ascendientes de un ciudadano comunitario (reagrupado).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Respecto a este colectivo entendemos que la actual normativa de Extranjería es el motivo por el que el INSS no reconoce el derecho a la asistencia sanitaria de estos extranjeros, aunque tenga la residencia legal en España y tampoco pueden acceder a la asistencia conforme a lo previsto en el artículo tres ter ya que se refiere exclusivamente a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España.

En cuanto al requisito de tener fijada la residencia habitual en España se cuestiona en qué situación quedarían los españoles que debido a sus desplazamientos habituales al extranjero incumplan el requisito de residencia en territorio nacional. Una vez que se rebase el límite de los 90 días pierden la condición de asegurado del SNS, lo que impide recibir asistencia sanitaria en el país de estancia conforme a los Reglamentos de coordinación en materia de Seguridad Social o conforme a la Directiva de la asistencia sanitaria transfronteriza, a lo que hay que añadir las limitaciones impuestas por la Directiva 2004/38, que exige para residir en un Estado miembro de la UE disponer de ingresos suficientes y un seguro de salud.

Por último si se modifica el RDL 7/2018 ampliando los derechos de la población actualmente no incluida debe quedar claro en qué supuestos debe aplicarse la figura del Convenio Especial recogida en el artículo 3.3: “Aquellas personas que de acuerdo con el apartado 2 no tengan derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, podrán obtener dicha prestación mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial”.

Se supone que los extranjeros en situación irregular no tendrían que suscribir este tipo de convenios.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:

Manifiestan su conformidad expresa en algunas cuestiones, como con la modificación del FOGA, mientras que en otras proponen alternativas no consideradas en la iniciativa legislativa como el mantener la diferenciación de la cartera básica y suplementaria e incorporar aportación en los productos dietéticos. Las cuestiones planteadas relativas a la interpretación de la norma en cuanto a la asistencia sanitaria de personas extranjeras en situación administrativa irregular parece que deberían articularse mediante otro instrumento que no fuera una norma con rango de Ley. Finalmente, las aportaciones relativas a la inclusión de los derechos de la población actualmente no incluida, se ha incorporado a la propuesta normativa lo relativo a los españoles que no residen en España durante sus desplazamientos temporales, así como parte de la población reagrupada por sus hijos con nacionalidad española. No obstante, esta comunidad autónoma tendrá la oportunidad de realizar aportaciones más concretas al texto normativo durante el trámite de audiencia e información pública.

43. (recibido viernes 20-11-2020), Francesc Joan Santonja Pastor, Colectivo People Health Living Lab / Fundación Innovem Junts,

Hemos elegido el ámbito que hace referencia al tema “Hacer preceptiva la evaluación del impacto en salud en la elaboración de las iniciativas normativas reguladas por la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, disponiendo en las Memorias del análisis de Impacto Normativo de un apartado relativo al impacto en la salud de la población.”

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Adjuntamos documento de análisis de las consideraciones que sugiere el propio documento de la CONSULTA PÚBLICA PREVIA SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY DE MEDIDAS PARA LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
Adjuntamos mapa de conceptos elaborado como apoyo a nuestro análisis.
PROPUESTA
Consideramos que el documento tiene que incorporar una definición del concepto SALUD como condición ineludible para conseguir adecuarlo a la realidad, lo que desde nuestra perspectiva supone tener en cuenta los siguientes criterios:

1. La salud es el resultado de la gestión de la propia fragilidad en los ámbitos fisiológico y orgánico, cognitivo y emocional, social y medioambiental.
    - La salud no puede quedar restringida al ámbito sanitario, ni público ni privado
    - Los expertos en los ámbitos de la gestión del conocimiento, del equilibrio emocional, de las relaciones sociales y de la interacción de las personas con su entorno medioambiental son también protagonistas de las tareas de tutela y asistencia a la persona en el proceso de construcción de la salud
2. La salud es patrimonio de cada persona quien debe responsabilizarse de su construcción tanto en favor propio como en beneficio de la comunidad.
    - La salud es individual y colectiva.
    - La salud no es ni pública ni privada.
3. Para que cada persona se comprometa explícitamente en la gestión de su salud debe poder gestionar los procesos relativos a la identidad de su fragilidad y de restauración de los quebrantos en todos los ámbitos mencionados.
    - El Estado tiene que configurar una Entidad Española de Gestión y Protección de los Datos Personales en el Ámbito de la Salud.
    - Entidad que debe depender del Ministerio de Justicia como ocurre con la Agencia Española de Protección de Datos Personales (AEPD)

- La AEGPDPS (AEPDS) tiene que ser quien establezca la infraestructura y los mecanismos para que cada persona pueda disponer de una carpeta virtual de datos que incluya no solo los que afectan al ámbito de la sanidad, sino a todos aquellos que son considerados por el propio individuo, propietario de sus datos, como factores que le permiten componer su salud e implicarse en la salud comunitaria.

Tras analizar las aportaciones, se considera que:
Las propuestas realizadas (definición del concepto de salud y la disponibilidad de carpeta virtual) no son objeto de esta norma

44. (recibido viernes 20-11-2020), Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid miembro de la Unión Interprofesional de la Comunidad de Madrid - Asociación de Colegios Profesionales, Secretaría Técnica, Nuria Salom, Directora de Coordinación

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

	En términos generales cabe achacar al texto suministrado una falta de concreción que impide realizar un análisis más profundo y riguroso. Así por ejemplo cuando en el apartado tercero de los antecedentes de la norma se alude a que uno de los objetivos que esta persigue es ampliar los derechos de población que actualmente no está incluida, no se alcanza a comprender si dicha población es aquella que se encuentra en condiciones irregulares en territorio nacional o si por el contrario alude a algún otro colectivo sobre el que lógicamente no puede ofrecerse una visión crítica al carecer de datos suficientes. Del mismo modo y a la hora de justificar la necesidad y oportunidad de su aprobación se establecen declaraciones o manifestaciones de voluntad que son más propias de una exposición de motivos que de la exposición de hechos o datos objetivos que justifiquen la modificación. Así por ejemplo el emplear el término referido a salud pública “buscar sinergias” pudiera resultar del todo inconcreto o carente de fondo normativo y en especial que se vaya más allá de una intención, además subjetiva, sobre las acciones que realizan las administraciones sanitarias. Hubiera sido deseable que cuando se alude a la ampliación de coberturas sanitarias a colectivos sin cobertura en el momento actual, se identificara a qué colectivos se está haciendo referencia y sobre todo los presupuestos y financiación, nacional y/o autonómica a los que se imputan dichas coberturas. A todo ello se une la falta de especificación sobre el marco de la Ley prevista y su relación con las competencias autonómicas en materia sanitaria sin que se conozca sí del Consejo Interterritorial de Salud ha existido documento de consenso o resultado de propuesta alguna.
Tras analizar las aportaciones, se considera que: Aluden a la falta de concreción, lo que es propio de las consultas públicas previas dada su finalidad. Durante el trámite de audiencia e información pública esta entidad tendrá acceso al texto normativo que se propone tramitar	

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ANEXO II) APORTACIONES RECIBIDAS EN EL TRÁMITE DE INFORMACIÓN PÚBLICA Y EN LOS DEMÁS INFORMES RECABADOS A LO LARGO DE LA TRAMITACIÓN DEL PROYECTO:

DEPARTAMENTOS MINISTERIALES

Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación

Ministerio de Hacienda y Función Pública

Ministerio de Igualdad

Ministerio de Industria, Comercio y Turismo

Ministerio del Interior

Ministerio de Política Territorial

Ministerio de Trabajo y Economía Social

Dirección General de los Derechos de las Personas con Discapacidad

Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad

Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del SNS del Ministerio de Sanidad

Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ORGANISMOS

Agencia Española de Protección de Datos (AEPD)

Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)

El Consejo Nacional de la Discapacidad (CND) remite las observaciones realizadas por las siguientes vocalías integrantes del CND:

- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)
- Confederación Española de Familias de Personas Sordas FIAPAS (FIAPAS)
- Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física (PREDIF)

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)

Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)

Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS)

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía

Consejería de Salud del Principado de Asturias

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias

Consejería de Sanidad de Castilla - La Mancha

Consejería de Sanidad de Castilla y León

Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Consejería de Salud de la Región de Murcia

Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Cataluña

CIUDADANOS

Profesor Ildefonso Hernández Aguado, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Director del Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández

Raquel Polo Graña, Funcionaria en la Universidad de Valladolid

ENTIDADES

Alianza General del Pacientes (escrito dirigido a la Ministra)

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)

Andalucía Inclusiva COCEMFE

Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa/Associació Catalana D'entitats De Base Associativa Sanitàries (ACEBA)

Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA

Asociación de Economía de la Salud (AES)

Asociación Española Contra el Cáncer

Asociación Española de Fabricantes y Distribuidores de Productos de Nutrición Enteral (AENE)

Asociación Española de Medicamentos Genéricos (AESEG)

Asociación Española de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos (AELMHU)

Asociación Juvenil FACE-Joven

Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)

Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (ANENVAC)

Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP)

Associació Catalana d'entitats de Salut (ACES)

Associació Cercle de Salut

Cariotipo Lobby & Comunicación

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

* Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad-CERMI (también presentadas a través del Consejo Nacional de la Discapacidad-CND)

CCOO

Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid

Confederación Empresarial Veterinaria Española (CEVE)

*Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS (también presentadas a través del Consejo Nacional de la Discapacidad-CND)

Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE)

Conferencia de Decanos y Decanas de Facultades de Veterinaria de España

Conferencia Española de Decanos de Biología

Conferencia Nacional de Decanas y Decanos de Enfermería

Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas

Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España

Consejo General de Colegios de Podólogos de España

Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas (CGCODN)

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP)

Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Federación de Asociaciones de Celiacos de España (FACE)

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)

Federación Down Galicia

Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana-GAT

Federación Española de Diabetes (FEDE)

Federación Española de Ortesistas Protesistas (FEDOP)

Foro Español de Pacientes

* Foro Español de Pacientes (escrito dirigido a la Ministra)

Fundación Ciudadana Civio

Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)

Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)

Médicos del Mundo

Organización Médica Colegial de España (OMC) - Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025)

Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)

Plataforma por la Atención Temprana y los Derechos de la Infancia con Diversidad Funcional (PATDI)

Plataforma del Tercer Sector

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

REDER, Yo Sí Sanidad Universal y Amnistía Internacional

Sindicato de Enfermería (SATSE)

Sociedad Cooperativa Farmacéutica Española D.S. (Cofares)

Sociedad Española de Enfermería Neonatal

Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)

SOS Racismo Madrid / Movimiento #Regularizacionya / Comunidad Negra Africana y Afrodescendiente en España (Cnaae) / Comité de Emergencia Antirracista

UGT

Unió Catalana d'Hospitals, Asociación de entidades sanitaria y sociales

Universidad Católica de Murcia (UCAM)

Universidad Politécnica de Madrid

Universidade da Coruña

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
OBSERVACIONES GENERALES		
La futura Ley se llama de “Equidad, Universalidad y Cohesión”, pero el título no guarda plena coherencia con su contenido. En el Anteproyecto no se recogen medidas para que la equidad se lleve a la práctica, de modo que, si tales medidas no se contemplan, se perpetuarán patentes desigualdades en la gestión asistencial según la Comunidad en la que sean atendidos los pacientes. La Universalidad, para que sea real, requiere financiación, y recursos humanos y técnicos adicionales. De poco vale establecer derechos para nuevos grupos de personas si luego no hay instrumentos suficientes para hacerlos efectivos. O quedarán vacíos de contenido o aumentará la presión asistencial, resistiéndose	**Foro Español de Pacientes**	No es objeto de la norma modificar el artículo 73 de régimen de funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
aún más la calidad y aumentando las listas de espera. En suma, bien a la ampliación de la acción protectora, pero siempre que haya recursos para ello. En cuanto a la cohesión, tampoco vemos ni una sola medida que implique fortalecer el funcionamiento global del sistema sanitario. Por ejemplo, cabría reforzar las competencias del Consejo Interterritorial y dotar de mayor ejecutividad a sus acuerdos. La crisis de la Covid lo ha puesto reiteradamente en evidencia.		
Es un acierto que la futura Ley se llame de "Equidad", pero, tal y como está redactado el Anteproyecto, esto no pasa de ser un rótulo sin contenido concreto. A día de hoy son patentes las inequidades y desigualdades que sufren los pacientes con cáncer según la Comunidad en la que sean atendidos, lo que se traduce en consecuencias muy negativas en términos de supervivencia y de calidad de vida. Para evitar que ello suceda, entendemos por completo necesario que en el Anteproyecto se incluyan criterios, indicadores y medidas que garanticen una asistencia sanitaria homogénea en todas las CCAA.	**Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)**	Se incluye en el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 20 de mayo, su apartado 6, lo destacado en subrayado: "6. *El Ministerio de Sanidad realizará periódicamente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como del cumplimiento de la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios incluidos en ella*." El APL agrupa conceptualmente la cartera común de servicios del SNS como herramienta clave del SNS para garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones que lo componen en todo el territorio nacional y evitar que puedan incorporarse nuevos copagos sanitarios a la población española. Se pretende restablecer la cartera común de servicios, como una

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		única cartera cuya provisión estará cubierta de forma completa por financiación pública, estableciéndose la misma aportación que en la actualidad en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte del usuario y se regirán por su normativa específica. El desarrollo de criterios, indicadores y medidas que garanticen una asistencia sanitaria homogénea en todas las CCAA sería objeto, en todo caso, de un desarrollo reglamentario, disponiéndose ya de normas como es el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.
El Anteproyecto no muestra especial sensibilidad hacia los cambios organizativos y culturales que requiere la llamada Salud Digital. Por eso, creemos que el Anteproyecto, para ser útil en términos de calidad, universalidad y cohesión, debería hacer referencia, al menos, a una futura Estrategia de Salud Digital, al servicio de los pacientes y con respeto a su privacidad, seguridad y confidencialidad. En todo caso, la transformación digital no nos debería llevar a pérdida de valores humanos en la asistencia sanitaria ni a la mera e indeseable digitalización de los problemas de los pacientes.	**Foro Español de Pacientes**	Se añade la disposición adicional segunda donde se especifican las condiciones de tratamiento y acceso a los datos sanitarios en la planificación, gestión y evaluación de las políticas sanitarias públicas, la asistencia sanitaria, vigilancia en salud pública e investigación en salud, no contemplados en la disposición adicional decimoséptima de la Ley

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Por otra parte, se informa que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha acordado la creación de la Comisión de Salud Digital con el objetivo de contribuir a la cogobernanza con las CC. AA. en esta materia y facilitar la adopción de acuerdos que aseguren la interoperabilidad de los proyectos e iniciativas por parte de las distintas administraciones públicas. Existe un borrador de "*Estrategia de Salud Digital*", elaborado por la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación. Dicha Estrategia se enfoca, fundamentalmente, a cuatro objetivos estratégicos: Por un lado, se persigue capacitar e implicar a las personas en el cuidado de su salud y facilitar su relación con los servicios sanitarios, así como maximizar el valor de los procesos para un mejor desempeño y rendimiento del sistema sanitario público, apoyando el trabajo de los profesionales y la gobernanza de las organizaciones.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Asimismo, se trabajará para adoptar políticas de gestión y gobierno de los datos que permitan disponer de una información interoperable y de calidad y crear, en esta línea, un Espacio Nacional de Datos de Salud para la generación de conocimiento científico y la evaluación de los servicios. Además, otro de los fines es adecuar la evolución del SNS a las exigencias de la sociedad actual, aplicando políticas de innovación orientadas a la Medicina 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa). La Estrategia se estructura en tres grandes líneas de actuación: el desarrollo de servicios sanitarios digitales orientados a las personas, a las organizaciones y a los procesos que integran el sistema de protección de la salud, la generalización de la interoperabilidad de la información sanitaria y el impulso a la analítica de datos relacionados con la salud y el sistema sanitario. Esta está previsto que se desarrolle en el período de 2021 a 2026, vinculado de manera fundamental con la

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		ejecución de los fondos asociados al mecanismo de "Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU)" y al "Mecanismo de Recuperación y Resiliencia". Es relevante, asimismo, señalar la coordinación y posible participación en otros programas de la Unión Europea como Horizonte Europa, Digital Europe y Europe4Health.
El Anteproyecto se ha elaborado en un contexto en el que la llamada Salud digital está pasando a ser un referente fundamental que va a comportar cambios organizativos y de funcionamiento del sistema sanitario, que, según cuáles sean y como se introduzcan, podrían tener consecuencias indeseables para los pacientes (confidencialidad y seguridad de los datos, brecha digital para los de mayor edad, acceso a la historia clínica, participación en ensayos clínicos, interoperabilidad, etc.). Dado que, pese a su importancia, este tema no se aborda, planteamos que, al menos, se establezcan unos criterios generales. De no hacerlo, los principios de Universalidad y Cohesión se verían afectados.	**Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)**	Se añade la disposición adicional segunda donde se especifican las condiciones de tratamiento y acceso a los datos sanitarios en la planificación, gestión y evaluación de las políticas sanitarias públicas, la asistencia sanitaria, vigilancia en salud pública, e investigación en salud, no contemplados en la disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Por otra parte, se informa que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha acordado la creación de la Comisión de Salud Digital con el objetivo de contribuir a la cogobernanza con las CC.AA. en esta materia y facilitar la adopción de acuerdos que aseguren la interoperabilidad de los

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		proyectos e iniciativas por parte de las distintas administraciones públicas. Existe un borrador de "*Estrategia de Salud Digital*", elaborado por la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación. Dicha Estrategia se enfoca, fundamentalmente, a cuatro objetivos estratégicos: Por un lado, se persigue capacitar e implicar a las personas en el cuidado de su salud y facilitar su relación con los servicios sanitarios así como maximizar el valor de los procesos para un mejor desempeño y rendimiento del sistema sanitario público, apoyando el trabajo de los profesionales y la gobernanza de las organizaciones. Asimismo, se trabajará para adoptar políticas de gestión y gobierno de los datos que permitan disponer de una información interoperable y de calidad y crear, en esta línea, un Espacio Nacional de Datos de Salud para la generación de conocimiento científico y la evaluación de los servicios. Además, otro de los fines es adecuar la evolución del SNS a las exigencias de la sociedad actual, aplicando políticas de innovación orientadas a la Medicina 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		La Estrategia se estructura en tres grandes líneas de actuación: el desarrollo de servicios sanitarios digitales orientados a las personas, a las organizaciones y a los procesos que integran el sistema de protección de la salud, la generalización de la interoperabilidad de la información sanitaria y el impulso a la analítica de datos relacionados con la salud y el sistema sanitario. Esta está previsto que se desarrolle en el período de 2021 a 2026, vinculado de manera fundamental con la ejecución de los fondos asociados al mecanismo de "Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU)" y al "Mecanismo de Recuperación y Resiliencia". Es relevante, asimismo, señalar la coordinación y posible participación en otros programas de la Unión Europea como Horizonte Europa, Digital Europe y Europe4Health.
Consideramos acertada la unificación de la cartera común de servicios, que está concebida como una de las principales herramientas para garantizar la equidad y la cohesión del SNS, pero esto serviría de poco si no se aborda el problema de	**Foro Español de Pacientes**	La reforma de la financiación autonómica se realiza en el marco de la Conferencia de Presidentes de las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
la suficiencia de financiación sanitaria y no se revisan en profundidad los procedimientos de actualización de aquella. No hacerlo equivaldría a bloquear el acceso a terapias innovadoras, no hacerlo significaría consolidar obstáculos diseñados para demorar el acceso de los pacientes a nuevas posibilidades de recuperación de su salud.		Melilla. No es objetivo de la norma modificar el sistema de financiación autonómica establecido en la *Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias*. Al respecto, el Ministerio de Hacienda ha remitido a todas las comunidades autónomas de régimen común y a las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla un documento para iniciar el debate sobre la reforma de la financiación autonómica, con fecha 3-12-2021, el "INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL CÁLCULO DE LA POBLACIÓN AJUSTADA". El nuevo modelo de financiación autonómica prevé que el peso del gasto sanitario se incremente entre 2 y 7 puntos y de esta manera su incidencia en el reparto pase del 38% actual, al 40 o incluso al 45%. El peso del gasto sanitario en la población ajustada aumentaría respecto al sistema actual y pasaría de tener una ponderación del 38% a una entre el 40 y el 45%.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Dentro de la cartera común de servicios habría que enfatizar con referencias específicas y compromisos económico-presupuestarios los correspondientes a Atención Primaria y Salud Pública, que pese a su carácter estratégico, han evidenciado serias debilidades, en especial durante la pandemia.	**Foro Español de Pacientes**	El Consejo de Ministros dio el visto bueno, el día 28-12-2021, al informe sobre el "*Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023*", aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15-12-0021 y que tiene 13 objetivos generales y 12 puntos clave, cada uno de ellos con varias acciones para cumplir antes de 2023 hasta sumar 52. La fecha de ejecución del mismo es 2022-2023 y cuenta con financiación finalista para AP tanto en los Presupuestos Generales del Estado como en las aportaciones que realicen las propias comunidades autónomas. Entre otros aspectos, el plan recoge la creación de la categoría profesional de Enfermera Familiar y Comunitaria en AP en el año 2022 y se fomentan los nombramientos de enfermeras especialistas y se marca el objetivo de reducir la temporalidad en Atención Primaria por debajo del 8%. El plan marca la mejora de procedimientos para incrementar la capacidad resolutiva o la adquisición del equipamiento diagnóstico y el desarrollo de formación continuada necesaria. Se trabaja asimismo en la optimización de los procesos

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		administrativos para que sean más ágiles y resolutivos. El plan incrementa los proyectos de teleconsulta, acceso a imágenes médicas, emisión de alertas individualizadas y detección remota de riesgos a través de herramientas informáticas y de Big-Data. Se actualizará la cartera común de servicios en AP, en especial en lo referente a la indicación y realización de procedimientos diagnósticos y en el Servicio de Atención Comunitaria. En este punto se suma la ampliación progresiva de la cartera común de servicios de salud bucodental. También se aúna en el seguimiento de las acciones recogidas en las Estrategias de Salud del SNS con un especial abordaje a la cronicidad, a la seguridad al paciente y a la prevención del cáncer.
En el título del Anteproyecto no aparece la palabra "calidad", lo que nos parece un retroceso y nos preocupa, ya que, si está bien avanzar en universalidad, sería erróneo retroceder en el objetivo de calidad asistencial. Por ello pedimos recuperar el concepto calidad e incluir en el Anteproyecto un cuadro de indicadores para medir y comparar resultados y, por supuesto, dar traslado de estos a las Asociaciones de Pacientes para su valoración. En particular, pedimos	**Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)**	Se incluye en el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 20 de mayo, apartado 6, lo destacado en subrayado: "6. *El Ministerio de Sanidad realizará periódicamente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como del cumplimiento de la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios incluidos en ella*."

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
que, a estos mismos efectos, se incluyan indicadores y medidas para promover la humanización asistencial y el apoyo a las familias.		El desarrollo de criterios, indicadores y medidas que garanticen una asistencia sanitaria homogénea en todas las CCAA sería objeto, en todo caso, de un desarrollo reglamentario, disponiéndose ya de normas como son el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, y en lo relativo al título, según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Las normas que regulen la titularidad del derecho a la asistencia y la financiación de la universalidad deberían ser más claras y precisas. La formulación actual deja muchas cosas a reglamentación posterior y a decisiones autonómicas, que podrían dar lugar a desigualdades e inseguridad para los pacientes.	**Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)**	El objetivo que se ha perseguido es que la norma sea lo más clara y precisa posible. No obstante, siguiendo las directrices de técnica normativa, el desarrollo normativo mediante reales decretos se realiza con posterioridad a la promulgación legislativa.
No nos parecen suficientemente significativos los cambios en materia de copago, ya que, aunque se unifique la cartera común de servicios, el régimen de aportaciones del paciente es muy similar.	**Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)**	El APL tiene como objetivo establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. Así como homogenizar la exención de aportación de los usuarios y sus beneficiarios establecida en la prestación farmacéutica con la ortoprotésica, de tal forma que en el momento de la dispensación de productos farmacéuticos y productos ortoprotésicos, los colectivos estén exentos de la aportación en ambas prestaciones. La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está previsto que se realice por un proyecto de ley que modifique el *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*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En relación al "Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud" solicitamos que las prestaciones ortoprotésicas, de productos dietoterápicos y de servicios accesorios garanticen en la mayor medida en que la técnica lo permita, la autonomía de las personas con discapacidad. Además, solicitamos que este catálogo sea revisado en períodos cortos de tiempo con el objetivo de actualizarlo a los constantes avances que se producen en el campo de las ayudas técnicas.	**Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física (PREDIF)**	Periódicamente se realizan actualizaciones mediante órdenes ministeriales de la prestación ortoprotésica Se han publicado, desde enero de 2019, 3 órdenes que actualizan el catálogo ortoprotésico, permitiendo disponer de un catálogo de prestaciones ortoprotésicas único para todo el SNS y completo en todas sus secciones.
La posibilidad de modificar la exigencia de que a la hora de firmar un convenio especial de aseguramiento se pida un certificado de empadronamiento con un año de antigüedad, lo ideal sería rebajarlo a tres meses o incluso cero meses.	**Consejería de Salud del Principado de Asturias**	Dadas las modificaciones que se presentan en la ley 16/2003, de 28 de mayo, no se considera necesario modificar el *Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*.
I. Principios En el anteproyecto se mencionan tres principios que sustentan nuestro sistema sanitario público, pero se omite un cuarto que debe regir la prestación de todo servicio del Sistema Nacional de Salud, **la calidad**, como se recoge en el artículo	**Asociación Española Contra el Cáncer**	En lo relativo al título, según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
2 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* Así mismo, se echa en falta la mención expresa a la prestación de servicios del SNS en condiciones de **igualdad efectiva** que debe ser reforzada en esta modificación normativa también.		que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición..
II. Objetivos De entre los objetivos que persigue la norma, y descritos en la Memoria de análisis de impacto normativo, nos gustaría destacar los objetivos 4, 5 y 6, relativos a la **cartera común de servicios del SNS,** por su impacto en las personas beneficiarias de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, al plantear la unificación de las carteras establecidas en el Real Decreto-ley 16/2012 e incorporar, de forma expresa, las prestaciones de salud pública con perspectiva poblacional. Si bien es cierto que no solventa algunas cuestiones como la determinación de las prestaciones de servicios accesorios (sujetas a aportación del usuario) que quedan sujeta a un ulterior desarrollo normativo específico.	**Asociación Española Contra el Cáncer**	El APL tiene como objetivo establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios, así como homogenizar la exención de aportación de los usuarios y sus beneficiarios establecida en la prestación farmacéutica con la ortoprotésica, de tal forma que en el momento de la dispensación de productos farmacéuticos y productos ortoprotésicos, los colectivos estén exentos de la aportación en ambas prestaciones. La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está previsto que se realice por un proyecto de ley que modifique el *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*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Quisiéramos recordar que desde la Asociación Española Contra el Cáncer expusimos nuestra oposición a varias de las modificaciones incluidas en el *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,* publicando un informe sobre los potenciales efectos negativos de estas medidas en el colectivo de personas con cáncer. En ese informe señalamos cómo la modificación del concepto de asegurado, el establecimiento de diferentes carteras de servicios en el Sistema Nacional de Salud (SNS) o la introducción de aportación del usuario en el transporte sanitario no urgente, podrían tener un efecto adverso sobre las personas con cáncer, y, en concreto sobre las más vulnerables. De ahí la importancia **de blindar, para que no haya resquicio alguno a copagos, prestaciones como el transporte sanitario no urgente y el acceso a fármacos para el tratamiento de enfermedades como el cáncer**, independientemente de que su dispensación se haga en la farmacia hospitalaria o en las oficinas de farmacia comunitaria, como por ejemplo la quimioterapia oral, aspecto no resuelto en la propuesta de este anteproyecto. Para garantizar la equidad en el caso de la **prestación ortoprotésica**, la modificación propuesta en el articulado es necesaria pero no suficiente. La gran variabilidad inter autonómica en este capítulo, en el porcentaje de cobertura de la prestación, en los periodos de renovación de la prótesis y en el plazo para efectuar el reembolso por parte de la administración cuando la persona ha de		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
adelantar el pago de la prótesis, tienen un importante impacto en las personas más vulnerables. Por tanto, la **norma debe aspirar a homogeneizar todos estos parámetros en el conjunto del SNS para una mayor protección de las personas enfermas más frágiles por su situación socio económica.** Destacamos como positivo el objetivo 7, por su ambición de mejorar la coordinación entre servicios sanitarios y sociales, e incluso, educativos en su caso, manifestando la voluntad de aproximación integral en la atención a la persona. Este es un viejo reto en el que la Asociación Española Contra el Cáncer ha venido insistiendo desde hace décadas. Echamos en falta un objetivo relativo al necesario **reforzamiento de los sistemas de información y conectividad del SNS** que permitan el seguimiento de las medidas, planes, procesos de gestión y, sobre todo, del impacto en los objetivos finales de la norma: garantizar la equidad para las personas en el acceso a los servicios y prestaciones del SNS, vigilar el cumplimiento homogéneo de la universalidad y verificar el grado de cohesión del propio Sistema Nacional de Salud con los instrumentos previstos.		
III. Instrumentos de Evaluación de impacto, Transparencia, Rendición de Cuentas a la ciudadanía sobre Equidad, Universalidad, Cohesión y Calidad Sería necesario reforzar el papel de los Planes y Estrategias en salud como instrumentos de cohesión del SNS, **reforzando sistemas de coordinación e**	**Asociación Española Contra el Cáncer**	Se incluye en el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 20 de mayo, apartado 6, lo destacado en subrayado: "6. *El Ministerio de Sanidad realizará periódicamente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, así*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
interoperabilidad de los sistemas de información entre las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad, así como la **dotación presupuestaria necesaria para infraestructuras y recursos humanos** para la gestión y análisis de la información. Además, es crítico mejorar el **análisis de desigualdades en el acceso a servicios/prestaciones y de resultados en salud**, con indicadores robustos, que permitan conocer el impacto real en la salud de las personas, tanto de los servicios y prestaciones preventivas y como asistenciales. La norma podría contemplar la creación de un **Registro de Desigualdades en Salud** como instrumento de seguimiento de garantía de la equidad y universalidad a la que aspira la norma, con el fin de monitorizar el acceso de la ciudadanía a las prestaciones y servicios del SNS, identificar poblaciones que se quedan atrás en ese acceso y proponer y evaluar medidas correctoras. Por tanto, sería necesario incorporar a la norma: • Un mandato de **evaluación periódica de impacto en la salud de las personas** de las modificaciones que se proponen para consolidar la equidad y la universalidad en el acceso a servicios y prestaciones, para la reducción de las desigualdades que existen actualmente, para el refuerzo de la cohesión del SNS y para el seguimiento de la calidad de la prestación.		*como del cumplimiento de la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios incluidos en ella*." El APL agrupa conceptualmente la cartera común de servicios del SNS como herramienta clave del SNS para garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones que lo componen en todo el territorio nacional y evitar que puedan incorporarse nuevos copagos sanitarios a la población española, se pretende reestablecer la cartera común de servicios, como una única cartera cuya provisión estará cubierta de forma completa por financiación pública, estableciéndose la misma aportación que en la actualidad en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte del usuario y se regirán por su normativa específica. El desarrollo de criterios, indicadores y medidas que garanticen una asistencia sanitaria homogénea en todas las CCAA sería objeto, en todo caso, de un desarrollo reglamentario, disponiéndose ya de normas como es el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
• La obligación de aplicar el principio de Transparencia y Rendición de Cuentas a la ciudadanía, de tal modo que los **informes de evaluación sean accesibles de forma abierta, fácil y pública.** No quisiéramos cerrar este capítulo sin mencionar el impulso que el anteproyecto plantea para avanzar en el desarrollo del Fondo de Garantía Asistencial. Este instrumento es necesario para facilitar la **movilidad de las personas** que requieran asistencia sanitaria fuera de su comunidad autónoma de residencia. Si bien, la norma deja sin solventar un aspecto esencial para la equidad y la igualdad de oportunidades de las personas para acceder a servicios sanitarios fuera de su lugar de residencia, y esto es, la armonización de las **compensaciones del gasto** en que han de incurrir obligatoriamente las familias para desplazarse al centro sanitario para recibir el tratamiento que necesitan y que es muy heterogéneo entre las diversas comunidades autónomas. Un ejemplo de esta heterogeneidad en cuantías, cobertura, plazos de gestión de las compensaciones del gasto por desplazamiento que existe entre las comunidades autónomas ha sido recogido en el informe sobre *Acceso a la radioterapia en España*, publicado en 2020 por las Asociación Española Contra el Cáncer. Esta situación provoca una desigualdad que, en el caso de las comunidades autónomas con menor cobertura y cuantías, agrava el impacto económico que		tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, el Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales de la Salud, coordinado por la Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad del Ministerio de Sanidad realiza recomendaciones y reflexiones para el desarrollo de un sistema de vigilancia de los determinantes sociales de la salud (DDS) y la equidad en el marco de la vigilancia en salud pública y en el que se plantean las siguientes propuestas (julio 2021): • Un marco de vigilancia de los DSS adaptado a partir de los marcos conceptuales vigentes de DSS, dirigido a definir unos bloques temáticos que faciliten la propuesta de indicadores de vigilancia, con capacidad flexible de adaptación a distintos contextos. • Aspectos generales y recomendaciones a considerar en la vigilancia, destacando la justificación de la necesidad de crear un Comité Intersectorial para

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
supone acudir a un centro sanitario para familias de bajos ingresos. Recordemos que el 24,6% de la población española se encuentra en situación de riesgo de riesgo de pobreza y/o exclusión social (informe AROPE, 2021).		trabajar Salud en Todas las Políticas, que incluya el enfoque de la vigilancia orientada a la acción. • Una propuesta de ejes de desigualdad para la desagregación transversal de la información en todos los sistemas. • Una selección de indicadores de DSS basados en la revisión de las experiencias existentes, la literatura y en la información de las personas expertas del grupo de trabajo. En relación a los gastos conexos, concurriendo en dicha calificación los gastos por desplazamiento, manutención y alojamiento para pacientes, y, en su caso, acompañantes, dependen de la normativa que tiene publicada cada C.A. Se contemplan en la disposición adicional cuarta del *Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*: "*La atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurran en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales". Con la entrada en vigor de las normativas de las CC.AA. no son de aplicación la Circular 5/1997, de 11 de abril, del INSALUD que adaptaba la Circular 6/1981, de 20 de abril, a las disposiciones contenidas en el mencionado Real Decreto 63/199 y la Nota Circular 27/89 del INSALUD.
Al objeto de conseguir una igualdad de acceso a la prestación sanitaria en toda España y en aras de reforzar la cohesión y la equidad en el ámbito de las enfermedades raras, creemos que se han de **aplicar las recomendaciones científicas y clínicas emanadas de los Informes de Posicionamiento Terapéutico en todos los ámbitos de la gestión sanitaria (estatal y autonómica) y que sea vinculante en la toma de decisiones de las Comunidades Autónomas para evitar desigualdades no justificadas.**	**Asociación Española de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos (AELMHU)**	La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.
También creemos que la colaboración público-privada en la mejora de la accesibilidad a los medicamentos ha demostrado ser una herramienta muy útil para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sobre todo en casos de interrupción de sus tratamientos como consecuencia de la pandemia, con programas de soporte y servicios añadidos (ej, *home therapy*). Por ello, también queremos **instar al Gobierno a continuar defendiendo el marco sanitario público, mediante una gestión eficiente del SNS, que tenga en consideración**	**Asociación Española de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos (AELMHU)**	La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
todos los recursos disponibles -públicos y privados-, sin que nadie quede excluido.		*Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.
Finalmente, AELMHU entiende que si con esta ley queremos, de verdad, fortalecer el Sistema Nacional de Salud, desarrollando medidas para la consolidación de los principios de universalidad, equidad y cohesión capaces de minimizar las desigualdades y reforzar estructuralmente el buen gobierno y la legitimidad de nuestro sistema sanitario público, **es imprescindible abrir una reflexión más general sobre la inequidad en el ámbito de las enfermedades raras mediante un diálogo amplio y constructivo que cuente inexcusablemente con la industria, y en el que se aborde el acuciante problema de los tiempos de acceso, así como otras cuestiones específicas sobre los medicamentos huérfanos, como la evaluación, el modelo de financiación o la equidad en métodos de diagnóstico como el screening neonatal a nivel nacional.**	**Asociación Española de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos (AELMHU)**	La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.
La norma debe incorporar en todas las acciones que contempla la **perspectiva de género, intercultural e intersectorial** para poder garantizar que todas las personas reciben una atención y servicios de salud de calidad. Reiteramos lo dicho en otros apartados del presente texto acerca de la necesidad de atender e incluir a personas que se encuentren en otras circunstancias administrativas y la dificultad que tienen las víctimas de trata de	**Plataforma del Tercer Sector**	El artículo 3 ter actual de *la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, tras valorar las alegaciones se ha modificado. De la modificación cabe resaltar: - Se ha convertido en 3 bis englobando todos los colectivos de personas extranjeras que no son titulares de derecho y, en nuestro país, tienen acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
reconocer su situación conocido el escaso porcentaje de personas que denuncian la trata en cualquiera de sus formas. Consideramos que, dado la actual situación de **pandemia** y el impacto que ésta ha generado tanto en las personas como en el sistema nacional de salud, la presente norma debería **contemplar y desarrollar con más exactitud una batería de propuestas** y criterios básicos para garantizar el acceso a la salud de todas las personas, así como las secuelas generadas, en especial a aquellas en ámbito de la salud mental. En este contexto resulta imprescindible de cara a la mejora de la salud de las mujeres, implementar actuaciones para identificar, abordar y subsanar el impacto de género en la respuesta a las necesidades de salud de las mujeres en general y a las necesidades de salud generadas por la crisis del COVID-19 en particular, teniendo en cuenta el agravamiento de las desigualdades preexistentes. Echamos en falta en general un lenguaje inclusivo con perspectiva de género, intercultural e interseccional lo que dificulta visibilizar la complejidad del concepto salud desde todas las miradas que lo atraviesan.		titulares. Estas son: victimas de trata, protección internacional, protección temporal y personas no registradas ni autorizadas. - Se mantiene la necesidad de informe social en las personas extranjeras en situación de estancia temporal (personas que entran regularmente a España y que por cualquier motivo no tienen tarjeta europea o país que pague su asistencia). En concreto, en el caso de personas extranjeras en situación de estancia temporal, se ha incluido que para recibir asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos será preceptivo un informe previo favorable que acredite su voluntad de residir en España emitido por los servicios sociales competentes - En el caso de las personas no registradas ni autorizadas en España se ha incluido que la acreditación de los requisitos para que la *asistencia sea con cargo a los fondos públicos* se pueda realizar por declaración responsable. Por otra parte, se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo, y

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Consideramos que se requiere **personal sanitario** dentro de los centros educativos, especialmente en aquellos que acogen niños y niñas con necesidades especiales, así como la figura de mediadores/as sanitarios/as y comisión de salud dentro de los centros educativos con representación de equipo directivo, profesorado, alumnado y familias. La **ausencia de un Reglamento** que desarrolle el RDL 7/2018 ha sido una de las **principales causas de la divergencia territorial a la hora de aplicar la normativa** dando lugar a importantes inequidades en función del territorio de residencia. Creemos imprescindible que una vez aprobado el Proyecto de Ley, el Gobierno apruebe sin mayor dilación el Reglamento del RDL 7/2018. Recomendamos igualmente **que dicho Reglamento incorpore la flexibilización de los medios de prueba de los principales requisitos para poder acceder a la asistencia sanitaria**, particularmente: ○ Reconocer **medios alternativos al empadronamiento para probar que se "vive" de forma efectiva.** En este sentido, la aceptación de cualquier medio de prueba que acredite que la persona vive aquí, sería suficiente. ○ **Flexibilizar la prueba de identidad**. Como consecuencia del proceso migratorio, son muchos los casos en los que las personas migrantes en situación administrativa irregular carecen de un documento identificativo en regla. Sin embargo, para poder reconocerles el derecho a la atención		siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. Cabe recordar que en el texto de primera vuelta ya se establece lo siguiente: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago". Para mayor precisión, tras alegaciones se ha incluido lo subrayado: "*En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sanitaria se les exige presentar pasaporte en vigor. Esto provoca, según nuestra experiencia, que muchas personas no puedan acceder al sistema sanitario. Por tanto, **RECOMENDAMOS** que el Reglamento recoja la **aceptación de aquellos documentos que acrediten la identidad de la persona aunque estos no estén en vigor** -*ej. certificados de nacimiento, documentos de identidad de país de origen, etc…*-.		Por otra parte, para establecer unas pautas comunes de actuación a todas las CCAA, el Ministerio de Sanidad publicó las "Recomendaciones *para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencial legal en territorio español para recibir asistencia sanitaria*" que en el punto 3.1.b de Documentación que acredite la residencia efectiva en el territorio español por un periodo previo de 3 meses dispone lo siguiente: "*En caso de que la persona solicitante no pueda acreditar su residencia mediante el correspondiente volante de empadronamiento por existir alguna imposibilidad para ello (carencia de domicilio, imposibilidad de empadronamiento en su domicilio, otros…) se podrá recabar la acreditación de residencia efectiva previa con una antelación mínima de 3 meses aportando documentos oficiales de cualquier Administración del Estado, carta de viaje expedida por el consulado, inscripciones en colegios, registro de visitas a servicios sociales, etc*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Consideramos que dada la importancia que tiene sobre la salud de las personas, habría que incluir el refuerzo a la atención en salud mental en el sistema público de salud.	**Plataforma del Tercer Sector**	La atención a la salud mental es una prestación incluida en la cartera común de servicios del SNS. Por otra parte, la "*Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2022-2026*" fue aprobada por unanimidad el jueves 2 de noviembre de 2021 en el Pleno Ordinario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) y aprobada por el Consejo de Ministros en su reunión del 3 de diciembre de 2021.
La previsión que contempla la norma [El Componente 18 consta de 5 reformas y 6 inversiones] de incluir de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento debe estar enfocada desde la perspectiva de género, intercultural e intersectorial para dar respuesta a estas necesidades.	**Plataforma del Tercer Sector**	La memoria del análisis de impacto normativo (MAIN) del anteproyecto de ley prevé que el impacto en género sea positivo.
Creemos necesario retomar la Estrategia de Cuidados Paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo su bienestar físico, emocional, social y espiritual, y facilitar a sus familiares el cuidado y acompañamiento mediante las ayudas necesarias. Tal y como se comenta en el apartado 8 del análisis de impactos (Otros impactos), *la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el*	**Conferencia de Decanos y Decanas de Facultades de Veterinaria de España**	Esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y ***los cuidados paliativos***. Si bien existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, ya en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2010-2014) se indicaba que entre 20-25% de las personas que fallecen anualmente en nuestro país precisan atención paliativa. Sin embrago, y a pesar de la evidencia demostrada sobre su efectividad, más de 80.000 enfermos mueren cada año sin acceder a ella. Los cuidados paliativos requieren de equipos multidisciplinares compuestos por profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social, de forma a abordar las necesidades de la persona que sufre en todas sus dimensiones. Sin embargo, pese al derecho de los ciudadanos a recibir esta atención, y al reconocimiento y consenso existentes sobre la necesidad de implantar unidades especializadas, en España aún no se han regulado convenientemente las profesiones que nutren dichos dispositivos a pesar de que ello era uno de los objetivos específicos de la estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Línea estratégica 4- Formación: Promover que los profesionales de los equipos específicos de Cuidados Paliativos dispongan de formación específica avanzada, reglada y acreditada en cuidados paliativos). En este escenario, los profesionales que desarrollan actualmente su labor en recursos específicos de Cuidados Paliativos no sólo no tienen reconocida su formación, su experiencia ni su dedicación, sino que éstas no son requisitos indispensables para trabajar en equipos		el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
especializados. Ello provoca desigualdades en la atención que reciben las personas que requieren de estos cuidados paliativos, ya que su calidad depende en gran medida de la vocación que tengan los profesionales que prestan este servicio.		
Creemos necesario retomar la Estrategia de Cuidados Paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo su bienestar físico, emocional, social y espiritual, y facilitar a sus familiares el cuidado y acompañamiento mediante las ayudas necesarias. Tal y como se comenta en el apartado 8 del análisis de impactos (Otros impactos), *la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y* ***los cuidados paliativos***. Si bien existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, ya en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2010-2014) se indicaba que entre 20-25% de las personas que fallecen anualmente en nuestro país precisan atención paliativa. Sin embrago, y a pesar de la evidencia demostrada sobre su efectividad, más de 80.000 enfermos mueren cada año sin acceder a ella. Los cuidados paliativos requieren de equipos multidisciplinares compuestos	**Confederación Empresarial Veterinaria Española (CEVE)**	Esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
por profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social, de forma a abordar las necesidades de la persona que sufre en todas sus dimensiones. Sin embargo, pese al derecho de los ciudadanos a recibir esta atención, y al reconocimiento y consenso existentes sobre la necesidad de implantar unidades especializadas, en España aún no se han regulado convenientemente las profesiones que nutren dichos dispositivos a pesar de que ello era uno de los objetivos específicos de la estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Línea estratégica 4- Formación: Promover que los profesionales de los equipos específicos de Cuidados Paliativos dispongan de formación específica avanzada, reglada y acreditada en cuidados paliativos). En este escenario, los profesionales que desarrollan actualmente su labor en recursos específicos de Cuidados Paliativos no sólo no tienen reconocida su formación, su experiencia ni su dedicación, sino que éstas no son requisitos indispensables para trabajar en equipos especializados. Ello provoca desigualdades en la atención que reciben las personas que requieren de estos cuidados paliativos, ya que su calidad depende en gran medida de la vocación que tengan los profesionales que prestan este servicio.		
Creemos necesario retomar la Estrategia de Cuidados Paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo su bienestar físico, emocional, social y espiritual, y facilitar a sus familiares el cuidado y acompañamiento mediante las ayudas necesarias.	**Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (ANENVAC)**	Esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Tal y como se comenta en el apartado 8 del análisis de impactos (Otros impactos), *la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y* ***los cuidados paliativos***. Si bien existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, ya en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2010-2014) se indicaba que entre 20-25% de las personas que fallecen anualmente en nuestro país precisan atención paliativa. Sin embrago, y a pesar de la evidencia demostrada sobre su efectividad, más de 80.000 enfermos mueren cada año sin acceder a ella. Los cuidados paliativos requieren de equipos multidisciplinares compuestos por profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social, de forma a abordar las necesidades de la persona que sufre en todas sus dimensiones. Sin embargo, pese al derecho de los ciudadanos a recibir esta atención, y al reconocimiento y consenso existentes sobre la necesidad de implantar unidades especializadas, en España aún no se han regulado convenientemente las profesiones que nutren dichos dispositivos a pesar de que ello era uno de los objetivos específicos de la estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Línea estratégica 4- Formación: Promover que los profesionales de los equipos específicos de Cuidados Paliativos dispongan de formación específica avanzada, reglada y acreditada		*Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
en cuidados paliativos). En este escenario, los profesionales que desarrollan actualmente su labor en recursos específicos de Cuidados Paliativos no sólo no tienen reconocida su formación, su experiencia ni su dedicación, sino que éstas no son requisitos indispensables para trabajar en equipos especializados. Ello provoca desigualdades en la atención que reciben las personas que requieren de estos cuidados paliativos, ya que su calidad depende en gran medida de la vocación que tengan los profesionales que prestan este servicio.		
Creemos necesario retomar la Estrategia de Cuidados Paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo su bienestar físico, emocional, social y espiritual, y facilitar a sus familiares el cuidado y acompañamiento mediante las ayudas necesarias. Tal y como se comenta en el apartado 8 del análisis de impactos (Otros impactos), *la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y* ***los cuidados paliativos***. Si bien existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, ya en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2010-2014) se indicaba que entre 20-25% de las	**Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)**	Esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
personas que fallecen anualmente en nuestro país precisan atención paliativa. Sin embrago, y a pesar de la evidencia demostrada sobre su efectividad, más de 80.000 enfermos mueren cada año sin acceder a ella. Los cuidados paliativos requieren de equipos multidisciplinares compuestos por profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social, de forma a abordar las necesidades de la persona que sufre en todas sus dimensiones. Sin embargo, pese al derecho de los ciudadanos a recibir esta atención, y al reconocimiento y consenso existentes sobre la necesidad de implantar unidades especializadas, en España aún no se han regulado convenientemente las profesiones que nutren dichos dispositivos a pesar de que ello era uno de los objetivos específicos de la estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Línea estratégica 4- Formación: Promover que los profesionales de los equipos específicos de Cuidados Paliativos dispongan de formación específica avanzada, reglada y acreditada en cuidados paliativos). En este escenario, los profesionales que desarrollan actualmente su labor en recursos específicos de Cuidados Paliativos no sólo no tienen reconocida su formación, su experiencia ni su dedicación, sino que éstas no son requisitos indispensables para trabajar en equipos especializados. Ello provoca desigualdades en la atención que reciben las personas que requieren de estos cuidados paliativos, ya que su calidad depende en gran medida de la vocación que tengan los profesionales que prestan este servicio.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Creemos necesario retomar la Estrategia de Cuidados Paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo su bienestar físico, emocional, social y espiritual, y facilitar a sus familiares el cuidado y acompañamiento mediante las ayudas necesarias. Tal y como se comenta en el apartado 8 del análisis de impactos (Otros impactos), *la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y* ***los cuidados paliativos***. Si bien existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, ya en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2010-2014) se indicaba que entre 20-25% de las personas que fallecen anualmente en nuestro país precisan atención paliativa. Sin embrago, y a pesar de la evidencia demostrada sobre su efectividad, más de 80.000 enfermos mueren cada año sin acceder a ella. Los cuidados paliativos requieren de equipos multidisciplinares compuestos por profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social, de forma a abordar las necesidades de la persona que sufre en todas sus dimensiones. Sin embargo, pese al derecho de los ciudadanos a recibir esta atención, y al reconocimiento y consenso existentes sobre la necesidad de implantar unidades especializadas, en España aún no se han regulado	**Conferencia Española de Decanos de Biología**	Esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
convenientemente las profesiones que nutren dichos dispositivos a pesar de que ello era uno de los objetivos específicos de la estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Línea estratégica 4- Formación: Promover que los profesionales de los equipos específicos de Cuidados Paliativos dispongan de formación específica avanzada, reglada y acreditada en cuidados paliativos). En este escenario, los profesionales que desarrollan actualmente su labor en recursos específicos de Cuidados Paliativos no sólo no tienen reconocida su formación, su experiencia ni su dedicación, sino que éstas no son requisitos indispensables para trabajar en equipos especializados. Ello provoca desigualdades en la atención que reciben las personas que requieren de estos cuidados paliativos, ya que su calidad depende en gran medida de la vocación que tengan los profesionales que prestan este servicio.		
Creemos necesario retomar la Estrategia de Cuidados Paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo su bienestar físico, emocional, social y espiritual, y facilitar a sus familiares el cuidado y acompañamiento mediante las ayudas necesarias. Tal y como se comenta en el apartado 8 del análisis de impactos (Otros impactos), *la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el*	**Conferencia Nacional de Decanas y Decanos de Enfermería**	Esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y ***los cuidados paliativos***. Si bien existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, ya en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2010-2014) se indicaba que entre 20-25% de las personas que fallecen anualmente en nuestro país precisan atención paliativa. Sin embrago, y a pesar de la evidencia demostrada sobre su efectividad, más de 80.000 enfermos mueren cada año sin acceder a ella. Los cuidados paliativos requieren de equipos multidisciplinares compuestos por profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social, de forma a abordar las necesidades de la persona que sufre en todas sus dimensiones. Sin embargo, pese al derecho de los ciudadanos a recibir esta atención, y al reconocimiento y consenso existentes sobre la necesidad de implantar unidades especializadas, en España aún no se han regulado convenientemente las profesiones que nutren dichos dispositivos a pesar de que ello era uno de los objetivos específicos de la estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Línea estratégica 4- Formación: Promover que los profesionales de los equipos específicos de Cuidados Paliativos dispongan de formación específica avanzada, reglada y acreditada en cuidados paliativos). En este escenario, los profesionales que desarrollan actualmente su labor en recursos específicos de Cuidados Paliativos no sólo no tienen reconocida su formación, su experiencia ni su dedicación, sino que éstas no son requisitos indispensables para trabajar en equipos		el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
especializados. Ello provoca desigualdades en la atención que reciben las personas que requieren de estos cuidados paliativos, ya que su calidad depende en gran medida de la vocación que tengan los profesionales que prestan este servicio.		
Creemos necesario retomar la Estrategia de Cuidados Paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo su bienestar físico, emocional, social y espiritual, y facilitar a sus familiares el cuidado y acompañamiento mediante las ayudas necesarias. Tal y como se comenta en el apartado 8 del análisis de impactos (Otros impactos), *la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y* ***los cuidados paliativos***. Si bien existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, ya en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2010-2014) se indicaba que entre 20-25% de las personas que fallecen anualmente en nuestro país precisan atención paliativa. Sin embrago, y a pesar de la evidencia demostrada sobre su efectividad, más de 80.000 enfermos mueren cada año sin acceder a ella. Los cuidados paliativos requieren de equipos multidisciplinares compuestos	**Universidade da Coruña**	Esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
por profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social, de forma a abordar las necesidades de la persona que sufre en todas sus dimensiones. Sin embargo, pese al derecho de los ciudadanos a recibir esta atención, y al reconocimiento y consenso existentes sobre la necesidad de implantar unidades especializadas, en España aún no se han regulado convenientemente las profesiones que nutren dichos dispositivos a pesar de que ello era uno de los objetivos específicos de la estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Línea estratégica 4- Formación: Promover que los profesionales de los equipos específicos de Cuidados Paliativos dispongan de formación específica avanzada, reglada y acreditada en cuidados paliativos). En este escenario, los profesionales que desarrollan actualmente su labor en recursos específicos de Cuidados Paliativos no sólo no tienen reconocida su formación, su experiencia ni su dedicación, sino que éstas no son requisitos indispensables para trabajar en equipos especializados. Ello provoca desigualdades en la atención que reciben las personas que requieren de estos cuidados paliativos, ya que su calidad depende en gran medida de la vocación que tengan los profesionales que prestan este servicio.		
Creemos necesario retomar la Estrategia de Cuidados Paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo su bienestar físico, emocional, social y espiritual, y facilitar a sus familiares el cuidado y acompañamiento mediante las ayudas necesarias.	**Universidad Católica de Murcia (UCAM)**	Esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Tal y como se comenta en el apartado 8 del análisis de impactos (Otros impactos), *la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y* ***los cuidados paliativos***. Si bien existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, ya en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2010-2014) se indicaba que entre 20-25% de las personas que fallecen anualmente en nuestro país precisan atención paliativa. Sin embrago, y a pesar de la evidencia demostrada sobre su efectividad, más de 80.000 enfermos mueren cada año sin acceder a ella. Los cuidados paliativos requieren de equipos multidisciplinares compuestos por profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social, de forma a abordar las necesidades de la persona que sufre en todas sus dimensiones. Sin embargo, pese al derecho de los ciudadanos a recibir esta atención, y al reconocimiento y consenso existentes sobre la necesidad de implantar unidades especializadas, en España aún no se han regulado convenientemente las profesiones que nutren dichos dispositivos a pesar de que ello era uno de los objetivos específicos de la estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Línea estratégica 4- Formación: Promover que los profesionales de los equipos específicos de Cuidados Paliativos dispongan de formación específica avanzada, reglada y acreditada		*Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
en cuidados paliativos). En este escenario, los profesionales que desarrollan actualmente su labor en recursos específicos de Cuidados Paliativos no sólo no tienen reconocida su formación, su experiencia ni su dedicación, sino que éstas no son requisitos indispensables para trabajar en equipos especializados. Ello provoca desigualdades en la atención que reciben las personas que requieren de estos cuidados paliativos, ya que su calidad depende en gran medida de la vocación que tengan los profesionales que prestan este servicio.		
Creemos necesario retomar la Estrategia de Cuidados Paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo su bienestar físico, emocional, social y espiritual, y facilitar a sus familiares el cuidado y acompañamiento mediante las ayudas necesarias. Tal y como se comenta en el apartado 8 del análisis de impactos (Otros impactos), *la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y* ***los cuidados paliativos***. Si bien existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, ya en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2010-2014) se indicaba que entre 20-25% de las	**Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas**	Esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
personas que fallecen anualmente en nuestro país precisan atención paliativa. Sin embrago, y a pesar de la evidencia demostrada sobre su efectividad, más de 80.000 enfermos mueren cada año sin acceder a ella. Los cuidados paliativos requieren de equipos multidisciplinares compuestos por profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social, de forma a abordar las necesidades de la persona que sufre en todas sus dimensiones. Sin embargo, pese al derecho de los ciudadanos a recibir esta atención, y al reconocimiento y consenso existentes sobre la necesidad de implantar unidades especializadas, en España aún no se han regulado convenientemente las profesiones que nutren dichos dispositivos a pesar de que ello era uno de los objetivos específicos de la estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Línea estratégica 4- Formación: Promover que los profesionales de los equipos específicos de Cuidados Paliativos dispongan de formación específica avanzada, reglada y acreditada en cuidados paliativos). En este escenario, los profesionales que desarrollan actualmente su labor en recursos específicos de Cuidados Paliativos no sólo no tienen reconocida su formación, su experiencia ni su dedicación, sino que éstas no son requisitos indispensables para trabajar en equipos especializados. Ello provoca desigualdades en la atención que reciben las personas que requieren de estos cuidados paliativos, ya que su calidad depende en gran medida de la vocación que tengan los profesionales que prestan este servicio.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Creemos necesario retomar la Estrategia de Cuidados Paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo su bienestar físico, emocional, social y espiritual, y facilitar a sus familiares el cuidado y acompañamiento mediante las ayudas necesarias. Tal y como se comenta en el apartado 8 del análisis de impactos (Otros impactos), *la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y* ***los cuidados paliativos***. Si bien existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, ya en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2010-2014) se indicaba que entre 20-25% de las personas que fallecen anualmente en nuestro país precisan atención paliativa. Sin embrago, y a pesar de la evidencia demostrada sobre su efectividad, más de 80.000 enfermos mueren cada año sin acceder a ella. Los cuidados paliativos requieren de equipos multidisciplinares compuestos por profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social, de forma a abordar las necesidades de la persona que sufre en todas sus dimensiones. Sin embargo, pese al derecho de los ciudadanos a recibir esta atención, y al reconocimiento y consenso existentes sobre la necesidad de implantar unidades especializadas, en España aún no se han regulado	**Consejo General de Colegios de Podólogos de España**	Esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
convenientemente las profesiones que nutren dichos dispositivos a pesar de que ello era uno de los objetivos específicos de la estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Línea estratégica 4- Formación: Promover que los profesionales de los equipos específicos de Cuidados Paliativos dispongan de formación específica avanzada, reglada y acreditada en cuidados paliativos). En este escenario, los profesionales que desarrollan actualmente su labor en recursos específicos de Cuidados Paliativos no sólo no tienen reconocida su formación, su experiencia ni su dedicación, sino que éstas no son requisitos indispensables para trabajar en equipos especializados. Ello provoca desigualdades en la atención que reciben las personas que requieren de estos cuidados paliativos, ya que su calidad depende en gran medida de la vocación que tengan los profesionales que prestan este servicio.		
Creemos necesario retomar la Estrategia de Cuidados Paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo su bienestar físico, emocional, social y espiritual, y facilitar a sus familiares el cuidado y acompañamiento mediante las ayudas necesarias. Tal y como se comenta en el apartado 8 del análisis de impactos (Otros impactos), *la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el*	**Universidad Politécnica de Madrid**	Esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y ***los cuidados paliativos***. Si bien existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, ya en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2010-2014) se indicaba que entre 20-25% de las personas que fallecen anualmente en nuestro país precisan atención paliativa. Sin embrago, y a pesar de la evidencia demostrada sobre su efectividad, más de 80.000 enfermos mueren cada año sin acceder a ella. Los cuidados paliativos requieren de equipos multidisciplinares compuestos por profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social, de forma a abordar las necesidades de la persona que sufre en todas sus dimensiones. Sin embargo, pese al derecho de los ciudadanos a recibir esta atención, y al reconocimiento y consenso existentes sobre la necesidad de implantar unidades especializadas, en España aún no se han regulado convenientemente las profesiones que nutren dichos dispositivos a pesar de que ello era uno de los objetivos específicos de la estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Línea estratégica 4- Formación: Promover que los profesionales de los equipos específicos de Cuidados Paliativos dispongan de formación específica avanzada, reglada y acreditada en cuidados paliativos). En este escenario, los profesionales que desarrollan actualmente su labor en recursos específicos de Cuidados Paliativos no sólo no tienen reconocida su formación, su experiencia ni su dedicación, sino que éstas no son requisitos indispensables para trabajar en equipos		el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
especializados. Ello provoca desigualdades en la atención que reciben las personas que requieren de estos cuidados paliativos, ya que su calidad depende en gran medida de la vocación que tengan los profesionales que prestan este servicio.		
Creemos necesario retomar la Estrategia de Cuidados Paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, atendiendo su bienestar físico, emocional, social y espiritual, y facilitar a sus familiares el cuidado y acompañamiento mediante las ayudas necesarias. Tal y como se comenta en el apartado 8 del análisis de impactos (Otros impactos), *la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y* ***los cuidados paliativos***. Si bien existen dificultades para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, ya en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2010-2014) se indicaba que entre 20-25% de las personas que fallecen anualmente en nuestro país precisan atención paliativa. Sin embrago, y a pesar de la evidencia demostrada sobre su efectividad, más de 80.000 enfermos mueren cada año sin acceder a ella. Los cuidados paliativos requieren de equipos multidisciplinares compuestos	**Sociedad Española de Enfermería Neonatal**	Esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
por profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y el trabajo social, de forma a abordar las necesidades de la persona que sufre en todas sus dimensiones. Sin embargo, pese al derecho de los ciudadanos a recibir esta atención, y al reconocimiento y consenso existentes sobre la necesidad de implantar unidades especializadas, en España aún no se han regulado convenientemente las profesiones que nutren dichos dispositivos a pesar de que ello era uno de los objetivos específicos de la estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (Línea estratégica 4- Formación: Promover que los profesionales de los equipos específicos de Cuidados Paliativos dispongan de formación específica avanzada, reglada y acreditada en cuidados paliativos). En este escenario, los profesionales que desarrollan actualmente su labor en recursos específicos de Cuidados Paliativos no sólo no tienen reconocida su formación, su experiencia ni su dedicación, sino que éstas no son requisitos indispensables para trabajar en equipos especializados. Ello provoca desigualdades en la atención que reciben las personas que requieren de estos cuidados paliativos, ya que su calidad depende en gran medida de la vocación que tengan los profesionales que prestan este servicio.		
Entendemos que la política de mejora de la Atención Temprana en nuestro país debe ser una **política transversal de apoyo al Desarrollo Infantil y Cuidado de la Infancia.** Son necesarios **Programas de Atención Temprana interdepartamentales** con la coordinación necesaria entre los servicios	**Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana-GAT**	La *Resolución de 25 de julio de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes,*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sanitarios, sociales, educativos y otros recursos comunitarios, asegurando la **continuidad asistencial.** **Aportamos y adjuntamos:** - Nuestras referencias básicas para el desarrollo de la Atención Temprana en nuestro país. - Atención Temprana. La visión de los profesionales (2018). **https://atenciontemprana-atai.es/ficheros/recursos/65.pdf** **La Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana-GAT**, al amparo de la legislación vigente, aglutina el conjunto de asociaciones de Profesionales de Atención Temprana de las diversas comunidades autónomas de España. El **Libro Blanco de la Atención Temprana** fue elaborado, tras varios años de trabajo, por un amplio grupo de profesionales de la Atención Temprana de todo el territorio español y lo publicó, en el año 2000, el Real Patronato sobre Discapacidad. Este documento ha constituido un referente para todos los profesionales de la Atención Temprana. En los últimos años se han producido importantes avances en el campo de la Atención Temprana y muchos de ellos se deben al trabajo que ha		*recomendaciones y condiciones mínimas de los planes de atención integral a menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla y evaluación anual correspondiente al ejercicio 2012 de los resultados de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia*, establece las directrices sobre los planes de atención temprana y, a tal fin, está constituido un Grupo de Trabajo formado por el Ministerio de Educación y Formación Profesional, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y el Ministerio de Sanidad. En la norma se ha incluido un nuevo apartado, el 4 del artículo 14 de prestación de atención sociosanitaria en *la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* para la constitución de órganos de coordinación entre los ámbitos de Sanidad, Servicios Sociales y Educación, así como para compartir los sistemas de información. La homogenización de la atención temprana en España es un objetivo de Gobierno y se encuentra en la agenda del Ministerio de Sanidad.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
desarrollado el GAT. Buena prueba de ello es la publicación, entre otros, de los siguientes documentos: *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana* (2004) *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana* (2005) *Manual descriptivo ODAT. Actualización* (2008) *Nivel III de la ODAT: Intervención en Atención Temprana* (2011) *La realidad actual de la Atención Temprana en España* (2011) *La Guía del Desarrollo Infantil desde el nacimiento hasta los 6 años* (2010) *La primera noticia* (2011) ***Atención Temprana. La visión de los profesionales*** **(2018)** Todos ellos accesibles en la web del GAT http://gat-atenciontemprana.org/ La Atención Temprana ha sido reconocida e impulsada en los últimos años, en las diferentes CC. AA. del Estado, como una prestación imprescindible para todos los niños/as y sus familias que la precisen. Se ha producido un extenso y continuado despliegue de normas, procedimientos y redes de servicios en todo el Estado. Estas iniciativas se han realizado apelando a bases y principios semejantes, pero en la adaptación a las distintas realidades se ha generado una diversidad excesiva en los ámbitos, coberturas, criterios, estructuras, procedimientos, objetivos, prioridades y dotación presupuestaria con los que se ha diseñado e implementado cada una de las redes autonómicas. A día de hoy, no siempre resulta fácil reconocer unas señas de identidad básicas y comunes en las distintas CCAA,		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
y las redes de servicios presentan una normativa, financiación y organización desigual. Creemos necesario discutir, buscar acuerdos, y si es posible consensos amplios entre los agentes implicados en la Atención Temprana de nuestros niños, familias y su entorno. En el XI Congreso Nacional de Atención Temprana y Desarrollo Infantil, en la sesión celebrada el 11-2-21 "La atención temprana en las diferentes comunidades autónomas", con gran repercusión y difusión en todos los ámbitos (profesionales, familias, prensa, administraciones), anunciamos e invitamos a participar en la redacción de nuevos proyectos abiertos del GAT que pretendían sentar las bases de la mejor atención a la infancia. Pretendemos buscar y alcanzar amplio consenso, como ocurrió con el Libro Blanco en el año 2000, y estar abiertos a la participación de todas las personas y entidades referentes en la AT en nuestro país. En estos momentos **el GAT está elaborando 3 documentos** con la participación de entidades y personas referentes en el cuidado de nuestra infancia y en Atención Temprana . Se puede acceder al enlace virtual de la sesión íntegra *http://gat-atenciontemprana.org/la-atencion-temprana-en-las-diferentes-comunidades/* *y también encontrar referencia a la misma en los medios de comunicación:*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
https://www.rtve.es/noticias/20210212/espana-suspende-atencion-temprana-ninos/1989218.shtml *https://www.abc.es/sociedad/abci-mas-140000-ninos-no-tienen-acceso-plaza-atencion-temprana-espana-202105040047_noticia.html* *https:// www.publico.es/sociedad/atencion-temprana-menores-depende-codigo-postal-recursos-familiares.html* *https://www.huffingtonpost.es/entry/listas-de-espera-en-la-atencion-temprana-un-sinsentido-menores_es_60c746cbe4b0daf882b9ccb2*		
Es indiscutible que la pandemia provocada por la COVID-19 ha sido y sigue siendo el mayor desafío para la salud que hemos conocido en el último siglo. Su dimensión ha obligado a adoptar medidas excepcionales, y ha provocado tensiones a todos los niveles asistenciales, con importantes medidas de ajuste organizativo, sobreocupación de servicios esenciales, reorganización de cartera de servicios y necesidad de destinar una gran cantidad de recursos a dar respuesta a la crisis sanitaria. La gestión de esa crisis ha puesto de manifiesto fortalezas de nuestro sistema de salud y también algunas debilidades sobre las que se pretende actuar en aras de minimizar su impacto actual, futuro y que sirvan de punto de aprendizaje para implantar medidas correctoras en gestión y coordinación del Sistema de Salud. Esto, siendo como se ha comentado innegable, creemos que no puede seguir siendo el eje sobre el que pivote una	**Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias**	Como se señala en la exposición de motivos: "*la pandemia ha puesto de manifiesto algunas debilidades del SNS. Debilidades que se han convertido en retos a afrontar para el Gobierno, y cuyo análisis ha sido abordado en el Ministerio de Sanidad, así como en distintos ámbitos, como son el grupo de trabajo en materia de sanidad y salud pública de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social del Congreso de los Diputados, y por diversos grupos de expertos, sociedades científicas y el movimiento asociativo. Así, se han acumulado análisis, datos, conocimiento, y propuestas para mejorar la situación*"

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
modificación legislativa ya que, desgraciadamente, situaciones de esta índole, puede repetirse en un futuro más o menos cercano.		
"La exposición de motivos hace referencia a la voluntad de facilitar el continuo fortalecimiento de las estructuras sanitarias públicas. En este orden de cosas creemos necesario aprovechar la oportunidad que brinda esta importante modificación de la antigua Ley General de Sanidad, para dotar al Consejo Interterritorial del SNS de instrumentos que permitan consolidar los acuerdos alcanzados en el seno de ese órgano colegiado con capacidad ejecutiva y vinculante para la totalidad del estado.	**Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias**	No es objeto de la norma modificar el artículo 73 de régimen de funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.
La equidad en el acceso al sistema sanitario y a todas las prestaciones recogidas en la legislación en dicha materia para todos los residentes en nuestro territorio, puede verse afectada si se mantiene la figura de las mutualidades (Mutualidad General de funcionarios civiles del Estado, La Mutualidad General Judicial o el Instituto Social de las Fuerzas Armadas). Estos sistemas de previsión de servicios, que cumplieron una función esencial en anteriores escenarios económicos y coyunturales, no parecen que encajen en el nuevo enfoque universal que se quiere dar a la prestación sanitaria. Las mutualidades, en muchas ocasiones, realizan actividades complementarias a los sistemas de previsión de la seguridad social, utilizando una red alternativa de centros asistenciales con diferentes modelos de gestión y generando circuitos paralelos en listas de espera para consultas, procedimientos diagnósticos o quirúrgicos, etc. Se potencian así inequidades en la asistencia por accesos a dos velocidades, volumen demanda/recursos dependiente. Sin embargo, ciertas prestaciones	**Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias**	No es objeto de la norma modificar el 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.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
complementarias como la dietética o la ortoprotésica, si forman parte del pool de financiación común para todos los usuarios.		
En su interés por ahondar en la universalidad y en la ampliación de determinadas prestaciones, el anteproyecto de Ley introduce cambios, en especial en lo que se refiere a los desarrollos reglamentarios que afectan a los españoles que retornan del extranjero y a la prestación ortoprotésicas, que comportan un incremento del gasto sanitario que deben asumir las Comunidades Autónomas sin que se les ofrezca o garantice ningún tipo de contraprestación al respecto, lo que resulta cada vez más gravoso para aquellas Comunidades Autónomas especialmente perjudicadas con el actual sistema de financiación autonómica, ya que con los mismos medios disponibles se deben cada vez asumir más servicios y prestaciones. Además, este mismo argumento se ve agravado por la reforma que se pretende introducir respecto al FOGA, al eliminar cualquier previsión mínima sobre esos mecanismos de compensación por los desplazamientos temporales, debiendo empezar de cero y posponiéndolo a un desarrollo reglamentario ya de por sí complicado.	**Consejería de Salud de la Región de Murcia**	No es objetivo de la norma modificar el sistema de financiación autonómica establecido en la *Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias*. Al respecto, el Ministerio de Hacienda ha remitido a todas las comunidades autónomas de régimen común y a las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla un documento para iniciar el debate sobre la reforma de la financiación autonómica, con fecha 3-12-2021, el "INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL CÁLCULO DE LA POBLACIÓN AJUSTADA". El nuevo modelo de financiación autonómica prevé que el peso del gasto sanitario se incremente entre 2 y 7 puntos y de esta manera su incidencia en el reparto pase del 38% actual, al 40 o incluso al 45%. El peso del gasto sanitario en la población ajustada aumentaría respecto al sistema actual y pasaría de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		tener una ponderación del 38% a una entre el 40 y el 45%. En la MAIN se ha calculado que el coste de homogenizar los colectivos exentos en la aportación ortoprotésica de los usuarios del SNS con los de la aportación farmacéutica es de 66.162,19 € para la Región de Murcia.
Finalmente, esta Consejería de Salud considera interesante abrir una reflexión al hilo de la elaboración del presente anteproyecto. Aun cuando en la parte expositiva y en la MAIN se explicite el interés por impulsar las medidas de salud pública como una parte esencial del conjunto de actividades que integran el Sistema Nacional de Salud, la realidad es que el proyecto en nada se ocupa para potenciar las medidas y actuaciones en el ámbito de la salud pública, salvo en incorporar un sector nuevo de participación en el Comité Consultivo del SNS. En este sentido, podría ser un buen momento para abrir un debate entre el propio Ministerio y todas las Comunidades Autónomas para reformar el capítulo VIII, relativo a la salud pública de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud o incluso algunos aspectos de la propia Ley 33/2011, General de Salud Pública, a los efectos de reforzar la definición y concreción de medidas y actuaciones excepcionales en materia de salud pública que las administraciones públicas sanitarias tengan la posibilidad de adoptar ante una	**Consejería de Salud de la Región de Murcia**	No es objeto de la norma modificar la legislación para las pandemias o emergencias de salud pública. Cabe destacar que la norma sí incluye en la descripción de las prestaciones de la cartera común de servicios del SNS a las prestaciones de salud pública, con objeto de visualizar de forma inequívoca que esta debe tener y tiene un efecto directo en la mejora de la salud de la población.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
situación de pandemia o ante un grave problema de salud pública. Incluso, si así se considerase conveniente, mediante la reforma, ampliación o aprobación de una nueva Ley Orgánica de medidas excepcionales que superase la indeterminación y ambigüedad de la vigente Ley Orgánica 3/1986, de medidas excepcionales en materia de salud pública, que tantos problemas ha causado a las administraciones públicas autonómicas, en especial a partir de mayo de 2021 tras la finalización del segundo Estado de Alarma. Es verdad que la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha admitido con carácter general la suficiencia de la citada Ley Orgánica 3/1986 para la adopción de medidas excepcionales restrictivas que afecten a derechos fundamentales dirigidos a una colectividad, y no sólo a medidas de carácter individual, pero ello siempre sometido a autorización judicial previa y a unas estrictas medidas de control y proporcionalidad, que han originado en muchos casos situaciones de trato diferenciado en función de los criterios que adoptasen los diferentes Tribunales Superiores de Justicia, al requerir una interpretación subjetiva no sustentada en principios legales de carácter general. En este sentido, tanto el Consejo de Estado en su Dictamen 231/2021, de 22 de marzo, como el Tribunal Supremo en diversas Sentencias emitidas frente a disposiciones adoptadas por las Comunidades Autónomas, entre las que destaca la sentencia 719/2021, de 24 de mayo y otras concordantes, han tenido		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
oportunidad de pronunciarse sobre la suficiencia de esa la Ley Orgánica 3/1986, si bien poniendo de manifiesto la conveniencia de afrontar una mayor concreción legislativa al respecto, al indicar *"Sin ninguna duda hubiera sido deseable que, en vez de a conceptos indeterminados y cláusulas generales, pudiéramos acudir a una regulación específica para afrontar la pandemia que detallase cuantos extremos fueran susceptibles de precisión para ofrecer la máxima seguridad jurídica…".* Esta carencia ha provocado, en especial durante el transcurso de la quinta ola de la pandemia, desigualdades, desconcierto entre los ciudadanos y dificultades en la toma de decisiones por las comunidades autónomas que en diversos supuestos han visto denegadas su pretensión de adoptar medidas excepcionales restrictivas de derechos, aun cuando este no sea el caso de la Región de Murcia, y que ha impulsado a varias administraciones autonómicas a la aprobación de textos legales propios en un intento de suplir las lagunas y carencias de la normativa básica estatal, cuando lo deseable hubiera sido afrontar de manera conjunta y consensuada una legislación específica de carácter básico. La elaboración y aprobación de esta normativa específica con rango normativo suficiente posibilitaría disponer de un abanico homogéneo de medidas excepcionales restrictivas con afectación de derechos fundamentales de la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
colectividad, que pudiesen ser aplicadas por las administraciones sanitarias autonómicas en función de su situación epidemiológica concreta pero garantizando criterios homogéneos con una mayor seguridad jurídica. Este sería un buen objetivo para impulsar de manera real y efectiva las medidas y actuaciones de prevención y equidad en salud pública.		
El objetivo de esta norma es consolidar los principios de universalidad, equidad y cohesión del SNS. Para ello, se modifican diferentes normas vigentes actualmente, con el fin de ampliar el derecho a la protección de la salud, recuperar la cartera común de servicios del SNS y establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. En relación a la recuperación de la cartera común, se desconoce el alcance e impacto de la supresión de las modalidades de cartera existentes actualmente. En la actualidad, la existencia de la cartera de servicios complementaria da respaldo a la financiación de determinadas técnicas o procedimientos. Con la nueva definición de cartera común, esta opción no se contempla, sin embargo, tampoco se recoge de forma explícita que las CCAA no puedan financiar con cargo a fondos públicos tecnologías que se encuentren fuera de la cartera común.	**Consejería de Sanidad de Castilla y León**	La norma no suprime las carteras existentes, sino que recupera la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, estableciendo las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma. Se mantiene y tampoco se modifica el artículo 8 quinquies de la Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Sobre el papel de la sanidad privada y la colaboración público-privada como garante de la sostenibilidad del sistema. El Sistema Nacional de Salud se integra por el conjunto de las estructuras y servicios públicos y privados dirigidos a la protección de la salud. La protección de la salud, como prestación pública, tiene una importancia creciente, y los agentes privados, como provisores de bienes y servicios en su ámbito concreto, son colaboradores necesarios y complementarios del sistema público con el fin de garantizar la sostenibilidad y eficiencia de éste. La visión del sistema sanitario actual debe entenderse bajo el prisma de lo público y lo privado, integrados y coordinados con una voluntad de mejora permanente y vocación de servicio público, tal y como establece el artículo 2.g) de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, al fijar como principio informador "*la colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud*". La sanidad privada es un colaborador muy relevante del SNS como proveedora de bienes y servicios, así como colaboradora necesaria del sistema público,	**Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)**	Las medidas que contiene el texto en la materia que se pregunta tratan de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
favoreciendo la sostenibilidad y eficiencia de este, aportando un notable efecto reductor en las necesidades del sector público y descargando los servicios sanitarios públicos en el escenario actual de cronicidad de las enfermedades y envejecimiento de la población. Escenario que ha incrementado de manera continua y sostenida las necesidades de inversión dedicada a la atención sanitaria de la población. En un estudio llevado a cabo por ASPE junto con la firma Madimer en el año 2020, se pudo apreciar que el sector sanitario privado lleva a cabo el 37% de las intervenciones quirúrgicas, el 30% de las urgencias y el 26% de las consultas del cómputo general de atención. En el "Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019", último informe emitido por el Ministerio de Sanidad, se define la sostenibilidad como la capacidad del sistema sanitario de estar financiado por fuentes públicas de forma duradera, por proporcionar y mantener una infraestructura adecuada y un personal capacitado, por ser innovador, así como de responder a las necesidades emergentes. En este informe se recoge que, según los datos ofrecidos por el Sistema de Cuentas de Salud (SCS), la sanidad privada española representa un 2'7% del Producto Interior Bruto, aportando alrededor de un 30% de la inversión del gasto anual en nuestro país.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Por otra parte, igualmente importante es la colaboración público-privada, la cual constituye un elevado apoyo y complemento para el Sistema Nacional de Salud. El 25 de abril de 1997, se aprobó la Ley 15/1997 sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud que, en su artículo único, parte segunda, refiere 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 Ley General de Sanidad*". Sobre esta premisa que se ha comprobado exitosa, el modelo de mutualismo administrativo y la concertación son dos grandes exponentes que resultan clave para la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. El modelo de asistencia sanitaria para los funcionarios del Estado como modelo de aseguramiento sustitutivo, se ha consolidado como una estructura histórica		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de tres mutualidades para cada uno de los colectivos protegidos por este sistema: - MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado) - MUGEJU (Mutualidad General Judicial) - ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas) Este modelo se caracteriza por la capacidad de elección, por parte del mutualista y con periodicidad anual, entre una provisión sanitaria a través de medios públicos o privados y, entre estos, la posibilidad de elegir entre varios proveedores A través del sistema sustitutivo se presta asistencia sanitaria en torno a un millón y medio de españoles, entre titulares y beneficiarios del sistema mutualista. La mayor parte de esta población, alrededor de un 85 %, elige la cobertura sanitaria por parte de entidades de seguro privado, frente al 15 % restante, que optan por ser atendidos por el sistema sanitario público. Asimismo, este modelo permite el equilibrio económico, liberando recursos de la sanidad pública y, por tanto, supone un importante ahorro para el Estado. Podemos afirmar que, si no existiera el modelo MUFACE, el sistema público se vería en serias dificultades para poder atender a casi un 1'3 millones de		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
funcionarios, que actualmente han elegido ser atendidos en la sanidad privada. Esto supondría, por otro lado, un aumento del gasto sanitario en torno a los 650 millones de euros anuales, teniendo en cuenta que la prima media de MUFACE se sitúa 864 euros anuales por asegurado, mientras que el gasto sanitario público per cápita es de unos 1.291 euros, lo que supone un ahorro de 427 euros por mutualista para la Administración. En definitiva, el modelo de mutualidades constituye un sistema eficaz y eficiente, un ejemplo de colaboración público-privada en la gestión de los servicios que cuenta con una buena reputación en la sociedad y en el colectivo al que protege, que, en general, tiene un alto grado de satisfacción con las prestaciones que proporciona. Por todo ello, ASPE valora muy positivamente el reconocimiento y atención que presta este Proyecto de Ley 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. Por otro lado, en referencia al modelo concertado, consideramos que se trata de una de las vías más eficaces disponibles para atender situaciones		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
estructurales como las listas de espera quirúrgicas o de pruebas diagnósticas, así como para dotar de más flexibilidad en la gestión sanitaria y transferir riesgos al sector privado, con más incentivos para desarrollar la eficiencia en sus organizaciones. Este hecho se constata, por ejemplo, en la diferencia existente entre los precios públicos sanitarios establecidos por cada Comunidad Autónoma y los precios de los conciertos sanitarios. Así, se puede observar que los primeros resultan de media unos 400 euros más caros a los precios abonados por los mismos tratamientos a centros concertados. Este hecho produce, al año, un ahorro de más de 11 millones de euros a las arcas públicas, ahorro que podría resultar todavía mayor si se aumentara el porcentaje de gasto público destinado a conciertos, que se sitúa actualmente en torno al 11 %. En este sentido, según una encuesta realizada por ASPE en colaboración con Deloitte en 2019, la concertación supone, de media, solo un 15 % de la facturación de los centros sanitarios privados en España.		
Persistencia de la distinción entre titularidad y tenencia del derecho El texto propuesto por el Ministerio mantiene la distinción entre aquellas personas que ostentan la *titularidad del derecho* a la protección de la salud y a la atención sanitaria y aquellas a las que se les reconoce la mera *tenencia* de	**REDER, Yo Sí Sanidad Universal y Amnistía Internacional**	Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España forman parte de la población protegida del SNS y mientras residan en España se benefician del marco regulador del *Real*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
dicho derecho. El primer grupo está integrado por las personas con nacionalidad española y personas extranjeras con residencia en el territorio español cuyo derecho es regulado en artículo 3 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Por el contrario, el derecho del segundo grupo, integrado por las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, se regula en un artículo separado, el artículo 3 ter de la Ley 16/2003. Esta distinción subjetiva entre titularidad y tenencia del derecho no es una mera formalidad pues el alcance del derecho es distinto como lo son los requisitos para el disfrute de este. Así, las personas migrantes en situación administrativa irregular se les exige un plazo mínimo de permanencia en territorio español, deben acreditar que no pueden exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen, o se les reconoce un derecho a la prestación farmacéutica que no es equiparable al reconocido a las personas titulares del derecho al no contemplar las distintas variables de vulnerabilidad, lo que ha dado lugar a muchos casos de pobreza farmacéutica. Queremos nuevamente insistir en que **esta distinción resulta discriminatoria y se ha adoptado sin motivación legal alguna, pues no estaba contemplada en la regulación anterior al Real Decreto-Ley 16/2012.**		*Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* que establece que en España tienen derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española. Para continuar con la implementación efectiva del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio*, y garantizar la homogeneidad en el desarrollo del procedimiento para acreditar el derecho a la asistencia sanitaria financiada con fondos públicos a las personas extranjeras que, encontrándose en España, no tengan su residencia legal en territorio español, desde el Ministerio de Sanidad en colaboración con las Comunidades Autónomas se elaboró un documento de "Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria" publicado por Resolución de 20 de junio de 2019 de la entonces Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Limitación de la exclusión a una cuestión de falta de homogeneidad Si bien la exposición de motivos del Anteproyecto se hace eco de las múltiples denuncias que la sociedad civil ha realizado a lo largo de estos últimos tres años poniendo de manifiesto la pervivencia de numerosas situaciones de exclusión, el Ministerio parece reducir la causa de estas a una cuestión de mala praxis autonómica que deriva en una falta de aplicación homogénea del RDL 7/2018. Es un hecho incontestable que determinadas comunidades autónomas – notablemente Madrid y Galicia – han realizado una interpretación restrictiva del RDL 7/2018 dificultando el acceso a la atención sanitaria a las personas migrantes en situación irregular en dichos territorios. Esta interpretación ha sido posible gracias a la ambigüedad del RDL en cuestiones tales como la protección de las situaciones de especial vulnerabilidad, algo que busca corregir el nuevo texto (de forma insuficiente como explicaremos en el siguiente punto). Sin embargo, **limitar la problemática a una falta de homogeneidad en la aplicación de la normativa supone ignorar el papel que juegan las barreras administrativas a la hora de impedir el disfrute efectivo del derecho a la protección de la salud.** Desde 2018 REDER ha documento al menos 2124 casos de personas que no han podido acceder a la atención sanitaria por no poder		El artículo 3 ter actual de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, tras valorar las alegaciones se ha modificado. De la modificación cabe resaltar: - Se ha convertido en 3 bis englobando todos los colectivos de personas extranjeras que no son titulares de derecho y, en nuestro país, tienen acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares. Estas son: victimas de trata, protección internacional, protección temporal y personas no registradas ni autorizadas. - Se mantiene la necesidad de informe social en las personas extranjeras en situación de estancia temporal (personas que entran regularmente a España y que por cualquier motivo no tienen tarjeta europea o país que pague su asistencia). En concreto, en el caso de personas extranjeras en situación de estancia temporal, se ha incluido que para recibir asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos será preceptivo un informe previo favorable que acredite su voluntad de residir en España emitido por los servicios sociales competentes

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
cumplir con los requisitos administrativos establecidos en el RDL 7/2018. Estos requisitos son comunes a todo el territorio y ejercen en muchas ocasiones de barrera insalvable. La nueva redacción propuesta por el Ministerio no sólo no elimina estos requisitos sino que en algún caso incluso los agrava: • **La exigencia de 90 días:** el artículo 3 ter de la Ley 16/2003 en su redacción actual establece en su apartado 3 como preceptiva *la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas para aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en situación de estancia temporal de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 4/2000*. Las organizaciones sociales advertimos desde el inicio que esta era una redacción deficiente que provocaría interpretaciones restrictivas, pues la situación de estancia, tal y como se regula en el Capítulo II de la LOEX 4/2000 es una estancia autorizada por un periodo de 90 días, algo incompatible con la situación administrativa irregular. **Ahora, el texto propuesto por el Ministerio corrige esta redacción confusa, pero lo hace de forma regresiva** para consolidar la exigencia de demostrar llevar 90 días en territorio nacional a las personas en situación administrativa irregular. Tal y como señalamos en nuestras aportaciones al proceso consultivo hace un año, la exigencia de un tiempo mínimo de permanencia en España para poder acceder a la atención sanitaria **no figura en ninguna de las normas internacionales, europeas o nacionales relativas al acceso a la asistencia sanitaria a personas sin cobertura sanitaria.** Tampoco es efectiva desde el punto de vista de proteger al SNS de abusos frente al llamado "turismo		- En el caso de las personas no registradas ni autorizadas en España se ha incluido que la acreditación de los requisitos para que la *asistencia sea con cargo a los fondos públicos* se pueda realizar por declaración responsable. Por otra parte, se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. Cabe recordar que en el texto de primera vuelta ya se establece lo siguiente: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago". Para mayor precisión, tras alegaciones se ha incluido lo subrayado:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sanitario", pues los convenios internacionales y la comprobación de seguros privados en el caso de ciudadanos de terceros países de la UE, y los procedimientos de seguridad social y de sanidad transfronteriza en el caso de ciudadanos comunitarios de los que se encarga el INSS ya contemplan mecanismos para hacer los cobros necesarios a los países de origen. Por otro lado, cabe destacar que el recurso del informe previo de servicios sociales como herramienta para desbloquear alguna de estas situaciones no ha funcionado debidamente. Así, a la propia dificultad que muchas personas tienen para conseguir cita con trabajo social se añade el hecho de que, en varias comunidades autónomas, aun contando con un informe estimativo, desde aseguramiento realizan una nueva valoración que deriva en la denegación del derecho. El hecho que el Ministerio de Sanidad omitiese en el Documento de Recomendaciones recoger el procedimiento de acceso a través del informe social, recogido en el RDL 7/2018, ha permitido que varias Comunidades hayan mantenido cerrada esta vía, incumpliendo el texto del RDL[1]. Por todo ello insistimos en que **el criterio para reconocer el derecho debe ser la voluntad de permanencia en España**, algo que cabe demostrar por vías		*"En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago".*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
diversas que van desde el empadronamiento – el criterio aplicado hasta 2012 – , a los certificados de escolarización de menores a cargo o los informes de trabajo social o de organizaciones sociales[2]. 1 El caso de la Comunidad de Madrid es paradigmático. El SERMAS rechaza la legalidad del informe, tanto en sus órdenes internas como en público, pues como el propio portavoz de la Consejería de Sanidad ha afirmado "no existe desarrollo normativo nacional que permita dar asistencia sanitaria para personas con estancia menor a 90 días en España, aun con informe de un trabajador social, salvo por una enfermedad sobrevenida que impida regresar al país de origen en dicho periodo". La misma fuente oficial sostiene que el Real Decreto 7/2018 "no se ajusta en este aspecto a la Ley de Extranjería", por lo que a su juicio no sería legal aplicarlo" (https://www.eldiario.es/desalambre/comunidad-madrid-culpa-gobierno-central-trabas-impiden-tratar-inmigrantes-vih_1_8522398.html). 2 Existe una amplia variedad de medios de prueba de que una persona reside de forma habitual en territorio español. Así por ejemplo en Derecho Tributario, a la luz del artículo 106 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria es común aceptar como medios de prueba de la vivienda habitual de una persona no solo el empadronamiento, sino también consumos de agua y luz, certificados de la presidencia de la comunidad de vecinos, cartas del colegio en el que están escolarizados los menores a cargo, etc. **El requisito de no exportación del derecho:** este requisito constituye una barrera insalvable para muchas personas ya que su emisión conlleva en ocasiones un coste – difícil de asumir para personas con bajos recursos – y en otras no es emitido por consulados exigiendo que la persona se desplace a su		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
país de origen para conseguir el mismo. Por tanto, es imprescindible flexibilizar la carga de la prueba, bien invirtiéndola, o aceptando una declaración responsable de que dicha exportación no procede. El texto del Anteproyecto aprobado por el Consejo de Ministros recoge en el apartado primero del artículo 3 ter el derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes, *con especial atención a los siguientes supuestos:* - *De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral* - A las embarazadas en el embarazo, parto y posparto - A las menores de dieciocho años Esta previsión pretende responder a una de las principales recomendaciones que desde las organizaciones sociales venimos demandando. En este sentido, valoramos muy positivamente su incorporación, pero creemos necesario alertar de un riesgo importante respecto a cómo queda recogida esta protección. El apartado 1 del artículo 3 ter reconoce la tenencia del derecho a las personas en situación administrativa irregular, sin embargo es el apartado 2 de dicho artículo el que determina en que situaciones la atención sanitaria derivada del derecho		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
se produce con cargo a fondos públicos. De este modo, **reconocer la protección a las situaciones de vulnerabilidad en el apartado 1 y no en el 2 puede abrir nuevamente la puerta a interpretaciones restrictivas** que – tal y como ocurre actualmente en diversas comunidades autónomas – permitan la atención a estas situaciones pero facturando la misma. Esto implicaría vaciar de todo contenido la especial protección de estas situaciones, pues **si la atención a las situaciones de especial vulnerabilidad es facturable no existe protección alguna de las mismas**. No cabe olvidar que el Estado Español debe dar cumplimiento a las múltiples leyes y convenios de los que es firmante que protegen sin restricciones la atención a las mujeres embarazadas y a los menores de edad: Convenio de los Derechos del Niño art 2 y 24.2 y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales entre otros. Asimismo, y en lo que respecta a la atención en urgencias, si bien es positiva la mención a la continuidad de la atención hasta el restablecimiento integral, a la luz de lo que hemos observado a lo largo de todos estos años, recomendamos que en el desarrollo reglamentario de la norma se especifique de forma clara e inequívoca que dicho restablecimiento se produce con el alta médica, no con el		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
alta hospitalaria, y por tanto incluye las derivaciones necesarias a atención especializada. De igual modo, la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 nos ha mostrado los riesgos que provoca para la salud individual y colectiva la exclusión de determinados núcleos de población en relación con determinadas enfermedades infectocontagiosas. En este sentido, la interrupción de determinados tratamientos – como los relativos al VIH – supone un riesgo para la salud de las personas, como por desgracia estamos observando recientemente en lugares como la Comunidad de Madrid. Por ello, creemos imprescindible que se incluya las enfermedades relacionadas con la salud pública como las infectocontagiosas, así como las enfermedades de salud mental entre las situaciones de especial vulnerabilidad que deben recibir atención sanitaria con cargo a fondos públicos en cualquier caso. Recordemos, que tras el RDL 16/2012, fueron las Comunidades Autónomas las que incluyeron como excepción estos supuestos de Salud Pública que no habían quedado protegidos en dicho RDL. Resulta pues llamativo que una reforma que pretende ser más garantista en el acceso a la atención sanitaria se olvide de la protección a las personas que sufren este tipo de patologías, y por tanto de proteger también a la sociedad en su conjunto.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Por último, consideramos también positivo el hecho de que el nuevo texto incorpore a las personas solicitantes de protección internacional, así como a las víctimas de trata como titulares del derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria. No obstante, queremos recordar que en los últimos años, como consecuencia del colapso del sistema español de asilo se están produciendo retrasos de meses, incluso años en las citas tanto para la primera entrevista como para la renovación, lo que acarrea la caducidad de su tarjeta. Como consecuencia de esta demora son muchas las personas que no pueden ejercer el derecho a la atención sanitaria que les reconoce la ley[3]. Resulta inadmisible que una carencia de medios, responsabilidad de la administración pública, derive en la imposibilidad de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de aquellas personas que han cumplido de forma diligente en forma y tiempo con su solicitud de protección internacional. Es urgente que desde los poderes públicos se adopten las medidas necesarias para poner fin a esta situación. 3 La Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria, determina en el artículo 16.2 que *"Para su ejercicio, los solicitantes de protección internacional tendrán derecho a asistencia sanitaria y a asistencia jurídica gratuita, que se extenderá a la formalización de la solicitud y a toda la tramitación del procedimiento"*. Y que este procedimiento "*se inicia con la presentación de la solicitud, que deberá efectuarse*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
mediante comparecencia personal de los interesados que soliciten protección en los lugares que reglamentariamente se establezcan". Por tanto y conforme a lo establecido en la ley, el mero hecho de manifestar la voluntad de solicitar protección internacional constituye el hecho habilitante para la adquisición de los derechos reconocidos como solicitantes de asilo. Por ello es contrario a derecho hacer esperar a una cita para formalizar la solicitud, varios meses después de haber realizado la entrada a España, máxime cuando la normativa contempla que *"La comparecencia deberá realizarse sin demora y en todo caso en el plazo máximo de un mes desde la entrada en el territorio español" "El solicitante de asilo, presentada la solicitud, tiene entre otros, el siguiente derecho: a la atención sanitaria en las condiciones expuestas"*		
Tras el Informe Abril de 1991 y la Ley 15/1997 se abrió la puerta a la posibilidad de que entidades privadas entrasen en el sistema sanitario público. Las empresas privadas no arriesgaban nada porque contaban con financiación pública y una clientela asegurada, además de que podían elegir libremente el tipo de contrato que hacían a los sanitarios, algo que no ocurría en la pública. ¿Y qué sucedió? Pues que quitaron camas, redujeron personal y provocaron listas de espera. Después, utilizaron este argumento para decir que lo público era lo malo porque no funcionaba, y lo privado lo bueno. Mucha gente vio cómo empeoraba la atención que recibía en lo público sin diferenciar cuándo se trataba de una gestión privada y el tramposo argumento caló en mucha de ella. El resultado de todo esto es que la sanidad pública quedó herida de gravedad y hemos terminado financiando con dinero público a unos empresarios que ven aumentada su riqueza siendo muchos de ellos fondos buitre, por lo que sus ingresos ni siquiera se quedan en España. La solución a la crisis actual de la	**Raquel Polo Graña, Funcionaria en la Universidad de Valladolid**	Las medidas que contiene el texto en la materia que se traslada tratan de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sanidad pública debería centrarse por tanto en protegerla de la intromisión de entidades privadas que quieren lucrarse con ella y no al revés.		
Incremento suficiente de la financiación Entendemos que el tratar de modificar esta situación, superando las insuficiencias del Real Decreto-ley 7/2018 es el principal objetivo del Anteproyecto de Ley, en lo que se refiere a avanzar en la universalidad. En este aspecto, la Fundación IDIS no considera oportuno que este dentro de su cometido manifestarse sobre la conveniencia o no de este aspecto, pero sí parece claro que si se aumenta la población bajo cobertura del Sistema Nacional de Salud, debe de ser en consonancia, y así debe de quedar reflejado, con un incremento de financiación para poder asumir ese colectivo sin que se resienta el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria de la población. Garantizar la universalidad El antecedente de la necesidad de este planteamiento es el Real Decreto-ley 16/2012, que introduce restricciones a la universalidad tal y cómo era conocida hasta ese momento, en particular para los inmigrantes irregulares.	**Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)**	No es objetivo de la norma modificar el sistema de financiación autonómica establecido en la *Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias*. Al respecto, el Ministerio de Hacienda ha remitido a todas las comunidades autónomas de régimen común y a las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla un documento para iniciar el debate sobre la reforma de la financiación autonómica, con fecha 3-12-2021, el "INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL CÁLCULO DE LA POBLACIÓN AJUSTADA". El nuevo modelo de financiación autonómica prevé que el peso del gasto sanitario se incremente entre 2 y 7 puntos y de esta manera su incidencia en el reparto pase del 38% actual, al 40 o incluso al 45%. El peso del gasto sanitario en la población ajustada aumentaría respecto al sistema actual y pasaría de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Un intento de abordar esta situación se realizó en 2018, mediante el Real Decreto-ley 7/2018, con el fin de hacer efectivo el principio de universalidad, que ya había sido reconocido en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (artículo 2). Sin embargo, las buenas intenciones recogidas en la exposición de motivos no se vieron debidamente reflejadas en el articulado de la norma, que adolece de notorias carencias. La exclusión sanitaria para determinados colectivos se ha recordado al Gobierno español desde el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas** en fecha tan reciente como el 15 de junio de 2020 en el cual expresaba que *"el progreso era insuficiente".*		tener una ponderación del 38% a una entre el 40 y el 45%. En la MAIN se ha calculado que el coste de homogenizar los colectivos exentos en la aportación ortoprotésica de los usuarios del SNS con los de la aportación farmacéutica.
Valoración positiva: • Mantenimiento, de facto, de la Ley 15/97, incluyendo el reconocimiento de los consorcios catalanes • Reconocimiento del modelo MUFACE • Introducción en el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial de la representación de pacientes y organizaciones ciudadanas • Disposición relativa a la lista de espera de trasplantes, para evitar que se pueda acceder a la misma mediante una contraprestación **Valoración como insuficiente:**	**Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)**	La norma consolida la equidad, la cohesión y la universalización del SNS, regulando los siguientes aspectos: • Fortalecimiento del sistema sanitario público. • Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen. • Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
• Todo lo relacionado con la equidad, ya que no se ve ninguna medida que vaya a favor del fortalecimiento de la equidad **Aspectos negativos**: • Declaración del carácter preferente de la gestión pública directa. Y esto por dos motivos: o El primero, porque *va contra una trayectoria nacional e internacional de avanzar hacia la empresarialización de las instituciones sanitarias*. El ejemplo en España fue todo el movimiento de crear empresas públicas, fundaciones y consorcios. Desde el punto de vista internacional, los ejemplos más destacados son el Reino Unido y Suecia, que han puesto en marcha programas de "empresarialización" de los centros de provisión o El segundo, porque *creemos que atenta contra las facultades de las comunidades autónomas*. • Sorpresa por la ausencia de la aportación del sector sanitario privado al sistema sanitario y la complementariedad necesaria al sistema sanitario público en todo el articulado del anteproyecto de Ley. **Aspectos a demandar:** • Más presencia del sector privado en el Anteproyecto de Ley y reconocimiento de su contribución a la equidad		derecho a asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo, siempre no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. • Aplicación homogénea en la efectividad del derecho a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. • Recuperación de la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios. • Clarificación de la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública. • Establecimiento de las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. • Incorporación de la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas. • Incorporación de la voz de los/las pacientes y de la población en los órganos de asesoramiento del Sistema Nacional de Salud. • Clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, de que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
• Necesaria continuidad de información asistencial entre el sector público y el privado • Medidas concretas para favorecer la equidad • o Presencia también de profesionales, aparte de los pacientes, en el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial		capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.
Papel del sector sanitario privado Hay que aprovechar la aprobación de esta Ley para normalizar la presencia y la aportación del sector privado a nuestro sistema sanitario público desde una complementariedad necesaria y real. Como hemos visto, la universalidad formal, aunque es un requisito imprescindible, no conlleva necesariamente equidad. Para lograr la equidad hace falta un conjunto muy variado de actuaciones, que impliquen a todo el sector (asegurando la detección de inequidades, evitando las largas listas de espera, buscando unos resultados similares a igualdad de patologías, etc.). Nada de todo esto es posible realizarlo sin la implicación del sector privado, que representa un porcentaje muy significativo tanto de la actividad asistencial del sector, como de sus recursos, tanto físicos como humanos. Así por ejemplo en la actualidad un 23% de la población tiene un seguro sanitario voluntario, aparte	**Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)**	Las medidas que contiene el texto en la materia que se traslada tratan de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de la cobertura pública y los recursos sanitarios privados suponen más de un 30% de los recursos sanitarios del país. Además, el sector privado a lo largo de los últimos 15 años ha venido realizando un esfuerzo inversor para dotarse de la innovación tecnológica en una época en la cual la financiación sanitaria pública se ha visto seriamente recortada. En cualquier caso, solo un planteamiento conjunto, implicando al sector privado en el servicio público, va a permitir avanzar hacia la equidad. O por decirlo de otra forma, no es posible conseguir la equidad en el acceso a los recursos sanitarios sin contar con la aportación del sector privado. Esto es algo que se echa de menos en el Anteproyecto y que entendemos que por no faltar a la realidad de nuestro sistema sanitario debería, de alguna manera, reflejarse en la futura Ley, siempre desde el principio de defensa y protección de los intereses generales y las prioridades públicas.		
Continuidad asistencial entre el sector público y el sector privado Es una pérdida de oportunidad para el sistema sanitario en general y para los pacientes en particular el que no exista continuidad asistencial entre los sectores públicos y privados a través de una continuidad de información entre ambos sistemas con la autorización expresa de los pacientes.	**Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)**	Los datos personales relativos a la salud están considerados como datos sensibles, especialmente protegidos, y, tras la publicación del *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*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
A fin de que sea visto como normal que información clínica relevante para el paciente (partimos de la base de que la historia clínica es del paciente) del sector público sea accesible desde el sector privado y viceversa. A los efectos de la Ley, es una oportunidad el reconocimiento de esta situación como problema a superar y el impulso de un proyecto en esta línea. La realidad de la situación actual situación actual es que, desde el punto de vista de información asistencial, el sector público y el privado son dos compartimentos estancos que no comparten información. Esto conlleva a serios problemas para el paciente, por lo que muchas veces se opera con información clínica incompleta, lo que es peligroso ya que conduce a la "medicina anónima", y, sobre todo, genera duplicidad de pruebas (exploraciones, análisis, radiografías, pruebas invasivas, etc.), con los consiguientes gastos para el sistema y molestias y riesgos para los pacientes.		*tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos*, como una categoría especial de datos personales. En la disposición adicional segunda se especifican las condiciones de tratamiento y acceso a los datos sanitarios en la planificación, gestión y evaluación de las políticas sanitarias públicas, la asistencia sanitaria, vigilancia en salud pública e investigación en salud, no contemplados en la disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Así, se persigue establecer con carácter general las condiciones de acceso y tratamiento de los datos para las organizaciones y administraciones públicas con responsabilidades en el ámbito sanitario, profesionales sanitarios, ciudadanos, organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario para los fines anteriormente citados. También se contemplan los supuestos de entidades sanitarias o de investigación del sector privado para fines de vigilancia de la salud

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Es fundamental superar esta situación. Desde el sector privado ya se está impulsando un proyecto de compartición de la información clínica entre todos los agentes del sistema privado (tanto aseguradoras como provisores).		pública, y a investigadores y grupos de investigación para fines de investigación en salud.
El Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud no aborda los cambios organizativos y culturales que requiere la llamada Salud Digital. Por eso, creemos que el Anteproyecto, para ser útil en términos de equidad, universalidad y cohesión, **debería hacer referencia, al menos, a la Estrategia de Salud digital,** al servicio a los pacientes y al respeto a su privacidad, seguridad y confidencialidad. Las herramientas digitales son, sin duda, herramientas indispensables tanto para los profesionales como para los pacientes, pero que precisan de una valoración profunda a la hora de llevarlas a la práctica para evitar la pérdida de los valores humanos en la asistencia sanitaria y garantizar de forma efectiva la protección de los datos que se recojan para el uso de esas herramientas de acuerdo a la normativa vigente.	**Sociedad Cooperativa Farmacéutica Española D.S. (Cofares)**	El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha acordado la creación de la Comisión de Salud Digital con el objetivo de contribuir a la cogobernanza con las CC.AA. en esta materia y facilitar la adopción de acuerdos que aseguren la interoperabilidad de los proyectos e iniciativas por parte de las distintas administraciones públicas. Existe un borrador de "Estrategia de Salud Digital", elaborado por la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación. Dicha Estrategia se enfoca, fundamentalmente, a cuatro objetivos estratégicos. Por un lado, se persigue capacitar e implicar a las personas en el cuidado de su salud y facilitar su relación con los servicios sanitarios, así como maximizar el valor de los procesos para un mejor desempeño y rendimiento del sistema sanitario

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Por otra parte, en el contexto actual, cabe poner el valor el papel que juegan tanto la farmacia comunitaria y el farmacéutico, como las entidades autorizadas de distribución de medicamentos y productos sanitarios, y es importante que este se vea reflejado en las medidas presentes y futuras que adopte el Gobierno en materia sanitaria, incluyéndolos como parte estratégica integrante del sistema sanitario.		público, apoyando el trabajo de los profesionales y la gobernanza de las organizaciones. Asimismo, se trabajará para adoptar políticas de gestión y gobierno de los datos que permitan disponer de una información interoperable y de calidad y crear, en esta línea, un Espacio Nacional de Datos de Salud para la generación de conocimiento científico y la evaluación de los servicios. Además, otro de los fines es adecuar la evolución del SNS a las exigencias de la sociedad actual, aplicando políticas de innovación orientadas a la Medicina 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa). La Estrategia se estructura en tres grandes líneas de actuación: el desarrollo de servicios sanitarios digitales orientados a las personas, a las organizaciones y a los procesos que integran el sistema de protección de la salud, la generalización de la interoperabilidad de la información sanitaria y el impulso a la analítica de datos relacionados con la salud y el sistema sanitario.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Está previsto que se desarrolle en el período de 2021 a 2026, vinculado de manera fundamental con la ejecución de los fondos asociados al mecanismo de "Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU)" y al "Mecanismo de Recuperación y Resiliencia". Es relevante, asimismo, señalar la coordinación y posible participación en otros programas de la Unión Europea como Horizonte Europa, Digital Europe y Europe4Health. Por otra parte, en la disposición adicional segunda se especifican las condiciones de tratamiento y acceso a los datos sanitarios en la planificación, gestión y evaluación de las políticas sanitarias públicas, la asistencia sanitaria, vigilancia en salud pública e investigación en salud, no contemplados en la disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Así, se persigue establecer con carácter general las condiciones de acceso y tratamiento de los datos para las organizaciones y administraciones públicas con responsabilidades en el ámbito sanitario, profesionales sanitarios, ciudadanos, organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario para los fines anteriormente citados. También se contemplan los supuestos de entidades sanitarias o de investigación del sector privado para fines de vigilancia de la salud pública, y a investigadores y grupos de investigación para fines de investigación en salud.
El restablecimiento de la cartera común de servicios únicos del Sistema Nacional de Salud, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, abordada en el apartado cuatro del artículo 2 del Anteproyecto de ley, nos resulta una medida acertada. Sin embargo, la simple unificación de la cartera común de servicios, que está concebida como una de las principales herramientas para garantizar la equidad, no es suficiente para abordar los retos a los que se enfrenta nuestro sistema sanitario. Más allá de la necesidad de una financiación suficiente, la medida carece de valor si no se revisan en profundidad los procedimientos de actualización de los servicios incluidos en la cartera común, adaptándola a los	**Sociedad Cooperativa Farmacéutica Española D.S. (Cofares)**	El servicio de receta electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud (RESNS) permite la dispensación desde cualquier oficina de farmacia, por medios electrónicos, de la medicación prescrita en otra CCAA. Solo es necesario presentar la tarjeta sanitaria individual, como se indica en la página web del Ministerio de Sanidad de Receta Electrónica del SNS. Asimismo, el Proyecto europeo de interoperabilidad de receta electrónica, en el que algunas CC.AA. ya están en pruebas, va a permitir a los ciudadanos que un medicamento prescrito en receta electrónica por

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
avances científicos y tecnológicos que han tenido lugar en los últimos años. No hacerlo equivaldría a bloquear el acceso de los pacientes a terapias innovadoras a nuevas posibilidades de recuperación y protección de la salud. Por otra parte, la pandemia ha puesto de manifiesto el valor de la digitalización en materia asistencial, tanto desde los centros como desde los establecimientos sanitarios, por lo que **consideramos indispensable que el redactado del Anteproyecto de Ley por una parte vaya en consonancia con las medidas impulsadas por el Gobierno a través de la Estrategia de Salud Digital, y, por otra, que incluya también los servicios farmacéuticos digitales de promoción y prevención de la salud, así como de atención domiciliaria que ya se están utilizando, así como los que se puedan desarrollar en el futuro.**		un profesional sanitario en su país de origen, se lo puedan dispensar en cualquier farmacia de otro país de la Unión Europea. Por otro lado, la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) tiene como finalidad garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente. Se incluye documentación que se encuentre disponible en soporte electrónico en cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quien esté autorizado para ello. La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Uno de los objetivos principales del Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud es proteger la salud de toda la ciudadanía con equidad y prestarle una atención integral con la máxima rapidez, calidad, seguridad y capacidad resolutiva, independientemente de sus recursos o del lugar de residencia, género, origen o edad, garantizando su accesibilidad al sistema sanitario. A nuestro juicio, no obstante, la modificación presentada por el Ministerio de Sanidad en el Anteproyecto de Ley resulta insuficiente y no cumple los objetivos previstos en un inicio. Esto se debe, principalmente, a que no desarrolla en profundidad los procedimientos necesarios para garantizar la efectividad de las modificaciones que establece. En relación con la equidad del sistema, y para que esta se lleve a la práctica, el texto elaborado por el Ministerio de Sanidad no recoge medidas de calado para corregir las desigualdades que se dan actualmente en la gestión asistencial tanto entre comunidades autónomas como dentro de las mismas.	**Cariotipo Lobby & Comunicación**	La norma consolida la equidad, la cohesión y la universalización del SNS, regulando los siguientes aspectos: • Fortalecimiento del sistema sanitario público. • Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen. • Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. . • Aplicación homogénea en la efectividad del derecho a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. • Recuperación de la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios. • Clarificación de la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En lo que se refiere a la consolidación de la universalidad de nuestro sistema sanitario, desde Cariotipo consideramos positiva la ampliación de la cobertura sanitaria para colectivos hasta ahora excluidos, siempre y cuando esta venga acompañada de una financiación suficiente y de un refuerzo de recursos humanos y técnicos. En lo referente a la cohesión, el Anteproyecto de Ley no ofrece ninguna medida concreta para fortalecer el funcionamiento del sistema sanitario ni tiene en consideración el reparto autonómico de las competencias en sanidad. En ese sentido, cabría reforzar las funciones del Consejo Interterritorial, en su calidad de órgano de interacción y consenso entre el Ministerio de Sanidad y las administraciones sanitarias autonómicas, dotándolo de una mayor ejecutividad en sus acuerdos.		• Establecimiento de las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. • Incorporación de la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas. • Incorporación de la voz de los/las pacientes y de la población en los órganos de asesoramiento del Sistema Nacional de Salud. • Clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, de que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.
En cuanto a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, el texto presentado por el Ministerio de Sanidad solo hace referencia a las sociosanitarias y a la atención especializada, sin abordar las prestaciones de salud pública, la prestación farmacéutica ni la modificación de la atención primaria, siendo esta última básica para garantizar la equidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.	**Cariotipo Lobby & Comunicación**	Las prestaciones de salud pública se desarrollan en la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública* y la prestación farmacéutica en el *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios* En relación con la atención primaria, el Consejo de Ministros dio el visto bueno, el día 28-12-2021, al

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
De hecho, uno de los objetivos del componente 18 es el fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria, por lo que consideramos preciso revisar las prestaciones que comprende e incluir medidas para garantizar el acceso equitativo de todos los ciudadanos. En el mismo sentido, el Anteproyecto de Ley no realiza ninguna modificación en los artículos de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (a partir de ahora Ley 16/2003) dedicados a la formación de los profesionales sanitarios. Esta cuestión es capital a la hora de garantizar la equidad en el diagnóstico y el tratamiento, y especialmente crítico en el caso de las enfermedades minoritarias. La formación de los profesionales debería incluir, además, el desarrollo de habilidades de comunicación médico-paciente.		informe sobre el "*Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023*", aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15-12-0021 y que tiene 13 objetivos generales y 12 puntos clave, cada uno de ellos con varias acciones para cumplir antes de 2023 hasta sumar 52. La fecha de ejecución del mismo es 2022-2023 y cuenta con financiación finalista para AP tanto en los Presupuestos Generales del Estado como en las aportaciones que realicen las propias comunidades autónomas. Entre otros aspectos, el plan recoge la creación de la categoría profesional de Enfermera Familiar y Comunitaria en AP en el año 2022 y se fomentan los nombramientos de enfermeras especialistas y se marca el objetivo de reducir la temporalidad en Atención Primaria por debajo del 8%. El plan marca la mejora de procedimientos para incrementar la capacidad resolutiva o la adquisición del equipamiento diagnóstico y el desarrollo de formación continuada necesaria. Se trabaja asimismo en la optimización de los procesos administrativos para que sean más ágiles y resolutivos. El plan incrementa los proyectos de teleconsulta, acceso a

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		imágenes médicas, emisión de alertas individualizadas y detección remota de riesgos a través de herramientas informáticas y de Big-Data. Se actualizará la cartera común de servicios en AP, en especial en lo referente a la indicación y realización de procedimientos diagnósticos y en el Servicio de Atención Comunitaria. En este punto se suma la ampliación progresiva de la cartera común de servicios de salud bucodental. También se aúna en el seguimiento de las acciones recogidas en las Estrategias de Salud del SNS con un especial abordaje a la cronicidad, a la seguridad al paciente y a la prevención del cáncer. Asimismo, esta próxima la aprobación por el Consejo de Ministros del "*Real Decreto por el que se regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el procedimiento de creación de Títulos de Especialista en Ciencias de la Salud*" que pretende regular el procedimiento de creación de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, así como crear áreas de capacitación específica, vinculada a una o varias especialidades en ciencias de la salud y regular

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		el acceso a plazas de formación en especialidades con áreas de capacitación específica.
Otro de los contenidos de la Ley 16/2003 que queda fuera de la modificación propuesta en este Anteproyecto es el del capítulo dedicado a la investigación y el desarrollo de nuevos tratamientos. En un momento en el que el sistema sanitario debe gestionar la entrada de terapias avanzadas e innovadoras, resulta imprescindible abordar medidas de incentivación a la investigación en salud, promoviendo no solo las herramientas de las que dispone el sistema público, sino potenciando la colaboración público-privada. La equidad en salud pasa necesariamente por garantizar la atención asistencial, pero también el acceso al mejor tratamiento disponible.	**Cariotipo Lobby & Comunicación**	La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está previsto que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR. Cabe destacar el *Sistema de Información para determinar el Valor Terapéutico en la Práctica Clínica Real de los Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y Económico en el SNS (VALTERMED)* del Ministerio de Sanidad se puso en marcha en noviembre de 2019 con el objetivo de aunar y compartir el conocimiento de la efectividad terapéutica, es decir, de los resultados de eficacia obtenidos en la práctica clínica real, de aquellos nuevos medicamentos que presentan elevada incertidumbre clínica y para los que es necesario generar evidencia para mejorar la utilización de los medicamentos en el SNS y reforzar así la sostenibilidad y la excelencia del sistema

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		sanitario público, a través del conocimiento, el análisis y la evaluación, con rigor y con método. La base de VALTERMED son los protocolos farmacoclínicos de uso de los medicamentos que se sustentan en el consenso gestor, científico y profesional. Para ello se fijan las variables que permiten medir la efectividad del medicamento, (que suelen ser las mismas que las que se miden en los ensayos clínicos para mostrar su eficacia), se fijan las metas terapéuticas a alcanzar y se define con que periodicidad se miden. La cultura del registro y la mejora continua es esencial. El beneficio de generar esta información, y ponerla a disposición de todos los agentes es principalmente para los y las pacientes, dado que el SNS dispone de más información para tomar mejores decisiones en el ciclo de vida del medicamento: en el momento de la financiación y fijación o revisión de precios de los medicamentos, en el posicionamiento terapéutico, en el de selección y, fundamental, en el de la indicación clínica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El restablecimiento de la cartera común de servicios únicos del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, nos resulta una medida acertada. Sin embargo, la simple unificación de la cartera común de servicios, volviendo al redactado previo al Real Decreto 16/2012, que está concebida como una de las principales herramientas para garantizar la equidad, no es suficiente para abordar los retos a los que se enfrenta nuestro sistema sanitario. Más allá de la necesidad de una financiación suficiente, la medida carece de valor si no se revisan en profundidad los procedimientos de actualización de los servicios incluidos en la cartera común, adaptándola a los avances científicos y tecnológicos que han tenido lugar en los últimos años. No hacerlo equivaldría a bloquear el acceso de los pacientes a terapias innovadoras y a nuevas posibilidades de recuperación y protección de la salud. Uno de los aspectos a los que no hace referencia el Anteproyecto de Ley es la ampliación del listado de enfermedades incluidas en los protocolos de cribado neonatal, especialmente teniendo en cuenta que el número de patologías incluidas en los programas autonómicos presentan grandes divergencias territoriales. La consecuencia de esta falta de homogeneidad entre los distintos servicios de salud autonómicos supone una grave inequidad para los pacientes	**Cariotipo Lobby & Comunicación**	La cartera de servicios del SNS se actualiza mediante órdenes ministeriales, no modificando el articulado de las leyes. En relación a los cribados neonatales, el Ministerio de Sanidad publicó, el 18-02-2022, para audiencia e información pública el *Proyecto de Orden por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, que tiene, entre otros objetivos, continuar con el desarrollo del artículo 6.4 de la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública* para establecer una oferta única de cribados poblacionales concretando los programas de cribado neonatal de déficit de biotinidasa, enfermedad de orina con olor a jarabe de arce y homocistinuria, cribado neonatal de hipoacusia y el programa de cribado prenatal de anomalías cromosómicas y de enfermedades infecciosas dentro de la cartera común básica de servicios de salud pública. En lo que se refiere a la salud digital, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
en función del lugar en el que residan. Este hecho es especialmente grave en el ámbito de las enfermedades minoritarias, ya que el cribado neonatal es fundamental para el diagnóstico precoz de las mismas. Debe tenerse en cuenta que los pacientes con enfermedades minoritarias se enfrentan, por la especificidad de sus patologías, a otras inequidades como son la dificultad de acceso a sus tratamientos, debida entre otros factores, a deficiencias en el proceso administrativo de autorización, financiación y fijación de precio de los medicamentos huérfanos, y a la falta de centros de atención especializada que cubran sus necesidades. Por ese motivo, consideramos que el Anteproyecto de Ley que nos ocupa debería, por una parte, incluir en la cartera común de servicios todas aquellas patologías susceptibles de ser diagnosticadas mediante el procedimiento de cribado neonatal y, en el marco del Consejo Interterritorial de Salud, homogeneizar el listado de patologías incluidas en los sistemas sanitarios de todas las comunidades autónomas. Por otra parte, la pandemia ha puesto de manifiesto el valor de la digitalización en materia asistencial, por lo que consideramos indispensable que el redactado del Anteproyecto de Ley vaya en consonancia con las medidas impulsadas por		acordado la creación de la Comisión de Salud Digital con el objetivo de contribuir a la cogobernanza con las CCAA en esta materia y facilitar la adopción de acuerdos que aseguren la interoperabilidad de los proyectos e iniciativas por parte de las distintas administraciones públicas. Existe un borrador de "Estrategia de Salud Digital", elaborado por la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación. Dicha Estrategia se enfoca, fundamentalmente, a cuatro objetivos estratégicos. Por un lado, se persigue capacitar e implicar a las personas en el cuidado de su salud y facilitar su relación con los servicios sanitarios así como maximizar el valor de los procesos para un mejor desempeño y rendimiento del sistema sanitario público, apoyando el trabajo de los profesionales y la gobernanza de las organizaciones. Asimismo, se trabajará para adoptar políticas de gestión y gobierno de los datos que permitan disponer de una información interoperable y de calidad y crear, en esta línea, un Espacio Nacional de Datos de Salud para la generación de conocimiento científico y la evaluación de los servicios. Además, otro de los fines es adecuar la evolución del SNS a las exigencias de la

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
el Gobierno a través de la Estrategia de Salud Digital, adaptando la cartera común de servicios al proceso de digitalización del Sistema Nacional de Salud.		sociedad actual, aplicando políticas de innovación orientadas a la Medicina 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa). La Estrategia se estructura en tres grandes líneas de actuación: el desarrollo de servicios sanitarios digitales orientados a las personas, a las organizaciones y a los procesos que integran el sistema de protección de la salud, la generalización de la interoperabilidad de la información sanitaria y el impulso a la analítica de datos relacionados con la salud y el sistema sanitario. Está previsto que se desarrolle en el período de 2021 a 2026, vinculado de manera fundamental con la ejecución de los fondos asociados al mecanismo de "Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU)" y al "Mecanismo de Recuperación y Resiliencia". Es relevante, asimismo, señalar la coordinación y posible participación en

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		otros programas de la Unión Europea como Horizonte Europa, Digital Europe y Europe4Health. Por otra parte, en la disposición adicional segunda se especifican las condiciones de tratamiento y acceso a los datos sanitarios en la planificación, gestión y evaluación de las políticas sanitarias públicas, la asistencia sanitaria, vigilancia en salud pública, e investigación en salud, no contemplados en la disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Así, se persigue establecer con carácter general las condiciones de acceso y tratamiento de los datos para las organizaciones y administraciones públicas con responsabilidades en el ámbito sanitario, profesionales sanitarios, ciudadanos, organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario para los fines anteriormente citados. También se contemplan los supuestos de entidades sanitarias o de investigación del sector privado para fines de vigilancia de la salud

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		pública, y a investigadores y grupos de investigación para fines de investigación en salud.
Desde el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, como entidad corporativa de Derecho Público queremos señalar las siguientes consideraciones: • Entre los elementos de la fundamentación de este Anteproyecto debería aparecer de forma explícita que hay determinantes socioeconómicos que afectan a la salud y el abordaje de esta mejora la cohesión social. Es importante señalar que el aseguramiento universal, la accesibilidad a los tratamientos, la continuidad de estos y una regulación que favorezca la eliminación de los copagos en salud mejoraría el impacto de dichos determinantes en los procesos de salud-enfermedad de toda la población. • Es necesaria la existencia de un marco legislativo adaptado a las necesidades y al cumplimiento de los derechos humanos para acceder a las prestaciones desde la equidad y la universalidad como se señala en la Comisión de Reconstrucción social y económica. • La Ley deberá marcar el margen temporal explícito, menor al establecido en las instrucciones actuales (90 días), para poder tener un aseguramiento pleno para las personas en las siguientes situaciones: 1. Reagrupaciones familiares (menores y personas mayores) personas que han entrado de forma irregular con situaciones sanitarias que requieren de atención sanitaria y fármacos (personas con enfermedades crónicas, mujeres embarazadas en riesgo). 2. Necesidad de gestionar una IVE. 3. Problemáticas sanitarias derivadas del Covid-19.	**Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid**	La norma consolida la equidad, la cohesión y la universalización del SNS, regulando los siguientes aspectos: • Fortalecimiento del sistema sanitario público. • Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen. • Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. • Aplicación homogénea en la efectividad del derecho a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. • Recuperación de la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
4. Menores nacidos en España con situaciones y trabas administrativas irregulares de sus progenitores. Son situaciones de vulnerabilidad social y económica, que está generando una exclusión social y sanitaria importante, que necesitan tratamientos de continuidad, a los que no pueden hacer frente por los pagos/copagos establecidos y necesitan de una atención continuada.		• Clarificación de la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública. • Establecimiento de las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. • Incorporación de la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas. • Incorporación de la voz de los/las pacientes y de la población en los órganos de asesoramiento del Sistema Nacional de Salud. • Clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, de que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.
El procedimiento de elaboración de disposiciones generales se contiene en el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, de Gobierno y art. 133 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas	**CCOO**	La norma ha seguido la tramitación establecida en la normativa vigente, dando participación ciudadana en todas las etapas establecidas. Adicionalmente, el Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Dicha elaboración exige la emisión de distintos informes de la Administración y otras Organizaciones y Asociaciones, distinguiendo la Ley dos tipos de vías para posibilitar la participación de ciudadanos, organizaciones y asociaciones en el proceso de elaboración de los proyectos de normas reglamentarias, de un lado la consulta pública previa, y de otro, la audiencia e información pública. Los trámites de consulta pública previa tienen por objeto recabar la opinión de ciudadanos, organizaciones y asociaciones antes de la elaboración de un proyecto normativo, y los trámites de audiencia e información pública tienen por objeto recabar la opinión de los ciudadanos titulares de derechos e intereses legítimos afectados por un proyecto normativo ya redactado, directamente o a través de las organizaciones o asociaciones que los representen, así como obtener cuantas aportaciones adicionales puedan realizar otras personas o entidades. Habría sido oportuno dar información a las Organizaciones Sindicales, tanto en la fase de consulta como de audiencia e información pública, del contenido del Anteproyecto.		Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el SNS, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el SNS. Cuenta con ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal y entre sus funciones está la de recibir los anteproyectos de ley. Al respecto, en la sesión plenaria del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, celebrada el día 8 de marzo de 2022, se sometió a la consideración del Pleno, exponiendo su contenido y objetivos, el "*Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud*".
Cabe destacar la importancia del diálogo con los Interlocutores Sociales en relación con el Sistema Nacional de Salud y las políticas sanitarias, para lo que se requiere un espacio de dialogo social que garantice una participación efectiva de las Organizaciones más representativas en el ámbito social y económico**.**	**UGT**	La norma ha seguido la tramitación establecida en la normativa vigente, dando participación ciudadana en todas las etapas establecidas. Adicionalmente, el Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva,

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Para dar carácter y legitimidad al Comité Consultivo del SNS, sería conveniente hacernos llegar directamente a los Agentes Sociales los Anteproyectos de Ley, aún cuanto el procedimiento de elaboración de disposiciones generales se contiene en el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, de Gobierno y art. 133 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. "En dicha elaboración exige la emisión de distintos informes de la Administración y otras Organizaciones y Asociaciones, distinguiendo la Ley dos tipos de vías para posibilitar la participación de ciudadanos, organizaciones y asociaciones en el proceso de elaboración de los proyectos de normas reglamentarias, de un lado la consulta pública previa, y de otro, la audiencia e información pública" Máxime cuando "Los trámites de consulta pública previa tienen por objeto recabar la opinión de ciudadanos, organizaciones y asociaciones antes de la elaboración de un proyecto normativo, y los trámites de audiencia e información pública tienen por objeto recabar la opinión de los ciudadanos titulares de derechos e intereses legítimos afectados por un proyecto normativo ya redactado, directamente o a través de las organizaciones o asociaciones que los representen, así como obtener cuantas aportaciones adicionales puedan realizar otras personas o entidades".		de manera permanente, la participación social en el SNS, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el SNS. Cuenta con ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal y entre sus funciones está la de recibir los anteproyectos de ley. Al respecto, en la sesión plenaria del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, celebrada el día 8 de marzo de 2022, se sometió a la consideración del Pleno, exponiendo su contenido y objetivos, el "*Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
• 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	**Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)**	La norma consolida la equidad, la cohesión y la universalización del SNS, regulando los siguientes aspectos: • Fortalecimiento del sistema sanitario público. • Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen. • Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. • Aplicación homogénea en la efectividad del derecho a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. • Recuperación de la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios. • Clarificación de la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
legislativa, la refundición de los textos normativos que son pilares del SNS en una única norma a través de Reales Decretos Legislativos.		• Establecimiento de las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. • Incorporación de la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas. • Incorporación de la voz de los/las pacientes y de la población en los órganos de asesoramiento del Sistema Nacional de Salud. • Clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, de que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual. No es objeto de la norma modificar el 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.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Por otra parte, se ha tratado de mejorar y concretar más el texto, enriqueciéndolo con las alegaciones.
Médicos del Mundo valora positivamente que, por primera vez, una norma de nuestro ordenamiento en materia de sanidad anteponga el término **equidad** en su título, lo que entendemos como una declaración de intenciones coherente con la Estrategia Nacional de Equidad en Salud de este mismo Ministerio: "Alcanzar la EQUIDAD EN SALUD significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad. Así mismo, aplaudimos que, por fin, se haya puesto en marcha la reforma de diversas normas con importantes defectos estructurales que tienen un impacto negativo en el cumplimiento efectivo del derecho a la salud y en los principios rectores del Sistema Nacional de Salud español. Médicos del Mundo **advierte** de la importancia de incluir en la cartera común de **servicios la atención dental, óptica y auditiva**, desde una perspectiva real de salud integral y considerando la importancia que tendría para las poblaciones en situación de vulnerabilidad y exclusión. Cabe señalar que son precisamente,	**Médicos del Mundo**	En relación a la atención bucodental, el Ministerio de Sanidad publicó, el 18-02-2022, para audiencia e información pública el *Proyecto de Orden por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, que tiene, entre otros objetivos, la ampliación de la cartera de servicios de atención de salud bucodental y homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en todo el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso independientemente del lugar de residencia, y por otra, incrementar la correspondiente cartera de servicios comunes, con un enfoque fundamentalmente preventivo. Esta se realizará de manera progresiva siendo priorizados los siguientes colectivos: población infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
estas necesidades en salud las principales causantes de los casos de gastos catastróficos, como señala el informe de la OMS-Europa arriba referenciado. Médicos del Mundo **recomienda** que se tomen las medidas oportunas, reglamentarias o de cualquier otra índole, para asegurar que **las personas mayores acceden en condiciones de equidad territorial a la cartera de servicios y prestaciones sociosanitarias** oportunas para sus necesidades y condiciones de salud. Médicos del Mundo **valora positivamente** la atención prestada a realizar una **evaluación del impacto** de la reforma legislativa.		Con respecto a los audífonos, la *Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, incrementa la edad de financiación de los audífonos, desde los 16 años hasta los 26 años de forma gradual.
Las colectivas de personas migrantes y racializadas antirracistas que apoyamos esta enmienda, experimentamos y acompañamos la cruda realidad del acceso a los sistemas de salud en el Estado español para las personas migrantes en situación irregular. Esto nos permite conocer de primera mano las limitaciones prácticas del Anteproyecto de Ley que se plantea "consolidar la equidad, universalidad y cohesión del sistema nacional de salud". Contrariamente, de aprobarse este marco legal, se producirá la legalización de un sistema de exclusión, maltrato, negligencia y negación de derechos que ya	**SOS Racismo Madrid / Movimiento #Regularizacionya / Comunidad Negra Africana y Afrodescendiente en España (Cnaae) / Comité de Emergencia Antirracista**	No es objeto de la norma modificar la legislación de extranjería. Desde que se reinstauró a sanidad pública universal, a través de la publicación del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud*, que modifica la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, casi setecientas mil personas extranjeras (689.494 a 31-12-2021) no registradas ni autorizadas en España se han beneficiado de este marco regulador que establece

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
viene funcionando en la práctica, discriminando y poniendo en riesgo la salud y la vida de cientos de miles de personas migrantes por el mero hecho de no contar con una condición administrativa que el propio Estado español genera, a través de la normativa actual de extranjería y la recurrente negativa a llevar a cabo un proceso amplio de regularización de las personas migrantes en situación irregular en España. El impacto de la aprobación de estas condiciones aumentará los efectos que ya vivimos en nuestra salud, nuestra vida y economía, y afectará también al conjunto de personas que habitamos el Estado español. Consideramos indispensable que estos errores sean corregidos y presentamos esta propuesta como una vía para avanzar hacia una Ley que realmente cumpla los objetivos de equidad, universalidad y cohesión que se ha planteado el Gobierno en esta materia. **(I) FUNDAMENTOS JURÍDICO-POLÍTICOS** El derecho a la salud se configura como un principio rector de la política social y económica, establecido en el artículo 43 de la CE y además está íntimamente ligado al derecho fundamental a la vida (Art 15 CE), a la integridad física y moral y el derecho a la intimidad personal[1]. En ese sentido es muy ilustrativo el voto particular que invoca el magistrado Fernando Valdés Dal-Re en su voto particular [2]en la sentencia del Tribunal Constitucional 139/2016 relativo		que las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española. Para continuar con la implementación efectiva del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio*, y garantizar la homogeneidad en el desarrollo del procedimiento para acreditar el derecho a la asistencia sanitaria financiada con fondos públicos a las personas extranjeras que, encontrándose en España, no tengan su residencia legal en territorio español, desde el Ministerio de Sanidad en colaboración con las comunidades autónomas se elaboró un documento de "*Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria*" publicado por Resolución de 20 de junio de 2019 de la entonces Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
al recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Parlamento de Navarra en relación con diversos preceptos del Real Decreto Ley 16/2012, conocido popularmente como de *exclusión sanitaria:* ● *"... el Tribunal Europeo de Derechos Humanos entiende que la ausencia de cuidados médicos apropiados de la que resulta la muerte de una persona vulnera el art. 2 (derecho a la vida) del Convenio europeo para la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales (STEDH en el asunto Valentín Câmpeanu c. Rumanía, 17 de julio de 2014);* ● *que un Estado falta a sus deberes positivos de proteger la vida de sus ciudadanos (art. 2 CEDH) cuando no se legisla ni se toman medidas prácticas para protegerles y (STEDH en el asunto Brincat y otros c. Malta, 24 de julio de 2014);* ● *que se vulnera la prohibición de someter a tratos inhumanos y degradantes (art. 3 CEDH) cuando se acuerda la expulsión de una persona extranjera dependiente de un tratamiento médico cuya interrupción le colocaría en riesgo de asumir grandes sufrimientos físicos y reducir su esperanza de vida (STEDH asunto D. c Reino Unido, de 2 de mayo de 1997,...);* ● *que se vulnera el derecho a la vida (art. 2 CEDH) cuando se niega la gratuidad de una asistencia médica o unas prestaciones farmacéuticas a las que el sujeto tiene derecho por reconocimiento legal o judicial (SSTEDH asuntos Nitecki c. Polonia, de 21 de marzo de 2002, y Panaitescu c. Rumanía, de 10 de abril de 2012),* ● *así como cuando el Estado no responde a las obligaciones positivas de protección de la salud y de prestación de una adecuada asistencia sanitaria que derivan de ese precepto allí donde esas obligaciones son exigibles (SSTEDH en los asuntos Oyal c. Turquía, de 23 de marzo de 2010, Mehmet Sentürk y BekirSentürk c. Turquía, de 9 de abril de 2013, AsiyeGenc c. Turquía, de 27 de enero de 2015, entre otras).*		Farmacia, que establece en su punto 3.1.b) la posibilidad de aceptar distintos documentos: "*En caso de que la persona solicitante no pueda acreditar su residencia mediante el correspondiente volante de empadronamiento por existir alguna imposibilidad para ello (carencia de domicilio, imposibilidad de empadronamiento en su domicilio, otros...) se podrá recabar la acreditación de residencia efectiva previa con una antelación mínima de 3 meses aportando documentos oficiales de cualquier Administración del Estado, carta de viaje expedida por el consulado, inscripciones en colegios, registro de visitas a servicios sociales, etc*". El artículo 3 ter actual de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, tras valorar las alegaciones se ha modificado. De la modificación cabe resaltar: - Se ha convertido en 3 bis englobando todos los colectivos de personas extranjeras que no son titulares de derecho y, en nuestro país, tienen acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares. Estas son: victimas de trata,

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La Recomendación General Nº14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, que desarrolla el contenido del Derecho a la Salud en el marco del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y su protocolo adicional, ratificados por el Estado español[2] (ver Constitución española Artículo 23.3), señala, entre otras cuestiones: ● *La salud es un* ***derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos*** *humanos. (Art. 1)* ● *El derecho a la salud es* ***universal, integral e interdependiente*** *al conjunto de los Derechos Humanos.* ● *El derecho a la salud debe entenderse como un* ***derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud****. (Art. 9)* ● *Es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales* ***factores determinantes de la salud*** *(Art. 11)* ● *El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad, Calidad. (Art. 12)* ● *(Artículo 12) b)* ***Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.*** *La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:*		protección internacional, protección temporal y personas no registradas ni autorizadas. - Se ha mantenido la necesidad de informe social en las personas extranjeras en situación de estancia temporal (personas que entran regularmente a España y que por cualquier motivo no tienen tarjeta europea o país que pague su asistencia). En concreto, en el caso de personas extranjeras en situación de estancia temporal, se ha incluido que para recibir asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos será preceptivo un informe previo favorable que acredite su voluntad de residir en España emitido por los servicios sociales competentes - En el caso de las personas no registradas ni autorizadas en España se ha incluido que la acreditación de los requisitos para que la *asistencia sea con cargo a los fondos públicos* se pueda realizar por declaración responsable. Por otra parte, se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo,

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
○ *i)* ***No discriminación****: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos (por otros pactos de DDHH).* ○ *ii) Accesibilidad física:* ○ *iii)* ***Accesibilidad económica*** ○ *iv)* ***Acceso a la información sin menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.*** ● *(Artículo18): No discriminación e igualdad de trato* ○ *18. En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3,* ***el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación*** ***sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. El Comité El señala que se pueden aplicar muchas medidas, como las relacionadas con la mayoría de las estrategias y los programas destinados a eliminar la discriminación relacionada con la salud, con consecuencias financieras mínimas merced a la promulgación, modificación o revocación de leyes o a la difusión de información. El Comité recuerda el párrafo 12 de la observación general Nº 3 en el que se afirma que incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo.***		siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. Cabe recordar que en el texto de primera vuelta ya se establece lo siguiente: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago". Para mayor precisión, tras alegaciones se ha incluido lo subrayado: "*En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde* ***el momento de la presentación de*** *la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
○ *19. En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud.* ***Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud.*** *Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población.* ● *(Artículo 30) (...)* ***Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna*** *(párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. (...)* ● *(Artículo 31) La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario,* ***la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12.*** ● *(Artículo 32) Al igual que en el caso de los demás derechos enunciados en el Pacto, existe una fuerte presunción de que* ***no son permisibles las medidas regresivas*** *adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte. ● *(Artículo 33) Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover.* ***La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el artículo 12. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.*** ● *(Artículo 34) En particular, los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular* ***absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos,*** *los presos o detenidos, los representantes de las minorías,* ***los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales,*** *a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer.* ● *(Artículo 35) Las obligaciones de proteger (...)* ***adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad*** ● *(Artículo 36) La obligación de cumplir requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y* ***velar por el acceso igual***		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas*.(...)* ● *(Artículo 37) La obligación de cumplir (facilitar) requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud.* ***Los Estados Partes también tienen la obligación de cumplir (facilitar) un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no estén en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición.*** *La obligación de cumplir (promover) el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran las siguientes:* ***i) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro resultados positivos en materia de salud****, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información;* ***ii) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; iii) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.*** ● *(Artículo 43)* ***En la observación general Nº 3, el Comité confirma que los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud.*** *Considerada conjuntamente con instrumentos más recientes, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Declaración de Alma-Ata ofrece una orientación inequívoca en cuanto a las obligaciones*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
básicas dimanantes del artículo 12. Por consiguiente, el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes: *○ a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; ○ b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;* *○ c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicos, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;* *○ d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;* *○ e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;* *○ f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
(I) VULNERACIONES AL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR **El escenario de la pandemia ha visibilizado una serie de problemáticas de acceso al sistema de salud en población extranjera en situación de irregularidad, es decir, ni autorizados ni registrados como residentes legales en España. Estas personas que por la dinámica de su situación administrativa se han visto además vulnerabilizadas por una estructura jurídica que les impide el acceso a los servicios públicos.** **Los tipos de violaciones al derecho a la salud que hemos observado son:** **A la obligación de respetar:** - Permanencia de la Ley Orgánica de Extranjería, que condiciona el acceso y disfrute de todos los derechos y servicios básicos, vulnerabilizando a las personas en situación administrativa irregular y a las personas que potencialmente pueden ser susceptibles de esa condición, todas migrantes.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
- Denegación de la Regularización Inmediata, Sin condiciones y Permanente de todas las personas en situación administrativa irregular en el contexto de pandemia. - Exposición innecesaria de personas recluidas en Centros de Internamiento de Extranjeros, Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes y dependencias estatales y de ONG´s que no cuentan con condiciones mínimas para el cuidado de la salud y sus determinantes, más aún en contexto de pandemia y en contra de diferentes recomendaciones de organismos internacionales de derechos humanos y de salud. - Maltrato físico y psicológico en dependencias del Estado y de ONGs dedicadas a la acogida o gestión del cautiverio forzado de las personas migrantes en situación irregular. - Amenazas por parte de personal sanitario o administrativo a personas migrantes por acudir a un establecimiento de salud y solicitar atención en salud sin contar con un número de seguridad social o tarjeta sanitaria.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
- Dilatación innecesaria del tiempo de atención durante el trabajo de parto por no contar con un número de seguridad social o tarjeta sanitaria, produciendo daño psicológico y sin atender al sufrimiento físico. - Denegación de atención sanitaria derivada de impedimentos o barreras administrativas a la atención de personas migrantes que no cuentan con número de seguridad social por su condición administrativa irregular: o Denegación de atención sanitaria básica Ej. Denegación de atención prenatal y de atención a menores de 2 años, incluyendo vacunación básica. o Denegación de atención sanitaria especializada, incluyendo a personas con cáncer y otro tipo de enfermedades complejas. o Denegación de cuidados preventivos. o Condicionamiento de la atención a contar con un seguro médico o al pago de tasas no asequibles. o Denegación de medicamentos. - Requisito del empadronamiento para el acceso a los servicios sanitarios, a pesar de las dificultades existentes para su obtención para las personas migrantes en situación irregular, aún en pandemia: o Documentación identificativa vigente: muchas personas tienen dificultades para obtener y renovar pasaportes en embajadas o consulados de muchos países (si existen en el Estado español).		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
○ Contrato de alquiler: La condición irregular impide a las personas firmar contratos por lo que se ven obligadas a vivir sin este soporte legal o no cuentan con la autorización de las personas que les alquilan vivienda para empadronarse en su domicilio. ○ Recibos de pago a su nombre: La condición irregular impide a las personas firmar contratos a su nombre o no cuentan con la autorización de las personas que les alquilan para señalar su domicilio. ○ Obtención de citas por medios digitales sin alternativa para las personas que por falta de medios materiales, motivos lingüísticos o gestión informática, no pueden acceder a solicitarlas. - Impedimento del acceso a los servicios o dilatación innecesaria en el acceso a los mismos por la introducción de procedimientos digitales sin considerar alternativas accesibles para las personas que no disponen de los medios o las competencias prácticas para su uso adecuado, por motivos lingüísticos o de gestión informática. - Estigmatización de las personas migrantes y concretamente de las personas en situación irregular provenientes del continente africano, en el contexto de la pandemia. **A obligación de proteger**		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
- Insuficiencia de políticas de protección a las personas migrantes en situación irregular víctimas de explotación laboral y trata. Condicionamiento de medidas de protección y cuidado a la denuncia, con el consecuente daño físico y psicológico y el impedimento para su oportuna y adecuada atención sanitaria, así como para la garantía de los determinantes sociales de la salud. - Denegación del Ingreso Mínimo Vital a las personas migrantes en situación irregular a pesar de la demostrada condición de vulnerabilización, agravada por el contexto de pandemia. Denegación práctica a una gran proporción de las personas migrantes que lo solicitaron. - Insuficiencia de medidas para prevenir y responder ante los discursos y delitos de odio, con el potencial daño para la seguridad, la moral y la salud mental de las personas migrantes, en especial aquellas en situación irregular, así como el riesgo de que estos discursos de odio incentiven la violencia psicológica y física contra estas personas. - Insuficiencia de un plan restaurativo y de reparación integral, tanto en el aspecto socioeconómico como psicofísico, orientado para personas que se han visto afectadas por delitos de odio.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Obligación de cumplir - Ausencia de facilitación de la participación de las personas migrantes, en especial las personas en situación irregular en el diseño de esta propuesta de Ley y de las políticas sanitarias que les afectan a pesar de ser grupos vulnerabilizados. - Ausencia de datos desagregados que faciliten una comprensión amplia de la situación de la salud de las personas migrantes y sus necesidades, aún en contexto de pandemia. - Ausencia de abordaje de las necesidades en salud de las personas migrantes, en particular de aquellas en situación irregular, en los planes de salud. - Insuficiencia generalizada de servicios y herramientas de interpretación, traducción y mediación intercultural en los servicios sanitarios.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En este sentido, una norma que no considera a las personas en situación irregular como sujetos titulares de derecho, salvo en determinados supuestos de urgencia, situación de menores y embarazadas, obligación contraída por el Estado Español mediante su adhesión a tratados internacionales, permite de facto la exclusión. 1 Presno Linera, M. A. (2018). 40 años de Constitución y salud. *Derecho y Salud*, 28, 34-44. Disponible en: https://bit.ly/3dZXpSl. 2 Ley 25/2014, de 27 de noviembre, de Tratados y otros Acuerdos Internacionales. Artículo 3. Los tratados internacionales formarán parte del ordenamiento jurídico interno una vez publicados en el «Boletín Oficial del Estado».		
● **Para garantizar el acceso lingüístico y facilitar la aceptabilidad cultural de los servicios sanitarios:** Implantar programas de intermediación cultural y lingüística basados en las características y necesidades de las personas solicitantes de servicios, en todas las etapas de su proceso sanitario, incluyendo: ■ Traducción, intérpretes a disposición de todo el personal que entra en contacto con las personas (administrativo, sanitario y social)	**SOS Racismo Madrid / Movimiento #Regularizacionya / Comunidad Negra Africana y Afrodescendiente en España (Cnaae) / Comité de Emergencia Antirracista**	A partir del año 2016 los Presupuestos Generales del Estado recogen una partida presupuestaria, dentro del Presupuesto de Gasto del Ministerio de Sanidad, por importe de 1.750.000,00 euros, destinada a las CCAA e INGESA, para la financiación del "*Programa de reasentamiento y reubicación de refugiados. Consejo de Justicia y Asuntos de Interior de la U. E. (J.A.I)*". Este programa no se encuentra financiado por la Unión Europea.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
■ Materiales disponibles en diferentes idiomas, que prioricen la transmisión de la información de forma visual y simple antes que escrita o con términos técnicos que resulten de difícil comprensión. ■ Considerar las necesidades de las personas migrantes con dificultades auditivas o del habla, incorporando en dichos programas lenguajes no orales como el Lenguaje de Signos. **● Accesibilidad digital: Garantizar una atención completa e íntegra, tanto presencial como telemática (por teléfono), a las personas para las cuales sea difícil acceder a cierta información sanitaria a raíz de la brecha informática, por parte de las personas encargadas de la administración en los centros sanitarios oportunos.** **● Desarrollar una política pública de salud basada en análisis epidemiológicos desagregados por identidad étnico racial, que aborde los determinantes de salud, en especial para los grupos vulnerabilizados, y cuente con la participación significativa de las personas migrantes y sus organizaciones.**		Esta dotación económica figura reseñada en el artículo 45 "*Transferencias a Comunidades Autónomas*", del Presupuesto de Gasto del Ministerio de Sanidad, con un reparto equitativo de estos recursos económicos entre las Comunidades Autónomas que se aprueba por el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud. Los objetivos de este programa son otorgar ayudas para la financiación de los gastos realizados por las comunidades autónomas e INGESA, destinadas a la financiación de actuaciones complementarias a la provisión de servicios sanitarios a favor de los solicitantes y beneficiarios de protección internacional, dadas las peculiaridades de este colectivo, como son servicios de traducción, ayuda para la realización de trámites administrativos, mediadores sociales, acciones formativas y de sensibilización, intervenciones psicosociales, etc.
Desde el punto de vista de la normativa de protección de datos personales, el Ministerio de Sanidad se constituye, en virtud de esta ley, en el presente caso, como responsable del tratamiento. Es la propia ley la que determina los fines y	**Agencia Española de Protección de Datos (AEPD)**	De acuerdo al artículo 6.1.e) del *Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
los medios del tratamiento, y quien establece el responsable del tratamiento (art. 4.7 RGPD). La mención que hace la ley a la "colaboración" de otras entidades significa que estas entidades deberán, en virtud del deber de colaboración interadministrativa (art. 141 ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público), facilitar la información que precise sobre la actividad que desarrollen en el ejercicio de sus propias competencias. Desde la perspectiva de protección de datos, dicha colaboración se plasmaría en una cesión de dichos datos, esto es, en un tratamiento de datos personales. Dicho tratamiento de datos, la cesión, estará basado en dicha ley, que cabe considerar que es una medida necesaria y proporcionada para salvaguardar objetivos previstos en el art. 23, apartado 1, del RGPD. En concreto, la determinación del derecho a la asistencia sanitaria puede considerarse un objetivo importante de interés público general relacionado con la sanidad pública (apartado e) del art. 23 RGPD), y, asimismo, dada la repercusión del reconocimiento de dicho derecho en los fondos públicos, dicho objetivo de interés público sería también el reconocido en dicha letra e): interés público económico o financiero, de carácter presupuestario. Continuando con el apartado 1, como hemos transcrito, el procedimiento reglamentario que se prevé para el reconocimiento y control del derecho a la		*tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos* que establece lo siguiente: *"e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento"".* El acceso telemático del Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las entidades y administraciones públicas es a efectos de acceder telemáticamente a los datos administrativos referentes a la situación administrativa de los extranjeros, sin que en dichos datos estén comprendidos los datos en salud.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
asistencia sanitaria podrá atribuir la gestión a otros órganos o entidades de las administraciones públicas. Esa "gestión" que se atribuye a otros órganos constituiría un verdadero encargo del tratamiento, en el sentido del art. 28 RGPD. Tal y como resulta de los considerandos 81 y 19 del RGPD, esta Agencia ha reconocido en diversos Informes, y hoy día establece expresamente el art. 33 LOPDGDD, el concepto de "acto jurídico" a que hace referencia el art. 28.3 RGPD que puede regir el encargo de tratamiento de datos personales puede recaer en una norma jurídica. Así, el art. 33.5 LOPDGDD ya dice que: *En el ámbito del sector público podrán atribuirse las competencias propias de un encargado del tratamiento a un determinado* *órgano de la Administración General del Estado, la Administración de las* *comunidades autónomas, las Entidades que integran la Administración Local o a los Organismos vinculados o dependientes de las mismas mediante la adopción de una norma reguladora de dichas competencias, que deberá* *incorporar el contenido exigido por el artículo 28.3 del Reglamento (UE)* *2016/679.* **Así, dicha norma reglamentaria, si estableciese la gestión de dichos tratamientos por terceras entidades que actúen como encargadas de los tratamientos cuyo responsable es el Ministerio de Sanidad según esta norma, habrá de incorporar el contenido exigido por el artículo 28.3 del RGPD.**		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Para los tratamientos previstos en los dos últimos párrafos del apartado 1, los responsables serían las entidades ahí previstas: INGESA y Comunidades Autónomas, y el INSS y el ISM.		
Exposición de motivos		
En relación con la parte expositiva del anteproyecto, la Resolución de 28 de julio de 2005, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros, de 22 de julio de 2005, por el que se aprobaron las Directrices de técnica normativa (en adelante, DTN), establece en su directriz 11 que en los anteproyectos de ley, la parte expositiva se denominará <<exposición de motivos>> y se insertará así en el texto correspondiente (<< EXPOSICIÓN DE MOTIVOS>>, centrado en el texto).” En su virtud, se sugiere que en el texto se inserte la denominación expresada. [“***EXPOSICIÓN DE MOTIVOS*** I	**Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación**	**Se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La pandemia por COVID-19, aún en curso, ha mostrado que los sistemas sanitarios públicos son garantes de vida y actúan como motor económico, además de constituir uno de los mayores pilares del estado de bienestar de un país. En España, ha puesto de manifiesto las fortalezas de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), así como el compromiso y la profesionalidad de los y de las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, la capacidad de respuesta del sistema, y las bondades de su co-gobernanza entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas. "]		
Se ha advertido a lo largo del texto la plasmación en mayúsculas de la referencia a la propia norma. Se propone seguir las prescripciones recogidas en el apartado V. Apéndices, a) 2º de las DTN que recomiendan que "No se escribirá con inicial mayúscula cuando en el texto de la disposición se haga referencia a la propia norma o a una clase genérica de disposición". Por ejemplo, en el párrafo séptimo de la parte expositiva, se lee "….. llevarse a cabo en cumplimiento de la presente Ley …….". ["…todas las actuaciones que deban llevarse a cabo en cumplimiento de la presente **Ley** deben respetar el llamado principio de no causar un perjuicio significativo al medioambiente (principio DNSH por sus siglas en inglés, "Do No Significant Harm")".]	**Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación**	**Se acepta.**
En cuanto al uso específico de siglas, el Apartado V. Apéndices, b), de las DTN, establece que el uso de las siglas puede justificarse dentro de una disposición, para evitar formulaciones farragosas y repeticiones cansinas, siempre que se explique, cuando aparezcan por primera vez (fuera del título y de la parte expositiva), mediante su inclusión entre paréntesis o entre comas precedida de	**Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación**	**Se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
la expresión <<*en adelante*>> y se escriban en mayúsculas sin puntos ni espacios de separación.” Así, a modo de ejemplo, se hace mención en el texto a las siglas SNS o CISNS sin la expresión “en adelante,”. [“La pandemia por COVID-19, aún en curso, ha mostrado que los sistemas sanitarios públicos son garantes de vida y actúan como motor económico, además de constituir uno de los mayores pilares del estado de bienestar de un país. En España, ha puesto de manifiesto las fortalezas de nuestro Sistema Nacional de Salud*, en adelante SNS*, ~~(SNS),~~ así como el compromiso y la profesionalidad de los y de las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, la capacidad de respuesta del sistema, y las bondades de su co-gobernanza entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas.” “la Decisión de Ejecución del Consejo relativa a la aprobación de la evaluación del plan de recuperación y resiliencia de España (CID)” “Este Comité es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS)” “El artículo quinto pretende modificar Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, para posibilitar el desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA)” “En la disposición adicional única se pretende autorizar la creación del consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS),” “En relación a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido (TODF),”]		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Con carácter meramente formal, en el último inciso del tercer párrafo de la página 6 de la exposición de motivos, la cita que se realiza al "*artículo 102.8*", se sugiere que se complete con la norma a la que hace referencia, es decir "artículo 102.8 ***del 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***".	**Ministerio de Hacienda y Función Pública**	**Se acepta.**
En la parte dispositiva del anteproyecto de ley se ha advertido el incumplimiento de la directriz número 80 de las Directrices de técnica normativa, aprobadas por el Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de julio de 2005 (Directrices), que establece que la primera cita deberá realizarse completa y podrá abreviarse en las demás ocasiones señalando únicamente tipo, número, año y fecha. En este caso, por ejemplo, se llama la atención sobre la cita de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que, además de incumplir esta premisa, se menciona de manera indistinta como "*General de Sanidad*" y como "*General de Salud*".	**Ministerio del Interior**	**Se acepta.**
En el segundo párrafo de la parte expositiva la cita a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, debe escribirse entre comas, según la directriz 73 de las directrices de técnica normativa. En este mismo párrafo, y a lo largo del texto, se recuerda que el uso de las siglas puede justificarse dentro de una disposición, para evitar formulaciones farragosas y repeticiones cansinas, siempre que se explique, cuando aparezcan por primera vez (fuera del título y de la parte expositiva), mediante su inclusión entre paréntesis o entre comas	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
precedida de la expresión «en adelante» y se escriban en mayúsculas sin puntos ni espacios de separación.		
En la página cuatro de la parte expositiva la expresión empleada "…***troceándolo***…" no parece ajustarse a lo dispuesto en la directriz 101 respecto al uso de un lenguaje claro y preciso, de nivel culto, pero accesible.	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta.**
La parte expositiva contiene dos resúmenes del contenido de la disposición final quinta, páginas 8 y 9 del texto, por lo que debería unificarse.	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta.**
En la página 9, al analizar la actuación de acuerdo con los a los principios de buena regulación, no se justifica la adecuación al principio de transparencia. "*Esta Ley responde a los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, **transparencia**, y eficiencia, tal y como exige la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. A estos efectos se pone de manifiesto el cumplimiento de los principios de necesidad y eficacia dado el interés general en el que se fundamentan las medidas que se establecen, y que tienen como fin último la protección de la salud de la población. La norma es acorde con el principio de proporcionalidad al contener la regulación imprescindible para la consecución de los objetivos previamente mencionados, ya que las medidas que ahora se regulan resultan proporcionadas al bien público que se trata de proteger. Igualmente, se ajusta al principio de seguridad jurídica, siendo*	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta**. Se añade el texto: "***Asimismo, cumple con el principio de transparencia, ya que identifica claramente su propósito y se ofrece una explicación***".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
coherente con el resto del ordenamiento jurídico. En relación con el principio de eficiencia, esta Ley no impone cargas administrativas que no estén justificadas para la consecución de sus fines."		
En relación con la introducción [Exposición de motivos] a la Disposición Adicional Única se propone modificar la denominación de uno de los integrantes de la Red RedETS y sustituir Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) por AETSA_Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Justificación: Se nos ha comunicado que ha habido un cambio de denominación de este organismo en el seno de la estructura autonómica. ["Las agencias son: Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS); Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-Osteba, Gobierno Vasco; Agencia Gallega de Gestión del Conocimiento en Salud (Avalia-t, ACIS); ~~Agencia de~~ **AETSA-**Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía ~~(AETSA)~~; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud (SESCS); Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Comunidad de Madrid y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III."]	**Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS)**	**Se acepta.**
Pág. 2, último párrafo:	**Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**	**Se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"(…) el recurso excepcional a otras fórmulas de gestión habrá de contar obligatoriamente con una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario [faltaría una coma] social y económico la necesidad de acudir a ellas".		
Pág. 6, penúltimo párrafo: *"(…) Todo ello, porque los colectivos exentos de la aportación farmacéutica han aumentado en los dos últimos años, bajo 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".*** **Debería considerarse que otros profesionales del SNS, además de los médicos, tienen posibilidad de prescribir medicamentos, como los odontólogos o podólogos, o de "indicarlos" como serían los enfermeros.**	**Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**	**No se acepta**. Para mejor entendimiento y tratándose de una materia regulada en su normativa específica, no se considera necesario ampliar la información contenida.
Pág. 6, último párrafo. Se propone la siguiente adición: *"El artículo quinto pretende modificar Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, para posibilitar el desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial*	**Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**	**Se acepta.** Y se añade también un "de" antes de Melilla, conforme a lo dispuesto en el apéndice V.c) de la Directrices de técnica normativa, aprobadas por Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de julio de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
(FOGA). Es un fondo extrapresupuestario que está destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y [el INGESA en el caso de las] ciudades de Ceuta y Melilla (…)"		2005, su denominación oficial es "*las Ciudades de Ceuta y de Melilla*": "*El artículo quinto pretende modificar Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, para posibilitar el desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA). Es un fondo extrapresupuestario que está destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y [el INGESA en el caso de las] ciudades de Ceuta y de Melilla (…)"*
Se sugiere que, al emplear lenguaje de género, se priorice el empleo de conjunciones frente al de signos ortográficos al hacer referencia, por ejemplo, a "***los/las pacientes***" o "***El/La cónyuge o el/la conviviente***". Así, podría resultar preferible hacer mención a "**los o las pacientes**" y "el o la cónyuge o el o la conviviente". *["C) En lo relativo a la participación ciudadana en el SNS, el objetivo es incorporar a los o ~~/~~las pacientes y a la población en los órganos de asesoramiento del SNS"]*	**Ministerio de Industria, Comercio y Turismo**	**Se acepta.**
A lo largo del texto (v.g. página 6) y la memoria en ocasiones se emplea la fórmula "los/las pacientes" y en otras ocasiones no, por lo que debería unificarse la fórmula utilizada. Esta fórmula no se emplea para usuarios.	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En el primer párrafo de la parte expositiva y a lo largo de todo el texto, deben evitarse las declaraciones didácticas o laudatorias u otras análogas, de acuerdo con lo establecido en la directriz 12 de las directrices de técnica normativa, aprobadas mediante Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de julio de 2005.	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta.**
En el tercer párrafo del apartado I de la exposición de motivos se afirma lo siguiente: "*La universalidad, la equidad y la cohesión del SNS son los principios en los que se sustenta nuestro sistema sanitario público y, como tal, se recogen en las normas sanitarias más relevantes como son: la misma Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. **A lo largo de los años, los legisladores han mantenido su primacía en el ordenamiento***". Se sugiere la supresión del último inciso citado ("*A lo largo de los años, los legisladores han mantenido su primacía en el ordenamiento*"), por no entenderse exactamente su significado en el que parece que, quizás, se hace mención impropia al principio de primacía cuando en realidad parece que se quiere hacer referencia al principio de prevalencia del Derecho estatal sobre las normas autonómicas, definido en el art. 149.3 de la Constitución Española, conforme al cual, en caso de conflicto, las normas de los órganos centrales del	**Ministerio de Industria, Comercio y Turismo**	**Se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Estado prevalecerán sobre las de las Comunidades Autónomas, en todo lo que no esté atribuido a la exclusiva competencia de éstas.		
En el apartado I de la exposición de motivos debe incluirse correctamente la cita corta (con fecha) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, en los párrafos referidos al análisis de la disposición transitoria segunda y de la disposición derogatoria única del anteproyecto de ley.	**Ministerio de Industria, Comercio y Turismo**	**Se acepta.**
["II *Con esta norma se avanza en el cumplimiento de las metas establecidas en los objetivos 3 y 10 de la Agenda2030 para el Desarrollo Sostenible, es decir, garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades y reducir las desigualdades y que nadie se quede atrás".]* Consideramos importante incluir también el Objetivo 5 Igualdad de Género.	**Plataforma del Tercer Sector**	**No se acepta**. El SNS siempre ha asegurado la igualdad de género. La *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, en su artículo 3.2, determina que el acceso a las prestaciones sanitarias se realizará en condiciones de igualdad efectiva. Esta disposición no es sino la aplicación en el ámbito sanitario del derecho a la igualdad reconocido en el artículo 14 de la Constitución En particular el artículo 10.1 de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* establece lo siguiente: **"*Artículo diez*** *Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:* *1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social".
En la exposición de motivos se sustenta la medida en la premisa de que "*lo que es de todos y de todas es para todos y para todas*", para defender la gestión pública directa como preferente y, acto seguido, argumentar que de acuerdo con 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*", a pesar de que dicha norma (ley de contratos del sector público) no contiene ninguna previsión al respecto.	**Unió Catalana d'Hospitals, Asociación de entidades sanitaria y sociales**	**No se acepta**. Las medidas que contiene el texto en la materia que se traslada tratan de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".
Hacemos notar que la expresión "en base a" no existe en castellano, es un solecismo, sería más adecuado "basándose en", "con base en". ["Por tanto, para agrupar conceptualmente la cartera común de servicios del SNS y evitar que, **en base a** lo establecido por el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril*, puedan incorporarse nuevos copagos sanitarios…" (…) "Todo ello **en base a** lo dispuesto en el *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre,…*"]	**Universidade da Coruña**	**Se acepta**. "**en base a**" se sustituye por "**de acuerdo con o basándose en**".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Dentro de la amplia Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en atención primaria y de urgencia, la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada, requiere del desarrollo de acciones de cohesión y coordinación que permitan asegurar una adecuada aplicación de estrategias y medidas comunes en el conjunto del territorio, a fin de asegurar la necesaria continuidad y calidad asistencial, pues una vez consolidada la universalización y establecida la cartera de servicios, el reto de la calidad en condiciones de igualdad efectiva aparece en primer plano. No podemos olvidar que desde que se declarase la situación de Estado de Alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria generada por la COVID-19 y durante las sucesivas olas que han ido emergiendo a lo largo del último año, las diferentes restricciones sanitarias y medidas de contención que se han implementado han tenido efectos devastadores a nivel social y económico, generando un grave impacto en la salud mental de la población. Dado que en la actualidad la escasez de profesionales en el Sistema Nacional de Salud para llevar a cabo la prestación de los servicios de atención a la salud mental a los pacientes y usuarios no permite preservar, proteger y promover la salud de la población con el grado de calidad requerido, entendemos que la presente iniciativa legislativa debe contemplar la adopción de medidas que permitan asegurar que, en este fundamental ámbito asistencial, todas las Comunidades Autónomas cuenten con una adecuada y homogénea dotación de profesionales desde el nivel básico la Atención Primaria, favoreciendo la	**Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP)**	**No se acepta**. No es objetivo de la norma el establecer la dotación de profesionales del SNS.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
incorporación en la sanidad pública de Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica de manera prioritaria, asumiendo también la necesidad de aumentar la oferta de plazas del resto de especialidades. De esta manera se podrá garantizar la efectividad del derecho a la protección a la salud mental, y muy especialmente de la población en riesgo de pobreza y exclusión social que ha sido duramente afectada por la pandemia, conforme a los principios de equidad, universalidad y cohesión de nuestro Sistema Nacional de Salud. Es por ello que consideramos conveniente que ya en la exposición inicial de la norma se haga referencia a las precedentes consideraciones.		
Anteproyecto de Ley		
Como observación de carácter general se indica la necesidad de revisar tanto la inserción de espacios como el color del texto, que ha de ser negro.	**Ministerio de Industria, Comercio y Turismo**	**Se acepta**.
Entendemos que en la modificación del articulado de las normas que se modifican, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, 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 y el Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema	**CCOO**	**Se acepta**. Se revisa el texto para adecuarlo al lenguaje no sexista.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica, se debería aprovechar para corregir el uso de un lenguaje sexista, impropio en el momento actual, y que si bien es cierto que algunos de los artículos modificados si lo cuidan, otros siguen manteniendo las expresiones **"españoles"** (art.26 del RD 8/2008, de 11 de enero), **"usuarios" "beneficiarios"** (art.9 RD 1506/2012, de 2 de noviembre). Por ello, consideramos que es preciso revisar todas las modificaciones del articulado de las normas afectadas a fin de utilizar un lenguaje inclusivo y no sexista.		
Título. *Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud*		
El título del Anteproyecto es en exceso rimbombante y en su segunda parte "*para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del SNS*" no se justifica con el contenido del mismo, por poner solo un ejemplo notorio, consolidar la equidad del SNS no es posible sin abordar la necesidad de acabar con el modelo de las Mutualidades de funcionarios y garantizar su integración en el SNS, porque estas son la mayor causa de inequidad que existe en nuestro sistema sanitario, un modelo, el de las mutualidades por el que un colectivo de personas, por su relación funcionarial, reciben con financiación pública,	**Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)**	**No se acepta**. Como consta en la Memoria del Análisis Normativo (MAIN), la consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad es una de las reformas incluidas en el *Componente 18 de Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud* dentro del *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia*. Para la entrada en vigor

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
prestaciones sanitarias en condiciones diferentes al resto de la población y con frecuencia por parte de aseguradoras privadas.		de esta norma, el hito CID #275, está establecido como plazo el cuarto trimestre de 2023. Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición. Por último, no es objeto de la norma abordar lo que se expone respecto a las mutualidades de funcionarios.
Las propuestas de modificación que se presentan tienen por objeto garantizar la necesaria accesibilidad a las prestaciones sanitarias públicas y reforzar la gobernanza del actual modelo de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, se trata de modificaciones encaminadas a fortalecer una de las dos vertientes del SNS: la correspondiente a las prestaciones de atención sanitaria. Dado que las prestaciones de salud pública no se ven afectadas por la norma que se propone, consideramos que sería conveniente referirse a este anteproyecto de ley como "***Anteproyecto de Ley por la que se***	**Conferencia de Decanos y Decanas de Facultades de Veterinaria de España**	**No se acepta**. La cartera común de servicios del SNS está compuesta, entre otras, por las prestaciones de salud pública, por ello, cuando el título, y todo el articulado se refiere al Sistema Nacional de Salud, se engloba la totalidad de las prestaciones que se incluyen en la cartera. Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión de las prestaciones de atención sanitaria del SNS". Creemos que esta modificación es relevante ya que, de no hacerse así, se perpetuaría la concepción existente entre la ciudadanía de que el SNS abarca exclusivamente las prestaciones de atención sanitaria, cuando las actuaciones preventivas que se llevan a cabo desde las prestaciones de salud pública, que también se hallan incluidas en el SNS, resultan fundamentales para mantener el adecuado estado de salud de la población. Es preciso comentar que el propio desarrollo normativo referente al SNS promueve esta concepción: la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios, se orientó fundamentalmente a ordenar y coordinar las actividades de la asistencia sanitaria, por lo que resultó necesario desarrollar *a posteriori*, mediante la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* las prestaciones de salud pública. En este sentido, destacar que la finalidad de la propuesta de modificación del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* que se presenta es precisamente que se visualice de forma inequívoca que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS y que éstas deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. Si ésta es la finalidad, la denominación que se propone para este anteproyecto de ley puede resultar contraproducente dado que las mayores modificaciones que se proponen hacen referencia a las		contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
prestaciones sanitarias, lo que comportará a que de nuevo la ciudadanía asocie el SNS a las actividades de carácter asistencial y hospitalario exclusivamente.		
Las propuestas de modificación que se presentan tienen por objeto garantizar la necesaria accesibilidad a las prestaciones sanitarias públicas y reforzar la gobernanza del actual modelo de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, se trata de modificaciones encaminadas a fortalecer una de las dos vertientes del SNS: la correspondiente a las prestaciones de atención sanitaria. Dado que las prestaciones de salud pública no se ven afectadas por la norma que se propone, consideramos que sería conveniente referirse a este anteproyecto de ley como "***Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión de las prestaciones de atención sanitaria del SNS***". Creemos que esta modificación es relevante ya que, de no hacerse así, se perpetuaría la concepción existente entre la ciudadanía de que el SNS abarca exclusivamente las prestaciones de atención sanitaria, cuando las actuaciones preventivas que se llevan a cabo desde las prestaciones de salud pública, que también se hallan incluidas en el SNS, resultan fundamentales para mantener el adecuado estado de salud de la población. Es preciso comentar que el propio desarrollo normativo referente al SNS promueve esta concepción: la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios, se orientó fundamentalmente a ordenar y coordinar las actividades	**Confederación Empresarial Veterinaria Española (CEVE)**	**No se acepta**. La cartera común de servicios del SNS está compuesta, entre otras, por las prestaciones de salud pública, por ello, cuando el título, y todo el articulado se refiere al Sistema Nacional de Salud, se engloba la totalidad de las prestaciones que se incluyen en la cartera. Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de la asistencia sanitaria, por lo que resultó necesario desarrollar *a posteriori*, mediante la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* las prestaciones de salud pública. En este sentido, destacar que la finalidad de la propuesta de modificación del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* que se presenta es precisamente que se visualice de forma inequívoca que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS y que éstas deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. Si ésta es la finalidad, la denominación que se propone para este anteproyecto de ley puede resultar contraproducente dado que las mayores modificaciones que se proponen hacen referencia a las prestaciones sanitarias, lo que comportará a que de nuevo la ciudadanía asocie el SNS a las actividades de carácter asistencial y hospitalario exclusivamente.		
Las propuestas de modificación que se presentan tienen por objeto garantizar la necesaria accesibilidad a las prestaciones sanitarias públicas y reforzar la gobernanza del actual modelo de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, se trata de modificaciones encaminadas a fortalecer una de las dos vertientes del SNS: la correspondiente a las prestaciones de atención sanitaria. Dado que las prestaciones de salud pública no se ven afectadas por la norma que se propone, consideramos que sería conveniente referirse a este anteproyecto de ley como "***Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión de las prestaciones de atención sanitaria del SNS***".	**Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (ANENVAC)**	**No se acepta**. La cartera común de servicios del SNS está compuesta, entre otras, por las prestaciones de salud pública, por ello, cuando el título, y todo el articulado se refiere al Sistema Nacional de Salud, se engloba la totalidad de las prestaciones que se incluyen en la cartera. Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Creemos que esta modificación es relevante ya que, de no hacerse así, se perpetuaría la concepción existente entre la ciudadanía de que el SNS abarca exclusivamente las prestaciones de atención sanitaria, cuando las actuaciones preventivas que se llevan a cabo desde las prestaciones de salud pública, que también se hallan incluidas en el SNS, resultan fundamentales para mantener el adecuado estado de salud de la población. Es preciso comentar que el propio desarrollo normativo referente al SNS promueve esta concepción: la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios, se orientó fundamentalmente a ordenar y coordinar las actividades de la asistencia sanitaria, por lo que resultó necesario desarrollar *a posteriori*, mediante la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* las prestaciones de salud pública. En este sentido, destacar que la finalidad de la propuesta de modificación del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* que se presenta es precisamente que se visualice de forma inequívoca que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS y que éstas deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. Si ésta es la finalidad, la denominación que se propone para este anteproyecto de ley puede resultar contraproducente dado que las mayores modificaciones que se proponen hacen referencia a las prestaciones sanitarias, lo que comportará a que de nuevo la ciudadanía asocie el SNS a las actividades de carácter asistencial y hospitalario exclusivamente.		evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición. .

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Las propuestas de modificación que se presentan tienen por objeto garantizar la necesaria accesibilidad a las prestaciones sanitarias públicas y reforzar la gobernanza del actual modelo de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, se trata de modificaciones encaminadas a fortalecer una de las dos vertientes del SNS: la correspondiente a las prestaciones de atención sanitaria. Dado que las prestaciones de salud pública no se ven afectadas por la norma que se propone, consideramos que sería conveniente referirse a este anteproyecto de ley como "***Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión de las prestaciones de atención sanitaria del SNS***". Creemos que esta modificación es relevante ya que, de no hacerse así, se perpetuaría la concepción existente entre la ciudadanía de que el SNS abarca exclusivamente las prestaciones de atención sanitaria, cuando las actuaciones preventivas que se llevan a cabo desde las prestaciones de salud pública, que también se hallan incluidas en el SNS, resultan fundamentales para mantener el adecuado estado de salud de la población. Es preciso comentar que el propio desarrollo normativo referente al SNS promueve esta concepción: la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios, se orientó fundamentalmente a ordenar y coordinar las actividades de la asistencia sanitaria, por lo que resultó necesario desarrollar *a posteriori*, mediante la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* las	**Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)**	**No se acepta**. La cartera común de servicios del SNS está compuesta, entre otras, por las prestaciones de salud pública, por ello, cuando el título, y todo el articulado, se refiere al Sistema Nacional de Salud, se engloba la totalidad de las prestaciones que se incluyen en la cartera. Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición. .

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
prestaciones de salud pública. En este sentido, destacar que la finalidad de la propuesta de modificación del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* que se presenta es precisamente que se visualice de forma inequívoca que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS y que éstas deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. Si ésta es la finalidad, la denominación que se propone para este anteproyecto de ley puede resultar contraproducente dado que las mayores modificaciones que se proponen hacen referencia a las prestaciones sanitarias, lo que comportará a que de nuevo la ciudadanía asocie el SNS a las actividades de carácter asistencial y hospitalario exclusivamente.		
Las propuestas de modificación que se presentan tienen por objeto garantizar la necesaria accesibilidad a las prestaciones sanitarias públicas y reforzar la gobernanza del actual modelo de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, se trata de modificaciones encaminadas a fortalecer una de las dos vertientes del SNS: la correspondiente a las prestaciones de atención sanitaria. Dado que las prestaciones de salud pública no se ven afectadas por la norma que se propone, consideramos que sería conveniente referirse a este anteproyecto de ley como "***Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión de las prestaciones de atención sanitaria del SNS***". Creemos que esta modificación es relevante ya que, de no hacerse así, se perpetuaría la concepción existente entre la ciudadanía de que el SNS abarca	**Conferencia Española de Decanos de Biología**	**No se acepta**. La cartera común de servicios del SNS está compuesta, entre otras, por las prestaciones de salud pública, por ello, cuando el título, y todo el articulado se refiere al Sistema Nacional de Salud, se engloba la totalidad de las prestaciones que se incluyen en la cartera. Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
exclusivamente las prestaciones de atención sanitaria, cuando las actuaciones preventivas que se llevan a cabo desde las prestaciones de salud pública, que también se hallan incluidas en el SNS, resultan fundamentales para mantener el adecuado estado de salud de la población. Es preciso comentar que el propio desarrollo normativo referente al SNS promueve esta concepción: la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios, se orientó fundamentalmente a ordenar y coordinar las actividades de la asistencia sanitaria, por lo que resultó necesario desarrollar *a posteriori*, mediante la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* las prestaciones de salud pública. En este sentido, destacar que la finalidad de la propuesta de modificación del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* que se presenta es precisamente que se visualice de forma inequívoca que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS y que éstas deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. Si ésta es la finalidad, la denominación que se propone para este anteproyecto de ley puede resultar contraproducente dado que las mayores modificaciones que se proponen hacen referencia a las prestaciones sanitarias, lo que comportará a que de nuevo la ciudadanía asocie el SNS a las actividades de carácter asistencial y hospitalario exclusivamente.		precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición.
Las propuestas de modificación que se presentan tienen por objeto garantizar la necesaria accesibilidad a las prestaciones sanitarias públicas y reforzar la gobernanza del actual modelo de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, se trata de modificaciones encaminadas a fortalecer	**Conferencia Nacional de Decanas y Decanos de Enfermería**	**No se acepta**. La cartera común de servicios del SNS está compuesta, entre otras, por las prestaciones de salud pública, por ello, cuando el título, y todo el

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
una de las dos vertientes del SNS: la correspondiente a las prestaciones de atención sanitaria. Dado que las prestaciones de salud pública no se ven afectadas por la norma que se propone, consideramos que sería conveniente referirse a este anteproyecto de ley como "***Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión de las prestaciones de atención sanitaria del SNS***". Creemos que esta modificación es relevante ya que, de no hacerse así, se perpetuaría la concepción existente entre la ciudadanía de que el SNS abarca exclusivamente las prestaciones de atención sanitaria, cuando las actuaciones preventivas que se llevan a cabo desde las prestaciones de salud pública, que también se hallan incluidas en el SNS, resultan fundamentales para mantener el adecuado estado de salud de la población. Es preciso comentar que el propio desarrollo normativo referente al SNS promueve esta concepción: la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios, se orientó fundamentalmente a ordenar y coordinar las actividades de la asistencia sanitaria, por lo que resultó necesario desarrollar *a posteriori*, mediante la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* las prestaciones de salud pública. En este sentido, destacar que la finalidad de la propuesta de modificación del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* que se presenta es precisamente que se visualice de forma inequívoca que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios		articulado se refiere al Sistema Nacional de Salud, se engloba la totalidad de las prestaciones que se incluyen en la cartera. Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición. .

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
del SNS y que éstas deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. Si ésta es la finalidad, la denominación que se propone para este anteproyecto de ley puede resultar contraproducente dado que las mayores modificaciones que se proponen hacen referencia a las prestaciones sanitarias, lo que comportará a que de nuevo la ciudadanía asocie el SNS a las actividades de carácter asistencial y hospitalario exclusivamente.		
Las propuestas de modificación que se presentan tienen por objeto garantizar la necesaria accesibilidad a las prestaciones sanitarias públicas y reforzar la gobernanza del actual modelo de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, se trata de modificaciones encaminadas a fortalecer una de las dos vertientes del SNS: la correspondiente a las prestaciones de atención sanitaria. Dado que las prestaciones de salud pública no se ven afectadas por la norma que se propone, consideramos que sería conveniente referirse a este anteproyecto de ley como "***Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión de las prestaciones de atención sanitaria del SNS***". Creemos que esta modificación es relevante ya que, de no hacerse así, se perpetuaría la concepción existente entre la ciudadanía de que el SNS abarca exclusivamente las prestaciones de atención sanitaria, cuando las actuaciones preventivas que se llevan a cabo desde las prestaciones de salud pública, que también se hallan incluidas en el SNS, resultan fundamentales para mantener el adecuado estado de salud de la población. Es preciso comentar que el propio	**Universidade da Coruña**	**No se acepta**. La cartera común de servicios del SNS está compuesta, entre otras, por las prestaciones de salud pública, por ello, cuando el título, y todo el articulado se refiere al Sistema Nacional de Salud, se engloba la totalidad de las prestaciones que se incluyen en la cartera. Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
desarrollo normativo referente al SNS promueve esta concepción: la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios, se orientó fundamentalmente a ordenar y coordinar las actividades de la asistencia sanitaria, por lo que resultó necesario desarrollar *a posteriori*, mediante la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* las prestaciones de salud pública. En este sentido, destacar que la finalidad de la propuesta de modificación del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* que se presenta es precisamente que se visualice de forma inequívoca que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS y que éstas deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. Si ésta es la finalidad, la denominación que se propone para este anteproyecto de ley puede resultar contraproducente dado que las mayores modificaciones que se proponen hacen referencia a las prestaciones sanitarias, lo que comportará a que de nuevo la ciudadanía asocie el SNS a las actividades de carácter asistencial y hospitalario exclusivamente.		
Las propuestas de modificación que se presentan tienen por objeto garantizar la necesaria accesibilidad a las prestaciones sanitarias públicas y reforzar la gobernanza del actual modelo de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, se trata de modificaciones encaminadas a fortalecer una de las dos vertientes del SNS: la correspondiente a las prestaciones de atención sanitaria. Dado que las prestaciones de salud pública no se ven afectadas por la norma que se propone, consideramos que sería conveniente referirse a este anteproyecto de ley como "***Anteproyecto de Ley por la que se***	**Universidad Católica de Murcia (UCAM)**	**No se acepta**. La cartera común de servicios del SNS está compuesta, entre otras, por las prestaciones de salud pública, por ello, cuando el título, y todo el articulado se refiere al Sistema Nacional de Salud, se engloba la totalidad de las prestaciones que se incluyen en la cartera.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión de las prestaciones de atención sanitaria del SNS". Creemos que esta modificación es relevante ya que, de no hacerse así, se perpetuaría la concepción existente entre la ciudadanía de que el SNS abarca exclusivamente las prestaciones de atención sanitaria, cuando las actuaciones preventivas que se llevan a cabo desde las prestaciones de salud pública, que también se hallan incluidas en el SNS, resultan fundamentales para mantener el adecuado estado de salud de la población. Es preciso comentar que el propio desarrollo normativo referente al SNS promueve esta concepción: la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios, se orientó fundamentalmente a ordenar y coordinar las actividades de la asistencia sanitaria, por lo que resultó necesario desarrollar *a posteriori*, mediante la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* las prestaciones de salud pública. En este sentido, destacar que la finalidad de la propuesta de modificación del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* que se presenta es precisamente que se visualice de forma inequívoca que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS y que éstas deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. Si ésta es la finalidad, la denominación que se propone para este anteproyecto de ley puede resultar contraproducente dado que las mayores modificaciones que se proponen hacen referencia a las		Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
prestaciones sanitarias, lo que comportará a que de nuevo la ciudadanía asocie el SNS a las actividades de carácter asistencial y hospitalario exclusivamente.		
Las propuestas de modificación que se presentan tienen por objeto garantizar la necesaria accesibilidad a las prestaciones sanitarias públicas y reforzar la gobernanza del actual modelo de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, se trata de modificaciones encaminadas a fortalecer una de las dos vertientes del SNS: la correspondiente a las prestaciones de atención sanitaria. Dado que las prestaciones de salud pública no se ven afectadas por la norma que se propone, consideramos que sería conveniente referirse a este anteproyecto de ley como "***Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión de las prestaciones de atención sanitaria del SNS***". Creemos que esta modificación es relevante ya que, de no hacerse así, se perpetuaría la concepción existente entre la ciudadanía de que el SNS abarca exclusivamente las prestaciones de atención sanitaria, cuando las actuaciones preventivas que se llevan a cabo desde las prestaciones de salud pública, que también se hallan incluidas en el SNS, resultan fundamentales para mantener el adecuado estado de salud de la población. Es preciso comentar que el propio desarrollo normativo referente al SNS promueve esta concepción: la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios, se orientó fundamentalmente a ordenar y coordinar las actividades	**Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas**	**No se acepta**. La cartera común de servicios del SNS está compuesta, entre otras, por las prestaciones de salud pública, por ello, cuando el título, y todo el articulado se refiere al Sistema Nacional de Salud, se engloba la totalidad de las prestaciones que se incluyen en la cartera. Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición. .

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de la asistencia sanitaria, por lo que resultó necesario desarrollar *a posteriori*, mediante la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* las prestaciones de salud pública. En este sentido, destacar que la finalidad de la propuesta de modificación del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* que se presenta es precisamente que se visualice de forma inequívoca que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS y que éstas deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. Si ésta es la finalidad, la denominación que se propone para este anteproyecto de ley puede resultar contraproducente dado que las mayores modificaciones que se proponen hacen referencia a las prestaciones sanitarias, lo que comportará a que de nuevo la ciudadanía asocie el SNS a las actividades de carácter asistencial y hospitalario exclusivamente.		
Las propuestas de modificación que se presentan tienen por objeto garantizar la necesaria accesibilidad a las prestaciones sanitarias públicas y reforzar la gobernanza del actual modelo de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, se trata de modificaciones encaminadas a fortalecer una de las dos vertientes del SNS: la correspondiente a las prestaciones de atención sanitaria. Dado que las prestaciones de salud pública no se ven afectadas por la norma que se propone, consideramos que sería conveniente referirse a este anteproyecto de ley como "***Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión de las prestaciones de atención sanitaria del SNS***".	**Consejo General de Colegios de Podólogos de España**	**No se acepta**. La cartera común de servicios del SNS está compuesta, entre otras, por las prestaciones de salud pública, por ello, cuando el título, y todo el articulado se refiere al Sistema Nacional de Salud, se engloba la totalidad de las prestaciones que se incluyen en la cartera. Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Creemos que esta modificación es relevante ya que, de no hacerse así, se perpetuaría la concepción existente entre la ciudadanía de que el SNS abarca exclusivamente las prestaciones de atención sanitaria, cuando las actuaciones preventivas que se llevan a cabo desde las prestaciones de salud pública, que también se hallan incluidas en el SNS, resultan fundamentales para mantener el adecuado estado de salud de la población. Es preciso comentar que el propio desarrollo normativo referente al SNS promueve esta concepción: la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios, se orientó fundamentalmente a ordenar y coordinar las actividades de la asistencia sanitaria, por lo que resultó necesario desarrollar *a posteriori*, mediante la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* las prestaciones de salud pública. En este sentido, destacar que la finalidad de la propuesta de modificación del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* que se presenta es precisamente que se visualice de forma inequívoca que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS y que éstas deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. Si ésta es la finalidad, la denominación que se propone para este anteproyecto de ley puede resultar contraproducente dado que las mayores modificaciones que se proponen hacen referencia a las prestaciones sanitarias, lo que comportará a que de nuevo la ciudadanía asocie el SNS a las actividades de carácter asistencial y hospitalario exclusivamente.		evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Las propuestas de modificación que se presentan tienen por objeto garantizar la necesaria accesibilidad a las prestaciones sanitarias públicas y reforzar la gobernanza del actual modelo de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, se trata de modificaciones encaminadas a fortalecer una de las dos vertientes del SNS: la correspondiente a las prestaciones de atención sanitaria. Dado que las prestaciones de salud pública no se ven afectadas por la norma que se propone, consideramos que sería conveniente referirse a este anteproyecto de ley como "***Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión de las prestaciones de atención sanitaria del SNS***". Creemos que esta modificación es relevante ya que, de no hacerse así, se perpetuaría la concepción existente entre la ciudadanía de que el SNS abarca exclusivamente las prestaciones de atención sanitaria, cuando las actuaciones preventivas que se llevan a cabo desde las prestaciones de salud pública, que también se hallan incluidas en el SNS, resultan fundamentales para mantener el adecuado estado de salud de la población. Es preciso comentar que el propio desarrollo normativo referente al SNS promueve esta concepción: la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios, se orientó fundamentalmente a ordenar y coordinar las actividades de la asistencia sanitaria, por lo que resultó necesario desarrollar *a posteriori*, mediante la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* las	**Universidad Politécnica de Madrid**	**No se acepta**. La cartera común de servicios del SNS está compuesta, entre otras, por las prestaciones de salud pública, por ello, cuando el título, y todo el articulado se refiere al Sistema Nacional de Salud, se engloba la totalidad de las prestaciones que se incluyen en la cartera. Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
prestaciones de salud pública. En este sentido, destacar que la finalidad de la propuesta de modificación del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* que se presenta es precisamente que se visualice de forma inequívoca que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS y que éstas deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. Si ésta es la finalidad, la denominación que se propone para este anteproyecto de ley puede resultar contraproducente dado que las mayores modificaciones que se proponen hacen referencia a las prestaciones sanitarias, lo que comportará a que de nuevo la ciudadanía asocie el SNS a las actividades de carácter asistencial y hospitalario exclusivamente.		
Las propuestas de modificación que se presentan tienen por objeto garantizar la necesaria accesibilidad a las prestaciones sanitarias públicas y reforzar la gobernanza del actual modelo de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, se trata de modificaciones encaminadas a fortalecer una de las dos vertientes del SNS: la correspondiente a las prestaciones de atención sanitaria. Dado que las prestaciones de salud pública no se ven afectadas por la norma que se propone, consideramos que sería conveniente referirse a este anteproyecto de ley como "***Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión de las prestaciones de atención sanitaria del SNS***". Creemos que esta modificación es relevante ya que, de no hacerse así, se perpetuaría la concepción existente entre la ciudadanía de que el SNS abarca	**Sociedad Española de Enfermería Neonatal**	**No se acepta**. La cartera común de servicios del SNS está compuesta, entre otras, por las prestaciones de salud pública, por ello, cuando el título, y todo el articulado se refiere al Sistema Nacional de Salud, se engloba la totalidad de las prestaciones que se incluyen en la cartera. Según las directrices de técnica normativa el nombre de la disposición es la parte del título que indica el contenido y objeto de aquella, la que permite identificarla y describir su contenido esencial. La redacción del nombre deberá ser clara y concisa y evitará la inclusión de descripciones propias de la parte dispositiva. Deberá reflejar con exactitud y

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
exclusivamente las prestaciones de atención sanitaria, cuando las actuaciones preventivas que se llevan a cabo desde las prestaciones de salud pública, que también se hallan incluidas en el SNS, resultan fundamentales para mantener el adecuado estado de salud de la población. Es preciso comentar que el propio desarrollo normativo referente al SNS promueve esta concepción: la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios, se orientó fundamentalmente a ordenar y coordinar las actividades de la asistencia sanitaria, por lo que resultó necesario desarrollar *a posteriori*, mediante la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,* las prestaciones de salud pública. En este sentido, destacar que la finalidad de la propuesta de modificación del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* que se presenta es precisamente que se visualice de forma inequívoca que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS y que éstas deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. Si ésta es la finalidad, la denominación que se propone para este anteproyecto de ley puede resultar contraproducente dado que las mayores modificaciones que se proponen hacen referencia a las prestaciones sanitarias, lo que comportará a que de nuevo la ciudadanía asocie el SNS a las actividades de carácter asistencial y hospitalario exclusivamente.		precisión la materia regulada, de modo que permita hacerse una idea de su contenido y diferenciarlo del de cualquier otra disposición.
Artículo primero. *Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Uno. Se adiciona el artículo 47. Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud		
En el artículo primero. Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, debe incorporarse el texto marco, de acuerdo con la directriz 55 de las directrices de técnica normativa "*El texto marco es el que indica las disposiciones que se modifican y cómo se produce su modificación. Deberá expresar con claridad y precisión los datos de la parte que modifica y el tipo de modificación realizada (adición, nueva redacción, supresión, etc.)*".	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta.**
El artículo primero del anteproyecto de ley pretende modificar la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En su apartado uno se procede a la adición de un nuevo artículo 47 relativo a la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud. Este artículo 47 que se propone incorporar en el proyecto, aun cuando su título se refiere Únicamente a "Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud", se refiere en su apartado 3 a la gestión de la prestación de asistencia sanitaria en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, por lo que su contenido puede afectar a la gestión de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE). Con esta nueva regulación se puede dar lugar a la reducción de los supuestos de concertación con régimen privado, aunque sin prohibirlo.	**Ministerio de Hacienda y Función Pública**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Por este motivo, resultaría conveniente la **adición de un nuevo apartado 4** con el siguiente texto o similar: "***4. Lo dispuesto en el apartado anterior de este artículo no modifica el régimen de gestión de la asistencia sanitaria de las Mutualidades administrativas, que mantendrán su régimen jurídico específico***."		
El artículo primero de la Ley pretende modificar la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En su apartado uno se procede a la adición del artículo 47 relativo a la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud. Este artículo se incorpora en esta segunda versión del proyecto normativo, en la anterior versión la finalidad del mismo se vehiculaba a través de la modificación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud que en esta ocasión se deroga íntegramente con el segundo párrafo de la disposición derogatoria única.	**Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El nuevo artículo 47 aun cuando su título se refiere únicamente a centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud, su apartado 3 se refiere a la gestión de la prestación de asistencia sanitaria en el ámbito del SNS, por lo que su contenido puede afectar a la gestión de la Mutualidad. Por ello, se ha informado desde la Mutualidad en anteriores ocasiones que este apartado 3 pretende reducir los supuestos como el nuestro de concertación con privado, aunque sin prohibirlo, por ello a MUFACE le parece conveniente y adecuado que la norma hiciese una referencia expresa a nuestro modelo, por ello habíamos propuesto que se añadiese un nuevo apartado 4 con el siguiente texto: *"Lo dispuesto en el apartado anterior de este artículo no modifica el régimen de gestión de la asistencia sanitaria de las Mutualidades administrativas, que mantendrán su régimen jurídico específico".* Hemos visto que finalmente se ha tenido en cuenta la aportación de MUFACE en la exposición de motivos que recoge de manera textual "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"		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se propone modificar la redacción del numeral Uno del artículo primero del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 47 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que quedaría así: *"Artículo 47. Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud.* *(…)* *2. 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, **incluidas las pertenecientes al tercer sector de acción social**, en los términos previstos en la presente Ley*". Justificación La importancia del tercer sector de acción social como operador relevante en las esferas sanitaria y social, sector que cuenta con regulación sustantiva propia en el ámbito del Estado (Ley 43/2015, de 9 de octubre), hace aconsejable que	**CERMI (discapacidad)**	**No se acepta**. El tercer sector se encuentra ya incluido dentro de las entidades privadas. De acuerdo al artículo 2.1 de la *Ley 43/2015, de 9 de octubre, del Tercer Sector de Acción Social*: "*Las entidades del Tercer Sector de Acción Social son aquellas organizaciones de carácter privado, surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades, que responden a criterios de solidaridad y de participación social, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos civiles, así como de los derechos económicos, sociales o culturales de las personas y grupos que sufren condiciones de vulnerabilidad o que se encuentran en riesgo de exclusión social*" La prestación de los servicios por la propia Administración se configura como la regla normal o usual, que será posible cuando la Administración disponga de los medios adecuados para llevarla a cabo. Esta regla, que obedece a una interpretación lógica del funcionamiento de la Administración Pública, es ratificada en la LCSP cuando exige, en el

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
figure expresamente citado en este precepto, para evitar su invisibilidad o dilución.		artículo 116.4 e) y f) que al expediente de contratación se justifiquen los siguientes extremos: • La necesidad de la Administración a la que se pretende dar satisfacción mediante la contratación de las prestaciones correspondientes; • Su relación con el objeto del contrato, que deberá ser directa, clara y proporcional. • En los contratos de servicios, el informe de insuficiencia de medios.
Art. 47.3 (…) el recurso excepcional a otras fórmulas de gestión habrá de contar obligatoriamente con una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario **[faltaría una coma]** *social y económico la necesidad de acudir a ellas.*	**Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**	**Se acepta.**
Pese a que la exposición de motivos de la norma sujeta a consulta refiere que la misma aspira a establecer "*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*", lo cierto es que la ambigüedad con que se aborda la redacción del artículo 47 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante, "*LGS*"), cuyos apartados primero y segundo aluden al recurso a fórmulas públicas de administración, gestión y prestación de servicios como mera posibilidad (empleando, incluso, el término "*podrá llevarse a cabo*"), entendemos puede interpretarse, y aplicarse en la práctica, como	**Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
argumento para continuar la senda privatizadora, siendo por tanto la cobertura legal que continúe otorgando carta de naturaleza a la externalización de los servicios sanitarios y sociosanitarios a través de fórmulas privatizadoras. En base a lo anterior, FACUA insta la revisión del contenido que pretende incorporarse al artículo 47 de la LGS**,** **eliminando el término preferente**, y dejando clara que la provisión será pública, a efectos de blindar la configuración y consolidación de un modelo sanitario efectivamente público, circunscribiendo la excepcionalidad en el recurso a otras fórmulas distintas de prestación exclusivamente a supuestos tasados, de forma temporal, justificada y motivada, por verse comprometido el derecho a la salud y el acceso a servicios y prestaciones sanitarias, en los casos en que pueda incurrirse en riesgo de desatención a los usuarios.		
El artículo 1, incluye una modificación de la Ley General de Sanidad que nos parece inadmisible porque favorece la privatización de los servicios sanitarios públicos ya que copia textualmente el apartado 1 del artículo único de la Ley 15/97. Solo introduce en cambios en el 3: *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. 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*	**Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a “Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa”.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sanitarios propios y demás criterios previstos en la presente Ley, que por otro lado solo incorpora como novedad la obligatoriedad de la memoria, porque la Ley General de Sanidad ya señalaba que con carácter previo a los conciertos con el sector privado *las distintas Administraciones Públicas tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios (artículo 90),* sin que haya habido control alguno ni haya servido para evitar las privatizaciones que se produjeron posteriormente y que en la inmensa mayoría de los casos no cumplían este requisito. Entendemos que la fórmula que se utiliza no cambia básicamente las condiciones que establece la Ley 15/97, sino que más bien se refuerza al introducirla como texto de la Ley General de Sanidad, y es evidente que este texto es el que ha servido para la privatización generalizada en todo el país, la referencia a la excepcionalidad y la exigencia de memoria justificativa son unos trámites que fácilmente serán sorteados por las administraciones sanitarias que tienen interés en la privatización. Estimamos que este anteproyecto de ley en su artículo uno consolida la privatización de la Sanidad Pública lo que es totalmente inaceptable e incomprensible que sea propuesto por un gobierno que se autodenomina progresista. Entendemos que este artículo debe ser retirado y/o cambiado en el sentido de garantizar la titularidad y gestión pública de todos los centros del		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sistema sanitario a la vez que establece la prohibición de la prórroga de las concesiones existentes y de su venta a terceras empresas.		
En la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se adicionan 2 artículos (47, Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud, y 90.bis, Régimen jurídico de los consorcios sanitarios), con los que se pretende facilitar el fortalecimiento del sistema sanitario público, estableciendo 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. Respecto al carácter preferente que tienen las fórmulas de gestión directa, la Ley 8/2000, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, en su artículo 21 establece, respecto del Sistema Sanitario de Castila-La Mancha, el uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de los servicios. En relación al carácter excepcional del resto de las fórmulas de gestión, la Ley autonómica no contempla esa excepcionalidad en cuanto al recurso a la colaboración de la iniciativa privada, pero sí pone de manifiesto que la implantación de este tipo de fórmulas de regirse por el principio de complementariedad (véase art. 54). Este nuevo artículo en la LGS sí que endurece el uso de estas otras modalidades de gestión, lo que podría tener una	**Consejería de Sanidad de Castilla- La Mancha**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a “Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa”.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
incidencia directa en Castilla-La Mancha donde se hace un uso frecuente de la figura del *"convenio singular de vinculación"*.		
Artículo primero. Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. A este respecto conviene recordar que, precisamente en la gestión de este tipo de servicios, la Directiva 2014/24/UE, de 26 de febrero, sobre Contratación Pública, por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE, concreta y moderniza la ordenación sobre contratación pública y posibilita nuevas fórmulas para la organización de los servicios a las personas. En su considerando 6 refiere que los Estados miembros y, en consecuencia también las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias, gozan de libertad para organizar la prestación de los servicios sociales obligatorios o de cualquier otro tipo, y aclara que los denominados "servicios no económicos de interés general" deben quedar excluidos del ámbito de aplicación de la misma; previsión que también se reitera en su considerando 114, al establecer que, para determinadas categorías de servicios (en concreto los servicios que se conocen como servicios a las personas, como ciertos servicios sociales, sanitarios y educativos) "los Estados miembros y los poderes públicos continúan teniendo libertad para prestar por si mismos esos servicios u organizarlos de	**Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
manera que no sea necesario celebrar contratos públicos, por ejemplo, mediante la simple financiación de estos servicios o la concesión de licencias o autorizaciones a todos los operadores económicos que cumplan las condiciones previamente fijadas por el poder adjudicador, sin límites ni cuotas, siempre que dicho sistema garantice una publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación". Por tanto, las instituciones comunitarias han establecido un principio de libertad de las administraciones competentes a la hora de organizar la prestación de estos servicios no económicos de interés general, con la única condición de garantizar debidamente una "publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación". De hecho, la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, ha reconocido la figura de los conciertos sociales en el ordenamiento jurídico español, concretamente en su disposición adicional cuadragésimo novena, que establece la competencia legislativa de las comunidades autónomas para emplear estos instrumentos de concertación en régimen de autorización, al margen de la normativa de contratos, para la prestación de servicios públicos destinados a satisfacer necesidades de carácter social, y por otra parte, en el		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
apartado sexto del artículo 11, excluye dichos conciertos de su ámbito de aplicación. De hecho, algunas comunidades autónomas ya han emitido normas que prevén este tipo de instrumento como forma de provisión de sus prestaciones públicas. Desde la Comunidad Autónoma de Galicia, siempre se ha dado preferencia a las fórmulas de gestión directa, sin perjuicio de la utilización puntual de otras fórmulas aceptadas en nuestro ordenamiento en sectores o ámbitos concretos. La Constitución Española ya contiene un mandato claro, en relación con la protección de la salud y el mantenimiento de un sistema público de seguridad social, que implica la existencia de una red de establecimientos de titularidad pública que deben ser gestionados directamente (con o sin atribución de personalidad jurídica, a través de cualesquiera de las formas de gestión legalmente previstas). Conforme a la doctrina constitucional (STC 213/2005, 21 de julio, FJ 3), el art. 41 del texto constitucional impone a los poderes públicos "la obligación de establecer –o mantener- un sistema protector que se corresponda con las características técnicas de los mecanismos de cobertura propios del sistema".		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Esto no excluye, en ningún caso, la colaboración de sujetos privados, puesto que la eventual cobertura del servicio público con medios ajenos no pone en duda su titularidad, que sigue siendo pública. El carácter público del sistema de Seguridad Social no queda cuestionado por la incidencia en él de fórmulas de gestión o responsabilidad privadas, de importancia relativa en el conjunto de la acción protectora de aquél (STC 37/1994, de 10 de febrero). Sin perjuicio de la preferencia y predominio de fórmulas de gestión directa de los servicios públicos, que compartimos, en nuestro ordenamiento jurídico se ha admitido y utilizado la colaboración de sujetos privados como forma de gestión indirecta de los servicios públicos sanitarios, como una excepción a la regla general de la prestación directa. La utilización de una u otra forma de gestión se configura como una potestad de autoorganización de los poderes públicos, con una amplia libertad de configuración, como ya hemos indicado anteriormente a la luz del marco de las disposiciones comunitarias antes indicadas, y sin perder un ápice de la esencia		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de las exigencias derivadas de la prestación de un servicio público y las obligaciones derivadas de tal condición: principios de universalidad, igualdad de acceso, equidad, continuidad en la prestación, transparencia y calidad, como principios configuradores de as conocidas “obligaciones de servicio público”, definidas en el Libro Blanco sobre los servicios de interés general, de 12 de mayo de 2004, Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. El Libro Blanco resalta la importancia de los servicios de interés general como pilar del modelo europeo de sociedad y la necesidad de garantizar el suministro de servicios de interés general de calidad que resulten accesibles a todos los ciudadanos y empresas de la Unión Europea. En el ámbito estrictamente sanitario, los principios del servicio público se incluyen en el artículo 2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud: *a) prestación en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando toda discriminación;* *b) aseguramiento universal y público por parte del Estado;* *c) coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud;*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
d) prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad; *e) financiación pública del Sistema nacional de Salud;* *f) igualdad de oportunidades y libre circulación de profesionales;* *g) colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados;* *h) colaboración de las oficinas de farmacia en el desempeño de la prestación farmacéutica.* A mayor abundamiento, para el Tribunal Constitucional (STC 84/2015, de 30 de abril) el impugnado art. 62 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid no pone en riesgo el reconocimiento de la naturaleza pública de la institución al habilitar al Servicio Madrileño de Salud a adjudicar los contratos para la gestión del servicio público de asistencia sanitaria especializada en ciertos hospitales madrileños. El Tribunal Constitucional añade también una serie de precisiones que condicionan dicho reconocimiento del carácter público del sistema sanitario, como son la preservación de la titularidad pública del servicio también en los casos de externalización; la definición de las prestaciones a las que tienen derecho los ciudadanos por parte de los poderes públicos; la financiación a		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
través de fondos públicos; y la garantía de los adecuados niveles de calidad, atención y derechos de los usuarios. Principios que compartimos y respetamos en el ejercicio competencial que nos es propio.		
El artículo primero del anteproyecto pretende introducir dos modificaciones en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En primer término, se introduciría un artículo 47, que en estos momentos se encuentra vacío de contenido, denominado "Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud" y un nuevo artículo 90 bis, denominado "régimen jurídico de los consorcios sanitarios". Aun cuando el anteproyecto se presente como un texto que pretende garantizar, o más aún, "blindar el sistema sanitario público" y eliminar la inclusión de nuevos sistemas de copago, la realidad es que la virtualidad práctica debe apreciarse con un alcance muy limitado, ya que la preferencia por un sistema de gestión directa y público de los servicios y prestaciones sanitarias debe enmarcarse, precisamente, **en una mera declaración de intenciones o posicionamiento en la misma línea que se encuentra ya recogido en la Ley General de Sanidad, pero en modo alguno debe ser entendido ni interpretado como prohibición o excepcionalidad extrema a la posibilidad de utilización de**	**Consejería de Salud de la Región de Murcia**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
cualesquiera otras formas de gestión indirecta de la prestación de servicios, previstas en la propia Ley, porque ello podría rozar la tacha de inconstitucionalidad e implicar también una posible invasión de competencias, por ser las comunidades autónomas, como entidades gestoras encargadas de garantizar la prestación de servicios sanitarios y asistenciales, las que deben concretar y definir en el ejercicio de su potestad de autoorganización los mecanismos e instrumentos para llevar a cabo la prestación de un servicio sanitario que, ciertamente tiene carácter público debiendo ser garantizado por las administraciones públicas sanitarias, pero sin que ello signifique que su gestión deba prestarse en exclusividad mediante gestión directa pública. Es obligado reflejar que la Ley General de Sanidad diseñó la estructura y ordenación del Sistema Nacional de Salud, configurado como la suma de los servicios de salud cuya gestión corresponde al Estado y a las Comunidades Autónomas, como el conjunto de centros, servicios y establecimientos sanitarios a través de los que se garantiza el derecho a la protección de la salud. Ciertamente la visión de esta ordenación y estructuración sanitaria se sustentaba fundamentalmente en la gestión directa de esos centros y servicios por parte de las propias Administraciones Sanitarias, sin perjuicio de que posteriormente el propio título IV de la Ley regulase el ejercicio de las actividades privadas en el ámbito sanitario, reconociendo, como no podía ser		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de otro modo, la libre iniciativa de las empresas privadas, y específicamente regulando la vinculación de los hospitales generales de carácter privado mediante convenios singulares (artículos 66 y 67 LGS), y también la posibilidad de establecer conciertos para la prestación del servicio sanitario con medios ajenos, dando prioridad a los establecimientos, centros y servicios sin carácter lucrativo (artículo 90). Posteriormente, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, heredera a su vez del Real Decreto Ley 10/1996, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Insalud, introdujo la previsión para ampliar y habilitar la posibilidad de utilizar nuevas formas de gestión para la prestación de los servicios sanitarios. A tal efecto, estableció que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios podía llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho; entre otras formas jurídicas, la gestión a través de entes interpuestos dotados de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones -en los mismos términos a las ya creadas- u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico. Con posterioridad en el año 2014, se introdujo una modificación puntual en esta Ley de 1997 sobre nuevas formas de gestión sanitaria, incorporando una		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
disposición adicional única con la finalidad de regular específicamente el régimen jurídico de los consorcios sanitarios. Pues bien, las dos modificaciones de la Ley General de Sanidad propuestas por el anteproyecto pretenden en esencia incorporar el contenido del artículo único y la disposición adicional de la citada Ley 15/1997, de 25 de abril, al propio articulado de la Ley General de Sanidad. En sí, esta previsión integradora puede considerarse razonable, si bien es necesario indicar que la incorporación incluye un párrafo añadido sobre el que conviene hacer una serie de puntualizaciones. Efectivamente, el artículo 47 que se pretende introducir, adicionaría un párrafo tercero del siguiente tenor literal: "*3. 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. 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*."		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En realidad, este apartado tiene un carácter más de enunciado programático o declaración de intenciones que de previsión reguladora efectiva. Partiendo de la premisa de que, en efecto, la Ley General de Sanidad configuró un Sistema Nacional de Salud sustentado fundamentalmente en la gestión directa de las prestaciones y servicios sanitarios por parte de las propias administraciones públicas sanitarias, lo que se corresponde con la realidad habitual en el conjunto de Comunidades Autónomas y ciudades con estatuto de autonomía y de modo especial en nuestra Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Ahora bien, la inclusión de esta previsión de preferencia en los términos redactados no va a favorecer la claridad ni la seguridad jurídica, ya que la redacción genérica y ambigua de este apartado que condiciona la utilización excepcional de otras formas de gestión a contar con "*una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario social y económico la necesidad de acudir a ellas*" se aprecia como un concepto jurídico indeterminado sujeto a interpretación que únicamente puede servir para generar controversia jurídica cuando no judicial, al margen de desconocer o ignorar una realidad que está siendo utilizada por numerosas comunidades autónomas. Ciertamente, cualquier administración sanitaria que advierta la necesidad de utilización de fórmulas de gestión indirecta a través de la creación o utilización de medios de gestión indirecta como las empresas públicas sanitarias, fundaciones sanitarias etc. o, en su caso, mediante el establecimiento de líneas de colaboración con el sector sanitario privado, está obligada a realizar un		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
estudio previo y en profundidad de las implicaciones presupuestarias, sanitarias y de personal que comporta esta previsión. Por otra parte, la previsión de preferencia en favor de la gestión directa pública no puede suponer la supresión o eliminación absoluta del establecimiento de vías de colaboración con las empresas sanitarias privadas, no sólo porque podría suponer una vulneración de principios constitucionales e incluso comunitarios, sino también porque iría en contra de la propia Ley que recoge también la posibilidad de realización de convenios singulares con hospitales del ámbito privado o el establecimiento de conciertos con empresas sanitarias del sector. Además, no puede obviarse que son las administraciones sanitarias gestoras, en el marco de los principios básicos estatales, a las que les corresponde determinar qué instrumentos y medios son los más adecuados, en función de sus peculiaridades, para garantizar las prestaciones y servicios sanitarios y ello en virtud de la competencia de autoorganización que corresponde en exclusividad a cada Comunidad Autónoma. **Por todo ello, sin perjuicio de que se valore o no mantener el término "preferente" para referirse al modo de gestión directo con medios propios por parte de las administraciones sanitarias, lo que sí debería en todo caso**		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
eliminarse es el citado inciso final relativo a su utilización como recurso excepcional vinculado a una memoria social, sanitaria y de personal.		
Artículo primero. Uno, por el que se adiciona el artículo 47 a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. **Se propone suprimir el apartado 3 del artículo 47 adicionado a la LGS mediante el artículo primero Uno del Anteproyecto de ley.** El apartado 3 del nuevo artículo 47 que, bajo el título *Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del SNS,* establece lo siguiente: *3. 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. 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."*	**Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Cataluña**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Esta previsión no encuentra, claramente, cobertura en el título competencial ex artículo 149.1. 1ª ni tampoco en el título de coordinación de la sanidad. En lo que concierne las bases, este redactado no se corresponde con un mínimo homogéneo necesario para estructurar el sistema de salud en aras a asegurar la efectividad del derecho a la protección de la salud. Por el contrario, se trata de un exceso regulatorio que supone una intromisión en las competencias autonómicas en materia sanitaria, de desarrollo y ejecución de las bases estatales, así como de las potestades organizativas de los centros y servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. La normativa básica estatal puede condicionar el ejercicio de las competencias autonómicas, pero no puede llegar a eliminar el principio de autonomía. Esta es una concepción consubstancial al Estado autonómico, que supone necesariamente una diversidad de regímenes jurídicos ya que la autonomía significa la capacidad de adoptar políticas públicas, en el marco de la CE y del EA correspondiente. La Generalitat de Catalunya, a estos efectos y conforme al artículo 162.1 del Estatuto de Autonomía (EAC) ostenta competencias exclusivas sobre la organización y el funcionamiento interno, la evaluación, la inspección y el control de los centros sanitarios. Asimismo, conforme al artículo 162.3 del EAC ostenta competencias compartidas en ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de las prestaciones y los servicios		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sanitarios, sociosanitarios y de salud mental de carácter público a todos los niveles y per a todos los ciudadanos (letra b) y en planificación de los recursos sanitarios de cobertura pública y la coordinación de las actividades sanitarias privadas con el sistema sanitario público (letra d). Como ha establecido la STC 31/2010, de 28 de junio, en su FJ 102, el carácter exclusivo de la competencia del artículo 162.1 del EAC si bien no puede impedir al Estado el ejercicio de las competencias constitucionalmente reservadas, difícilmente la competencia estatal sobre bases y coordinación general de la sanidad puede alcanzar la organización y el funcionamiento interno de los servicios sanitarios ya que la potestad de autoorganización refuerza la competencia autonómica. En relación con la organización y el funcionamiento de los centros sanitarios opera con la máxima intensidad la competencia asumida en esta materia per la Comunidad Autónoma (STC 50/1999, FJ 3). La introducción del apartado 3 del nuevo artículo 47 de la LGS confrontaría, sin amparo constitucional según se ha expuesto, el sistema sanitario catalán implantado desde ya antes de su reconocimiento en la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Catalunya (en adelante, la LOSC), con la creación de la red hospitalaria de utilización pública el año 1985,y que se caracteriza por diferenciar la responsabilidad de las prestaciones sanitarias públicas, que se atribuye al Servicio Catalán de la Salud, de la provisión de dichos		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
servicios, que corresponde, con carácter estable, a los centros integrantes del Sistema sanitario integral de utilización pública (en adelante, el SISCAT), de titularidad pública y privada. Los centros privados se adscriben funcionalmente al Servicio Catalán de la Salud para la coordinación adecuada de todo el dispositivo sanitario de cobertura pública. Los centros del SISCAT están sujetos a unas condiciones y procedimiento de inclusión y a unos estándares de calidad; asimismo, una vez integrados, las entidades y los organismos que ostentan la titularidad y gestión de dichos centros han de adecuar la gestión de los servicios a las directrices generales y los criterios de actuación que establezca el Servicio Catalán de la Salud y quedan sometidos, en los términos establecidos en el Capítol 4 de la LOSC, a controles en materia de gestión y contabilidad, de verificación del cumplimiento de las normas sanitarias, administrativas, económicas y estructurales que sean aplicables y de las directrices y criterios de actuación establecidos. Con el objetivo de avanzar en la concepción integral e integrada del sistema sanitario dicho sistema ha evolucionado hasta la regulación actual con unas redes articuladas en función de los servicios que prestan (internamiento, servicios comunitarios y de transporte sanitario) pero de 1986, primero, y, posteriormente, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En ningún caso está justificado en el objetivo de reforzar la equidad, universalidad y cohesión del sistema una involución de la norma básica que, invadiendo competencias autonómicas de autorganización de los servicios, ponga en jaque un sistema que ha permitido, por un lado, un marco estable de entidades proveedoras de servicios asistenciales, con independencia de su naturaleza, el aprovechamiento y optimización de las infraestructuras de recursos existentes, y por otro lado, la consolidación de alianzas estratégicas entre las entidades proveedoras de servicios asistenciales, lo cual ha repercutido en la satisfacción de la ciudadanía con el sistema, ya que se han visto favorecidos el *contínuum*asistencial y la potenciación de la relación entre el personal facultativo y los pacientes. Y que responde al principio de eficacia, eficiencia en la gestión de servicios públicos. Por otra parte, el carácter de servicio público no resulta desvirtuado por la utilización de fórmulas de gestión directa o indirecta. El Anteproyecto de ley establece que sea preferente la gestión directa i además la limita a que sea de carácter público; es decir, parece que vendría a considerar también subsidiaria fórmulas de gestión directa que no estén sometidas íntegramente al derecho público. Esto resultaría contradictorio con las fórmulas de gestión directa que recoge la Ley de ordenación sanitaria de Catalunya, ja que expresamente indica que la gestión directa sea por medio de los órganos o los organismos que sean competentes o puedan crearse a este efecto; añadiendo la posibilidad de crear		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
empresas públicas, que sin dejar de considerarse una fórmula de gestión directa, están sujetas al derecho privado en determinados aspectos (no obstante, gran parte de la normativa sectorial de contratación o presupuestaria las sujeta a normas de derecho público).		
Solicita la supresión del apartado 3 del artículo 47 de la modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que prevé el Anteproyecto de ley sometido al período de información pública, y la eliminación en el preámbulo de dicho Anteproyecto de ley del párrafo que lo justifica. Justificación La regulación del nuevo artículo 47 de la Ley General de Sanidad invade las competencias de las comunidades autónomas (CCAA) que tienen transferida la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios, al amparo de las competencias atribuidas a las mismas en sus respectivos estatutos de autonomía, al amparo de los artículos 148.1.21 y 149.1.16 de la Constitución, preceptos en virtud de los cuales corresponden al Estado las bases, la coordinación general y la Alta Inspección de la sanidad interior, y a las CCAA el desarrollo legislativo y la ejecución (o gestión) de los servicios y prestaciones sanitarios. Por todos, es de destacar el artículo 162 del Estatuto de Autonomía de Catalunya de 2006, que atribuye a la Generalitat de Catalunya, en materia de sanidad y salud pública, la competencia exclusiva sobre la organización, el	**Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa (ACEBA)**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
funcionamiento interno, la evaluación, la inspección y el control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios. Por tanto, corresponde a las CCAA, en el ámbito de sus respectivas competencias, determinar las formas jurídicas para la prestación y la gestión de los centros y los servicios sanitarios y sociosanitarios que estimen más oportunas, en el bien entendido que dicha prestación y gestión podrá llevarse a cabo con medios propios (gestión directa) o mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas (gestión indirecta), según reza el apartado 2 del mismo artículo 47 de la LGS propuesto, por lo que resulta abiertamente contrario a la Constitución y a los Estatutos de Autonomía de las CCAA el apartado 3 de este mismo precepto, además de incongruente con su apartado 2, al establecer, con carácter básico, una preferencia a favor de la gestión directa, conforme a la disposición final primera de esta Ley y, por tanto, imponiéndose al libre ejercicio por las CCAA de la competencia de ejecución de los servicios y prestaciones sanitarios que les atribuye el bloque de la constitucionalidad. A este respecto, huelga decir que el escrupuloso respeto al marco competencial del Estado y de las CCAA establecido en la Constitución y en los Estatutos de Autonomía (bloque de la constitucionalidad), según la interpretación dada al mismo por el Tribunal Constitucional en sus Sentencias 32/1983, Fundamento		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Jurídico 2º; 42/1983, Fundamento Jurídico 2º; 87/1985, Fundamento Jurídico 2º; 22/2012, Fundamento Jurídico 3º, y 33/2017, Fundamento Jurídico 4º, entre otras, es la base sobre la que se ha fundado el pacto entre las fuerzas políticas y las instituciones que hizo posible la aprobación en sede parlamentaria de la Ley General de Sanidad, por lo que la aprobación de esta Ley en los términos de su Anteproyecto quiebra el modelo de Sistema Nacional de Salud (Sistema de Servicios de Salud autónomos) que resulta de aquel pacto, quebrando el propio Sistema Nacional de Salud, que constituye uno de los pilares básicos de nuestro Estado del Bienestar. Por lo demás, la redacción del apartado 3 del artículo 47 de la Ley General de Sanidad obedece sin duda a la mala experiencia del modelo concesional para la construcción y gestión de hospitales públicos, desarrollado por la Generalitat Valenciana y la Comunidad Autónoma de Madrid. 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. Existe una diversidad de fórmulas de colaboración: los conciertos con entidades sin ánimo de lucro, los convenios (en caso de hospitales privados, los convenios singulares de vinculación al Sistema Nacional de Salud), los contratos de servicios regulados por la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP) y, desde la entrada en vigor de dicha Ley, los conciertos sociales concebidos como instrumentos no contractuales excluidos de la LCSP, y las subvenciones.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Estas otras fórmulas de colaboración de las administraciones públicas con entidades privadas, con preferencia respecto de aquellas sin ánimo de lucro, tienen un arraigo histórico en el desarrollo de Sistema Nacional de Salud, especialmente en Catalunya. Es por ello que el apartado 3 del artículo 47 de la Ley General de Sanidad que recoge el Anteproyecto de Ley objeto de análisis pone en jaque la actual configuración del Sistema de Salud de Catalunya, integrado por un contingente importante de entidades de Economía Social y sin ánimo de lucro que, con una marcada vocación de servicio público, proveen servicios y prestaciones y sociosanitarios financiados públicamente desde tiempos inmemoriales, y cuya pervivencia habría que poner en entredicho como consecuencia de la aplicación del precepto de referencia, haciendo además inviable la prestación del servicio sanitario público en Catalunya. Por otra parte, el establecimiento de las fórmulas de gestión directa de carácter público como fórmulas de gestión preferente para la provisión de los servicios sanitarios y sociosanitarios no se articula en la Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público, contrariamente a lo que se afirma en el preámbulo del Anteproyecto que nos ocupa, más bien al contrario, aquella ley requiere a los poderes adjudicadores que respeten el principio de estabilidad presupuestaria		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
y actúen en orden a la consecución de sus fines institucionales de acuerdo con los principios de necesidad, idoneidad y eficiencia. Además, la Ley de Contratos del Sector Público reproduce la Directiva europea 2014/24, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública, que da libertad a los estados miembros para regular mecanismos extracontractuales en las relaciones de las administraciones públicas con entidades privadas en orden a la prestación de servicios de atención a las personas y respeta, como no puede ser de otro modo, las previsiones de los artículos 74 a 77 de la referida Directiva que facultan ampliamente a los estados miembros y a los poderes subestatales con competencias plenas en la materia para regular los contratos de servicios a las personas (sanitarios, sociales y educativos, etc.) con sumisión exclusivamente a los principios de transparencia e igualdad y no discriminación. Así, el art. 11.6 Ley de Contratos del Sector Público transpone de forma literal la Directiva europea de contratación pública abriendo la puerta a que la prestación de servicios de atención a las personas quede excluida de la legislación sobre contratos públicos, y el artículo 312 de misma Ley reconoce determinadas especialidades a los contratos de servicios que conllevan prestaciones directas a la ciudadanía. En la misma línea, la disposición adicional 49ª de la Ley de Contratos del Sector Público habilita a las CCAA para que, en el ejercicio de las competencias que		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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 y, en el marco de los contratos, la disposición adicional 48ª de la misma Ley reserva ciertos contratos sociales, culturales y de salud (entre los que se incluyen los relativos a la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios) a las entidades de Economía Social, cualquiera que sea su forma jurídica, con una duración máxima de tres años, no susceptible de reiteración.		
Supresión del apartado 3 del artículo 47 de la modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que prevé el Anteproyecto de ley sometido al período de información pública, y la eliminación en el preámbulo de dicho Anteproyecto de ley del párrafo que lo justifica. 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 instrumenta en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, 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.	**Associació Catalana d'entitats de Salut (ACES)**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Asimismo, la LCSP reproduce la Directiva europea sobre contratación pública, que da libertad a los estados miembros para regular mecanismos extracontractuales a fin de relacionarse las administraciones públicas con entidades privadas para la prestación de servicios de atención a las personas. El art. 11.6 LCSP reproduce literalmente esta Directiva y abre la puerta a que quede excluida de la legislación sobre contratación pública la prestación de servicios de atención a las personas. La disposición adicional 49ª LCSP habilita a las Comunidades Autónomas (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 a las CCAA, en lo que se ha venido en llamar acción concertada social, que la mayoría de éstas ha regulado mediante leyes autonómicas y forales. El articulado del apartado tercero del artículo 47 obedece sin duda a la experiencia del modelo concesional para la construcción y gestión de hospitales públicos, con o sin personal sanitario, desarrollado por las CCAA valenciana y madrileña. Pero olvida que la colaboración públicoprivada para la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios no queda circunscrita a ese modelo de		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
concesión administrativa. Existen diversidad de fórmulas de colaboración no siempre bien delimitadas las unas de las otras: los conciertos con entidades sin ánimo de lucro, los convenios (en caso de hospitales privados, los convenios singulares de vinculación al SNS), los contratos de servicios regulados por la LCSP y, desde la entrada en vigor de la LCSP y de las diversas leyes autonómicas que desarrollan la Directiva europea sobre contratación pública, 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 sin 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 apartado 3 del nuevo artículo 47 LGS invade las competencias de CCAA que tienen traspasada la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios, reguladas en sus respectivos estatutos de autonomía. Por todos el artículo 162 del Estatuto de Autonomía de Catalunya de 2006, que atribuye a esta CCAA, en materia de sanidad y salud pública, la competencia exclusiva sobre la organización, el funcionamiento interno, la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
evaluación, la inspección y el control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios. Como establece el apartado 2 del artículo 47 propuesto: corresponde a las CCAA, en el ámbito de sus competencias, determinar cómo se han de llevar a cabo la prestación y gestión de los servicios sanitarios y que dicha gestión puede ejecutarse con medios propios (gestión directa) o mediante convenios o contratos con entidades públicas o privadas. En el caso de Cataluña, con preferencia para las entidades sin ánimo de lucro, que se adscriben funcionalmente al Servei Català de la Salut. Huelga decir que el escrupuloso respeto al marco competencial del Estado y de las CCAA, establecido en la Constitución y en los Estatutos de Autonomía, fue la base sobre la cual se fundó el pacto entre las fuerzas políticas y las instituciones que hizo posible la aprobación en sede parlamentaria de la LGS, por cuyo motivo la aprobación de este Anteproyecto de ley en los términos que se nos propone quiebra el Sistema Nacional de Salud que resultó de aquel pacto, que constituye uno de los pilares básicos del Estado del Bienestar, y pone en peligro el Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Catalunya (SISCAT).		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Supresión del apartado 3 del artículo 47 de la modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que prevé el Anteproyecto de ley sometido al período de información pública, y la eliminación en el preámbulo de dicho Anteproyecto de ley del párrafo que lo justifica. 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 instrumenta en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, 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 sobre contratación pública, que da libertad a los estados miembros para regular mecanismos extracontractuales a fin de relacionarse las administraciones públicas con entidades privadas para la prestación de servicios de atención a las personas. El art. 11.6 LCSP reproduce literalmente esta Directiva y abre la puerta a que quede excluida de la legislación sobre contratación pública la prestación de servicios de atención a las personas.	**Associació Cercle de Salut**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a “Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa”.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La disposición adicional 49ª LCSP habilita a las Comunidades Autónomas (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 a las CCAA, en lo que se ha venido en llamar acción concertada social, que la mayoría de éstas ha regulado mediante leyes autonómicas y forales. El articulado del apartado tercero del artículo 47 obedece sin duda a la experiencia del modelo concesional para la construcción y gestión de hospitales públicos, con o sin personal sanitario, desarrollado por las CCAA valenciana y madrileña. Pero olvida que la colaboración públicoprivada 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 las unas de las otras: los conciertos con entidades sin ánimo de lucro, los convenios (en caso de hospitales privados, los convenios singulares de vinculación al SNS), los contratos de servicios regulados por la LCSP y, desde la entrada en vigor de la LCSP y de las diversas leyes autonómicas que desarrollan la Directiva europea sobre contratación pública, los conciertos sociales concebidos como instrumentos no contractuales excluidos de la LCSP, y las subvenciones.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Estas otras fórmulas de colaboración de las administraciones públicas con entidades privadas, con preferencia hacia aquellas sin 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 apartado 3 del nuevo artículo 47 LGS invade las competencias de CCAA que tienen traspasada la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios, reguladas en sus respectivos estatutos de autonomía. Por todos el artículo 162 del Estatuto de Autonomía de Catalunya de 2006, que atribuye a esta CCAA, en materia de sanidad y salud pública, la competencia exclusiva sobre la organización, el funcionamiento interno, la evaluación, la inspección y el control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios. Como establece el apartado 2 del artículo 47 propuesto: corresponde a las CCAA, en el ámbito de sus competencias, determinar cómo se han de llevar a cabo la prestación y gestión de los servicios sanitarios y que dicha gestión puede ejecutarse con medios propios (gestión directa) o mediante convenios o contratos con entidades públicas o privadas. En el caso de Cataluña, con		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
preferencia para las entidades sin ánimo de lucro, que se adscriben funcionalmente al Servei Català de la Salut. Huelga decir que el escrupuloso respeto al marco competencial del Estado y de las CCAA, establecido en la Constitución y en los Estatutos de Autonomía, fue la base sobre la cual se fundó el pacto entre las fuerzas políticas y las instituciones que hizo posible la aprobación en sede parlamentaria de la LGS, por cuyo motivo la aprobación de este Anteproyecto de ley en los términos que se nos propone quiebra el Sistema Nacional de Salud que resultó de aquel pacto, que constituye uno de los pilares básicos del Estado del Bienestar, y pone en peligro el Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Catalunya (SISCAT).		
Se propone modificar la redacción del numeral Uno del artículo primero del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 47 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, porque **entendemos que esta redacción deja abierta la puerta a la privatización de los servicios que prestan la sanidad, por lo que proponemos una redacción que establezca límites y garantías a la prestación de un derecho esencial para las personas**.	**Plataforma del Tercer Sector**	**No se acepta**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a “Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa”.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Asimismo, se propone modificar la redacción del numeral Uno del artículo primero del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 47 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que quedaría así: "*Artículo 47. Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud.* *(…)* *2. 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, **incluidas las pertenecientes al tercer sector de acción social**, en los términos previstos en la presente Ley*". Justificación La importancia del tercer sector de acción social como operador relevante en las esferas sanitaria y social, sector que cuenta con regulación sustantiva propia en el ámbito del Estado (Ley 43/2015, de 9 de octubre), hace aconsejable que		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
figure expresamente citado en este precepto, para evitar su invisibilidad o dilución.		
Alternativa 1: Se propone suprimir el apartado 3 del nuevo artículo 47 de la Ley General de Sanidad, cuyo texto se recoge en el apartado Uno del artículo Primero del Anteproyecto. En su momento tanto la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* como posteriormente la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* establecieron el marco común para garantizar la equidad del sistema, desplegando las competencias que correspondían al Estado, preservando el marco competencial autonómico y estableciendo los ámbitos de colaboración entre ambos niveles de la administración. En este sentido y de manera clara en la **exposición de motivos de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** se recoge literalmente "*La primera aportación de la ley al nuevo modelo es la definición de aquellos ámbitos en que es precisa la colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas. En estos ámbitos se define un núcleo común de actuación del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de salud que lo integran. Sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas de gestión y prestación de servicios consubstancial a un Estado descentralizado, se pretende que la*	**Unió Catalana d'Hospitals, Asociación de entidades sanitaria y sociales**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
atención al ciudadano por los servicios públicos sanitarios responda a unas garantías básicas y comunes". El Anteproyecto, con la modificación que se pretende de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad supone **una clara involución del esquema competencial** que recoge la Constitución en materia de sanidad y que responde al modelo descentralizado del Estado de las autonomías. Efectivamente, el Anteproyecto establece en su Disposición Final Primera que el **título competencial** sobre la base del cual se dicta esa norma se sustenta en los artículos **149.1.1.ª y 149.1.16.ª de la Constitución Española.** Dichos artículos establecen, entre el listado de materias sobre las que el Estado tiene competencia exclusiva, las siguientes: *1.ª La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales* y *16.ª Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.* • En relación con el artículo **149.1.1ª**, no genera especial duda que **la determinación de las diferentes fórmulas de gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud** (dispositivos de		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
gestión pública directa, entidades de derecho público, entidades privadas) **no forman parte del perímetro de las condiciones básicas para el ejercicio de derechos constitucionales** de los españoles. Sin duda este título competencial resulta aplicable a otros artículos del Anteproyecto, como son medidas dirigidas a eliminar copagos sanitarios o permitir el acceso a la asistencia sanitaria de los ciudadanos españoles residentes en el extranjero. • El segundo título competencial invocado en el Anteproyecto (artículo **149.1.16ª** de la Constitución) es el que se desarrolla, nuevamente de forma parca, en la MAIN ("*Fundamento Jurídico y Rango normativo*"), cuando nuevamente parece estar refiriéndose a las previsiones del Anteproyecto a partir del artículo segundo, y explicitando que dicho título competencial "*no solo atribuye al Estado la competencia exclusiva para determinar la legislación básica y la coordinación general de la sanidad, sino que, lógicamente, también le exige preservar la existencia de un sistema normativo nacional, que sea unívoco y que enarbole una regulación uniforme en materia de protección de la salud con vigencia en toda España".* En este sentido el Tribunal Constitucional, en múltiples sentencias (citamos por todas la del Pleno de 1 de marzo de 2017) desmiente dicha afirmación. Efectivamente, el alto tribunal establece que el artículo 149.1.16ª atribuye al Estado competencia exclusiva en las "bases y coordinación general de la sanidad", entendiendo por **bases** *los principios normativos generales que informan u ordenan una determinada materia, constituyendo, en definitiva, el marco o denominador común de necesaria vigencia en el territorio nacional. Lo básico es, de esta forma, lo esencial, lo nuclear, o lo imprescindible de una*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
materia, en aras de una unidad mínima de posiciones jurídicas (…) sin perjuicio, bien de las normas que sobre la materia puedan dictar las Comunidades Autónomas en virtud de sus respectivas competencias. Y entendiendo por **coordinación general** *la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían respectivamente la realidad misma del sistema*. Resulta esta visión del Tribunal Constitucional divergente de lo que podemos leer en la MAIN, cuando, como ya hemos dicho más arriba, afirma que la competencia exclusiva del estado en determinar las bases y coordinación general de la sanidad permite establecer al Estado un sistema normativo *que sea univoco y que enarbole una regulación uniforme en materia de protección de la salud.* Sin duda la redacción de la MAIN en este apartado se refiere a los artículos segundo y siguientes del Anteproyecto. Y ello no solo porque las fórmulas de gestión no forman parte de *lo nuclear* del SNS, ni afecten a las partes necesarias para permitir el encaje de partes de un sistema, sino porque a diferencia del resto de materias que trata el Anteproyecto, **las fórmulas de gestión del SNS no se hallan recogidas en el detalle de la distribución competencial que efectúa la propia Ley General de Sanidad en sus artículos 38, 39 y 40**. Efectivamente,		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
no hay referencia alguna, entre las competencias exclusivas del Estado en materia de sanidad ni entre las actuaciones que la Administración del estado desarrollará "*sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas*", al establecimiento de reglas (básicas o no) relativas a los modelos o fórmulas de gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios del SNS. Asimismo la **Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, (cuya exposición de motivos ya hemos citado) al determinar el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, respeta las competencias de las CCAA en materia sanitaria y deja al margen todo lo referido al modelo o fórmulas de gestión del SNS, limitando dicha coordinación en concreto a las prestaciones sanitarias, la farmacia, los profesionales, la investigación, los sistemas de información, la calidad del sistema sanitario, los planes integrales, la salud pública y la participación de ciudadanos y profesionales (artículo 5). En esta línea, y en el caso de Catalunya, la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña contempla claramente en su artículo 162.1 que *corresponde a la Generalitat, en materia de sanidad y salud pública, la competencia exclusiva sobre la organización y el funcionamiento*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
interno, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Por lo tanto, entendemos razonada suficientemente la **dudosa legalidad de acuerdo con el régimen competencial** establecido en la constitución del artículo Primero del Anteproyecto. Efectivamente, el artículo Primero del Anteproyecto incorpora un planteamiento legislativo que **no concuerda con la realidad del SNS, ni recoge la diversidad de organización de la provisión en los servicios sanitarios del sistema público de salud de CCAA que históricamente, desde hace más de un siglo, se basan en un sistema de concertación**, por la insuficiente inversión en infraestructuras y equipamientos sanitarios y que **han logrado estabilizar una red de provisión del sistema público de salud mixta**, comprometida socialmente y con las políticas públicas, transparente en resultados, y apreciada por los profesionales y ciudadanos perfectamente conscientes, unos y otros, de trabajar para y ser atendidos por el sistema nacional de salud. Pero la inoportunidad no proviene exclusivamente de la falta de reflejo con la realidad de la organización de las fórmulas de gestión existentes en el SNS, sino también por la ausencia del llamado principio de realidad, de reconocimiento		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
del contexto actual: los efectos de la pandemia han puesto (y siguen poniendo) de manifiesto una dicotomía grave entre las **necesidades crecientes y los recursos limitados.** Ante este escenario no es oportuno incorporar **elementos normativos que actúen como palanca de exclusión de esfuerzos, recursos y conocimiento** que deben sumar, desde la gobernanza pública, en el marco de un SNS que garantiza una sanidad de cobertura pública de calidad para todos.		
Alternativa 2: Eliminar el artículo primero Anteproyecto, así como su Disposición derogatoria única en lo que se refiere a la derogación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.	**Unió Catalana d'Hospitals, Asociación de entidades sanitaria y sociales**	**No se acepta**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa". Asimismo, no se acepta la no derogación de la *Ley 15/1997, de 25 de abril*, dado que no sería compatible con el texto propuesto.
Alternativa 3: Modificar el redactado del artículo primero, apartado Uno del Anteproyecto con el siguiente redactado:	**Unió Catalana d'Hospitals, Asociación de entidades sanitaria y sociales**	**No se acepta**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Artículo primero. Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad *Uno. Se adiciona el artículo 47, en los siguientes términos:* *"Artículo 47. Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud.* ***Las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus competencias en materia de organización, gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud, y siempre garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, podrán establecer modelos basados en la gestión pública directa, la creación de cualesquiera entidades de naturaleza y titularidad pública admitidas en derecho y mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas.***"		
Alternativa 4: Finalmente, y en defecto de las propuestas de redactado anteriores, se propone modificar el apartado 3 del nuevo artículo 47 de la Ley General de Sanidad, cuyo texto se recoge en el apartado Uno del artículo Primero del Anteproyecto, en los siguientes términos:	**Unió Catalana d'Hospitals, Asociación de entidades sanitaria y sociales**	**No se acepta.** Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Artículo primero. *Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.* *Uno. Se adiciona el artículo 47, en los siguientes términos:* *"Artículo 47. Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud* *(...)* *3.* ***La determinación de las fórmulas para la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios del Sistema Nacional de Salud corresponde a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas en sus respectivos territorios, que deberán establecerlas con plena garantía de su condición de servicio público y de los principios que lo informan recogidos en esta ley, así como asegurando la óptima utilización de los recursos sanitarios propios****."*		
El apartado 3, del artículo 47, recoge que "*la prestación y gestión de los servicios sociosanitarios se llevará a cabo preferentemente mediante la fórmula de gestión directa de carácter 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, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios y demás criterios previstos en la presente Ley*". Teniendo en cuenta que tanto la sanidad como la prestación social, son competencias	**Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias**	**No se acepta**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
descentralizadas en las Comunidades Autónomas y que, cada una de ellas ha optado por compartir o diferenciar ambos componentes – sanitario/social -, pueden producirse inequidades en el acceso derivadas de la capacidad presupuestaria para establecer dicho tipo de convenios.		
Artículo primero. *Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* *"3. 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. 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."* La inclusión de los términos "preferentemente" y "recurso excepcional" consideramos que no supone ningún cambio sustancial respecto a la situación actual ya que se sigue permitiendo la utilización de "nuevas formas de gestión", a pesar de que en la Disposición derogatoria única de este anteproyecto de ley se deroga la *Ley 15/97, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud*. Por tanto, se queda en una simple	**Sindicato de Enfermería (SATSE)**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
declaración de intenciones sin cambios reales que de manera efectiva puedan limitar otras fórmulas de gestión.		
Sobre la preferencia por la gestión directa y la necesidad de una memoria justificativa para la utilización de formas de gestión indirecta. El Proyecto de Ley sometido a audiencia pública introduce en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, una preferencia por la gestión directa de los servicios sanitarios y sociosanitarios, así como la obligación de obtener una memoria justificativa en caso de recurrir a fórmulas de gestión indirecta. A nuestro juicio, esta nueva previsión normativa colisiona con otros preceptos actualmente vigentes, como el artículo 7 de la propia Ley General de Sanidad que indica que "*los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad*". En virtud de dicho artículo, la Administración Sanitaria debe, en todo momento, guiar su actuación en base a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad. Por ello, resulta contradictoria e inoportuna una disposición	**Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)**	**No se acepta.** Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
normativa que establezca una prioridad por una fórmula concreta de gestión -en este caso, la directa-, en tanto que esta no siempre será la forma más eficaz, rápida, económica y flexible, debiendo estar al caso concreto en cada una de las decisiones que se tome por parte de las administraciones sanitarias. Otra disposición fundamental que debe guiar la actuación de la Administración sanitaria es el artículo 7.3 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, que hace referencia al principio de eficiencia en la asignación y utilización de los recursos públicos: "*las disposiciones legales y reglamentarias, en su fase de elaboración y aprobación, los actos administrativos, los contratos y los convenios de colaboración, así como cualquier otra actuación de los sujetos incluidos en el ámbito de aplicación de esta Ley que afecten a los gastos o ingresos públicos presentes o futuros, deberán valorar sus repercusiones y efectos, y supeditarse de forma estricta al cumplimiento de las exigencias de los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.*" Así, al amparo de este precepto, tampoco resulta coherente establecer una prioridad hacia una fórmula de gestión concreta junto a la obligación de justificar únicamente la utilización de otras fórmulas, ya que, en realidad, la Administración debe valorar, siempre y en todos los casos, la repercusión y		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
efectos de cualquier decisión que afecte a los gastos o ingresos públicos presentes o futuros. En base a ello, si lo que se pretende es garantizar la oportunidad y adecuación en la elección de fórmulas de gestión de servicios sanitarios, la administración sanitaria debería justificar cada una de sus decisiones, con independencia de que opte por la gestión directa o indirecta. De no ser así, el legislador estaría prejuzgando como más eficiente una fórmula de gestión frente al resto, pese a que, como es lógico, es necesario realizar un análisis individual para poder valorar cual es la fórmula de gestión más adecuada en cada caso.		
Sobre el artículo primero. 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	**Asociación de Economía de la Salud (AES)**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa". Por otra parte, no es objeto de esta norma abordar el modelo de las mutualidades de funcionarios.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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 AES[1] 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 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 Catalá de la Salut* concierta la asistencia a cambio de una cápita, muestran resultados positivos[3] 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.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Otro trabajo reciente[4] sugiere que una mayor eficiencia tiende a asociarse a un marco flexible de regulación y gestión, alejado de las limitaciones autoimpuestas[5] 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 clínica[6]. 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 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		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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 democrática[8]. 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 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 formula preferida queda manifiestamente desequilibrada.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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*." Porqué 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". 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 pleonasmo. Economía y Salud 19 abril, 2021 (disponible en http://www.aes.es/blog/2021/04/19/colaboracion-publico-privada-en-sanidad-		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
tambien-para-que-gestion-publica-pase-de-oximoron-a-pleonasmo/) 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($):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. Ridao-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. 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.		
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	**Sociedad Española de Salud Pública y**	**No se acepta.** Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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.	**Administración Sanitaria (SESPAS)**	a “Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa”.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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.		
Artículo primero: Retirar la fórmula de elección de la gestión pública directa como fórmula de elección en favor de otras fórmulas de gestión pública o de aquellas fórmulas que fueran más eficientes en cada circunstancia y posibilitar un proceso de avance del sector público de gestión directa hacia una transformación más empresarial. Lógicamente, esa transformación corresponde realizarla a las comunidades autónomas, pero el Ministerio podría jugar un papel impulsor y facilitador del mismo. En cualquier caso, si se quiere, podría desarrollarse la Ley, con el fin de que estos procesos -tanto de transformación empresarial del sistema de gestión pública como de participación de la gestión privada en el servicio público- se hicieran con las debidas garantías públicas.	**Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)**	**No se acepta**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Para la elaboración de estas propuestas hemos tenido en cuenta el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, en particular los puntos 2.2 y 2.4 del Tema 1 (Gobernanza), de las conclusiones de Sanidad y Salud Pública. Según dice el Anteproyecto (Artículo primero): "la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios se llevará a cabo preferentemente mediante la fórmula de gestión directa de carácter público. El recurso excepcional a otras fórmulas de gestión...". La gestión directa significa gestión administrativa. La realidad es que las organizaciones sanitarias en el siglo XXI deben ser empresas dinámicas, con énfasis en: • Innovación • Continua incorporación de nuevas tecnologías • Nuevos roles profesionales • Adaptación a necesidades sociales diferenciadas • Alianzas con otras empresas		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
• Incentivos bien diseñados • Eficiencia El marco administrativo (la gestión directa), prima la estabilidad laboral a cualquier otro interés desde el punto de vista de la gestión o los resultados en la asistencia a los pacientes. La gestión sanitaria directa no son empresas públicas, sino una parte indiferenciada de la Administración y con personal estatutario (equivalente a funcionarios). Por lo tanto, la gestión pública directa (que no hay que confundirla con la gestión pública) es lo más inadecuado para impulsar el dinamismo y la competitividad que requiere un sector tan complejo como el sanitario. Por eso, nos parece especialmente grave el patrocinar como forma preferente de la gestión pública la gestión pública directa. Queremos insistir e incidir en que blindar la Sanidad Pública no tiene nada que ver con promocionar la gestión pública directa. Hay multitud de fórmulas de gestión pública (por medio de empresas públicas, fundaciones o consorcios) que		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
pueden realizar una gestión mucho más eficiente y dinámica sin que se pierda para nada el carácter de gestión pública. Si ya el priorizar la gestión pública directa -la que se ha demostrado más ineficiente, según todos los trabajos publicados- el extender esa priorización a la gestión sociosanitaria, dónde la gestión indirecta y la participación de empresas privadas es lo habitual, la propuesta nos parece especialmente grave y fuera de contexto. Por último, nos gustaría señalar también la estigmatización que se ha creado en contra de la gestión de la Sanidad Pública por parte de entidades privadas. Si por privatización se entiende la exclusión de determinados colectivos de la financiación pública o de la protección asistencial pública, debe decirse que en España nunca ha habido procesos de privatización en sanidad. Finalmente y aunque ya advertíamos en el planteamiento general de este documento que no se pretendía realizar un análisis jurídico del documento, entendemos que el hacer promoción de forma exclusiva de este tipo de gestión como modelo para las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud podría entrar en colisión con otros artículos de la propia Ley General de Sanidad (artículo 7) o de la Ley General de la Ley de Estabilidad presupuestaria, al ir en		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
contra de la elección de las diferentes fórmulas de gestión de las instituciones públicas.		
Se propone modificar la redacción del numeral Uno del artículo primero del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 47 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que quedaría así: *"Artículo 47. Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud.* *(...)* *3. 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. 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,* ***la adecuada gestión de los tiempos de respuesta asistencial y de las listas de espera, así como los*** *y demás criterios previstos en la presente Ley."*	**Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP)**	**No se acepta**. La adecuada gestión de los tiempos de respuesta asistencial y de las listas de espera forma ya parte de la utilización óptima de los recursos sanitarios. Al respecto, el *Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*, establece en su artículo primero que tiene por objeto establecer los criterios marco para garantizar a los usuarios del SNS un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias, de modo que dicho acceso pueda realizarse en condiciones de igualdad efectiva.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Justificación Aunque la atención sanitaria ha mejorado considerablemente gracias a los avances científicos y técnicos, así como a la extensión de un sistema sanitario público y universal, existen algunas disfunciones que necesitan ser corregidas si queremos mantener un sistema eficiente y sostenible. Y los tiempos excesivamente prolongados que favorecen las listas de espera constituyen uno de los problemas más visibles de nuestro sistema, siendo la principal fuente de quejas entre los ciudadanos. Por ello consideramos importante destacar que, antes de acudir excepcionalmente a otras fórmulas de gestión, resulta necesario optimizar en el ámbito de la sanidad pública los tiempos de respuesta asistencial.		
Asombra negativamente la declaración del carácter preferente de la gestión pública directa, ante la colisión normativa que se plantea con las competencias de las Comunidades Autónomas[10], así como con otros preceptos actualmente vigentes[11]. 10 La Constitución Española de 1978 ha optado -como se comprueba al determinar los títulos competenciales (en especial, el art. 149, 1,16")- por una profunda descentralización en la organización sanitaria. De acuerdo con otro de los elementos del "bloque de constitucionalidad" que son los Estatutos de Autonomía. Con carácter general, las competencias de las Comunidades Autónomas comprenden dos tipos de funciones: El desarrollo de la legislación básica del Estado y, en particular, la normativa de desarrollo de la	**Organización Médica Colegial de España (OMC) - Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a “Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa”.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sanidad interior y la ejecución de la legislación sanitaria, tanto del Estado como de las Comunidades Autónomas. 11 Entre otras también la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. Justificación: Se ubica este precepto en el Capítulo I (De la organización general del Sistema Sanitarios Público) del Título III (De la estructura del Sistema Sanitario Público). Explicita determinadas particularidades de la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud, declarando que, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, podrá llevarse a cabo de forma directa o indirecta, a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho. Tendrá, no obstante, como principio general, la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios, preferentemente mediante la fórmula de gestión directa de carácter público. Sin entrar en el análisis del concepto de "servicio público", uno de los más controvertidos del Derecho público, podemos partir de la premisa de que la legislación vigente regula diversas formas de gestión de esos servicios, entendiendo por tales las actividades que son competencia y responsabilidad		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de la Administración pública. A los efectos que aquí interesan, lo relevante para calificar una determinada actividad como servicio público es que esté atribuida por la Ley a los poderes públicos, quedando éstos obligados a garantizar su prestación, para lo cual podrán utilizar las modalidades de gestión (directa o indirecta) legalmente previstas. El recurso excepcional a otras fórmulas de gestión, distintas de la gestión pública directa, habrá de contar obligatoriamente, dice el Anteproyecto, 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. El instrumento normativo para estas formas de gestión corresponderá al Gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas (en los ámbitos de sus respectivas competencias), determinando las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En 1986 la Ley General de Sanidad configuró el Sistema Nacional de Salud como conjunto de "estructuras y servicios públicos al servicio de la Salud", tanto los de la Administración del Estado (hoy ya transferidos) como los de las Comunidades Autónomas (art. 44). El SNS 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). No hay, pues, ninguna duda de la naturaleza "pública" del sistema, integrado por un conjunto de organizaciones de este carácter, lo que no impide la colaboración de establecimientos privados, mediante convenios y conciertos. La universalización del derecho a la asistencia y la gratuidad de la incluida en el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social (ya no contributivas, sino financiadas íntegramente con fondos públicos) han perfilado los trazos del sistema y reforzado su consideración como función y responsabilidad de los poderes públicos competentes (en síntesis, las funciones de regulación y dirección del SNS corresponden al Estado, mientras que la gestión de las prestaciones compete a las Comunidades Autónomas, a través de sus servicios de salud respectivos, que organizan a su criterio). Sin embargo, desde hace varios años, al socaire de la previsión legislativa de "nuevas formas de gestión" en el SNS, se ha suscitado un vivo debate sobre la tendencia, más o menos encubierta, de algunas de esas formas hacia la privatización de la sanidad en España[3].		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La titularidad de los medios públicos de la Sanidad pública y de los recursos de su gestión es una clara definición legal, en cuyo extremo opuesto se sitúan aquellos postulados de la privatización de la Sanidad. Desde el punto de vista jurídico el término "privatización" puede tener un triple significado: a) atribución al sector privado de tareas o funciones que eran competencia y responsabilidad estatal (*privatización material*); b) gestión (indirecta) de tareas o funciones públicas a través de empresarios privados, en virtud de contratos (*privatización funcional*); y c) ejercicio de tareas o funciones públicas en régimen de derecho privado a través de organismos y entidades (entidades públicas empresariales, sociedades mercantiles públicas y fundaciones públicas), que actúan sometidas en todo o en parte a ese sector del ordenamiento jurídico (*privatización formal*). Las tres modalidades no son estancas, sino que puede haber una dinámica entre ellas. La generalización de la gestión indirecta de servicios públicos por empresas privadas puede ser un paso intermedio en el camino hacia la entrega al sector privado de la prestación de esa actividad, sin perjuicio de que los poderes públicos continúen regulando la actividad y controlando la gestión de las prestaciones, lo que abre un nuevo ámbito para la cooperación entre el sector público y el privado. Para decirlo con las palabras de uno de los más ilustres administrativistas actuales, "la privatización de organizaciones y entidades desemboca con frecuencia en una ulterior privatización de funciones y cometidos, y ello se lleva a cabo a través de múltiples pasos intermedios o fórmulas de transición, lo que exige inexcusablemente la cooperación con el sector privado". No obstante, la privatización no supone una despedida o		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
retirada del Estado del campo de actuación, sino la mutación de los clásicos instrumentos de intervención en fórmulas de cooperación[4]. La "apertura" hacia otras formas de gestión se instrumentó mediante el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio, y la Ley 15/1997, de 25 de abril, de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud y posteriormente con el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. Estas disposiciones, aprobadas en el contexto de un debate creciente sobre la necesidad de "modernizar" y hacer más eficiente la gestión de la asistencia sanitaria pública, intentaron poner al servicio de ese objetivo cualquiera de las modalidades admitidas con carácter general. Lo relevante era el propósito de ampliar el abanico de las opciones de gestión, que "podrá llevarse a cabo directa o indirectamente, a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho" (art. único, 1, párrafo primero de la Ley). Para reforzar la afirmación anterior se puntualizaba 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 Ley General de Sanidad" (art. único 2).		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Es un asunto recurrente este de la malentendida como privatización de la Sanidad, confundida con frecuencia con la gestión privada de recursos públicos. Se trata de una actividad de titularidad pública, la gestión de la Sanidad, pero susceptible de gestión indirecta por centros y establecimientos privados. Algunas formas de gestión indirecta (convenios y conciertos) no plantean problema, pero sí lo suscita la figura de la concesión de servicio público. La tesis que se mantiene es que el recurso a esa figura debe ser excepcional y justificado. No es este el propósito de la norma que estamos analizando, al menos de forma directa, pues sólo abre y muestra el camino normativo para formas de gestión indirecta de la Sanidad pública, insertas en un régimen garantista de bases normativas y que es acorde con los precedentes normativos y criterios ahora vigentes expuestos. Conviene dejar sentado que la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/1994, de 1 de febrero declara que el carácter público del sistema de la Seguridad Social es compatible con la incidencia de formas de gestión o responsabilidad privadas: "Lo que verdaderamente ha de ser tutelado por imperativo constitucional es que no se pongan en cuestión los rasgos estructurales de la institución Seguridad Social a la que pertenecen", si bien "el carácter público del sistema de seguridad social no queda cuestionado por la incidencia en él de fórmulas de		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
gestión o responsabilidad privadas, de importancia relativa en el conjunto de la acción protectora de aquel". 3 La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad. Ángel Menéndez Rexach. Catedrático de Derecho Administrativo. Universidad Autónoma de Madrid. 4 La teoría general del Derecho administrativo como sistema. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública-Marcial Pons; 2003.		
Al apartado primero del artículo primero. "*Modificación de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad*". Redacción que se propone: "Artículo 47. Gestión y administración de los centros y servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud. *1. En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros* ***y*** *servicios* ~~*y establecimientos sanitarios*~~ *de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o*	**Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos**	**No se acepta.** El texto del artículo 47 recoge el texto del vigente artículo único de la *Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud*, que no ha planteado problemas de interpretación.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho. *En el marco de lo establecido por las leyes, corresponderá al Gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas -en los ámbitos de sus respectivas competencias-, determinar las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados.* *2. 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.* *3. 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, **salvo las singularidades establecidas en la normativa específica en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, las prestaciones de productos dietoterápicos y las prestaciones de servicios accesorios**. 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*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
utilización óptima de sus recursos sanitarios propios y demás criterios previstos en la presente Ley". <u>Justificación:</u> El Anteproyecto introduce como art. 47 de la Ley General de Sanidad, un precepto donde se aborda la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del SNS. A través de este nuevo art. 47 se establece, en síntesis, que esta gestión se realizará, preferentemente, a través de la gestión pública directa, permitiéndose con carácter extraordinario la concertación a través de acuerdos, convenios o contratos, con agentes del ámbito privado. No obstante, se trata de un recurso excepcional para el que deberá presentarse una memoria justificativa en la que se incorpore una justificación de la necesidad económica y social de acudir a estas fórmulas. En ese sentido, el precepto incorporado guarda una redacción prácticamente idéntica a la que actualmente se encuentra vigente en el artículo único de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Sistema Nacional de Salud, norma que queda derogada por la Disposición derogatoria única. Este precepto, que se ha establecido como base para la redacción del art. 47 incorporado por el Anteproyecto, incluye en la regulación sobre la gestión de los centros y servicios del SNS, a los establecimientos sanitarios, los cuales responden a una titularidad y gestión privada, sin que en la Memoria justificativa o la Exposición de motivos del Anteproyecto se exprese intención alguna de modificar este principio de nuestro modelo sanitario. Como es sabido, los establecimientos sanitarios se encuentran regulados en el Real Decreto 277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios como "*conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias de dispensación de medicamentos o de adaptación individual de productos sanitarios*". Entre ellos, el Anexo I del citado RD incluye los siguientes supuestos: ▪ Oficinas de farmacia.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
▪ Botiquines. ▪ Ópticas. ▪ Ortopedias. ▪ Establecimientos de audioprótesis. Se trata, en definitiva, de establecimientos de naturaleza privada, algunos como las oficinas de farmacia, en las que esta titularidad viene predeterminada por una pluralidad de normas de rango legal (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia y Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, y en lo sucesivo, "**Ley de Garantías**" y legislación autonómica de ordenación farmacéutica), siendo conforme a ellas establecimientos de titularidad privada de interés público. Por tanto, si bien el legislador incluyó en la Ley 15/1997 los establecimientos sanitarios a la hora de determinar el régimen de gestión de los recursos del SNS, ello supuso un defecto legislativo en tanto que, como demuestra la experiencia acumulada en los 25 años transcurridos desde su publicación y las normas		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
promulgadas desde entonces, los establecimientos sanitarios responden a un modelo de gestión y titularidad privada; lo cual puso de manifiesto la Ley 16/1997 de 25 de abril de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, dictada el mismo día, y que consolidaba sin salvedades el modelo de los establecimientos sanitarios basado en la titularidad privada. De hecho, debe tenerse en cuenta que, cuando el SNS, conforme a la legislación, debe prestar un servicio relacionado con las actividades que se prestan desde los establecimientos sanitarios (p.ej.: la dispensación de medicamentos) a efectos jurídicos, y desde el punto de vista de la ordenación sanitaria, estos servicios no tienen lugar a través de "establecimientos sanitarios", sino que, técnicamente, son desarrollados como "servicios sanitarios" de un centro sanitario autorizado, como es el caso de los servicios de farmacia (U.83 del Anexo I Real Decreto 277/2003) de un hospital, en los supuestos previstos en la Ley de Garantías. Por tanto, la tramitación de este Proyecto de Ley resulta un momento idóneo para subsanar el defecto de técnica legislativa incorporado a la Ley 15/1997 y que se ha trasladado al art. 1.1 del Anteproyecto, de forma que no se incluyan los establecimientos sanitarios dentro del nuevo art. 47 de la Ley General de Sanidad, evitando así la inclusión en el Anteproyecto, que tiene vocación, entre otras, de clarificar la principal ordenación de nuestro SNS, de una disposición incoherente con el resto de la legislación sanitaria.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Por otra parte, debe hacerse referencia a la disposición del art. 1.1 del Anteproyecto según la cual se establece que la gestión y prestación de servicios dentro del SNS debe ser llevada -de forma general- a través de recursos públicos, convirtiéndose la concertación privada en un recurso excepcional. En esta, se introduce el requisito de que, para los casos en los que se lleve a cabo un concierto con agentes privados, se justifiquen los motivos que aconsejan acogerse a este régimen excepcional, presentando para ello una memoria que ahonde en los aspectos económicos y sociales de acudir a esta fórmula en detrimento de la prestación directa. Se trata, según la Memoria justificativa del Anteproyecto, de una medida cuyo propósito se orienta a la implantación de modelos en los que, a la hora de prestar servicios sanitarios, prime un interés público por encima de los intereses particulares que guiarían la gestión privada (Oportunidad de la propuesta, apartado a.2). De esta Memoria justificativa, se extrae de forma clara que el propósito de la norma no se dirige a modificar la forma en la que se viene materializando la colaboración de las oficinas de farmacia y el resto de los establecimientos sanitarios con el SNS, sino que se centra en otros objetivos.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Así, debe tenerse en cuenta que, de cara a realizar las prestaciones que en la normativa actual recoge la colaboración de las oficinas de farmacia con el SNS (prestación farmacéutica, ortoprotésica y de servicios dietoterápicos), esta no se limita a la mera dispensación del medicamento, sino que, como se deduce de la Ley 16/1997 de 25 de abril de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, la labor de estos profesionales integra una atención global y un asesoramiento sanitario particularizado, en muchas ocasiones ligados a los lazos de confianza que se generan a lo largo de los años a través de la implantación en el territorio y la vinculación de los profesionales a su establecimiento. El régimen legalmente previsto de colaboración, consolidado en la concertación de servicios entre las farmacias y el SNS, tiene su reflejo legal en la Ley General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 16 y 33.2), siendo la concertación de esta colaboración público-privada un elemento esencial para garantizar la prestación del servicio farmacéutico. De hecho, la celebración de conciertos entre las oficinas de farmacia y el SNS ha sido examinada expresamente por el Tribunal Constitucional, que ha manifestado que este régimen “forma parte del ámbito de colaboración		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
público-privado en el que se desenvuelve la prestación del servicio farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud" (STC n.º 137/2013, de 6 de junio). Por ello, y partiendo de que el objetivo que vertebra el art. 1.1 del Anteproyecto según su Exposición de motivos y la Memoria justificativa dista del de introducir cambios en la forma en la que se viene llevando a cabo la prestación farmacéutica, resulta claro que la intención del mismo no es la de imponer a esta colaboración con las oficinas de farmacia -establecimientos de interés público- y el resto de los establecimientos sanitarios un régimen de excepcionalidad, que requiera del cumplimiento de requisitos como el de una Memoria justificativa, pues esta modificación sería difícilmente compatible con los objetivos expresados por el Anteproyecto, que persiguen alcanzar un alto nivel de calidad en la prestación de servicios sanitarios en línea con los éxitos del actual modelo. No obstante, y a pesar de no partir de ese objetivo, la introducción de esta modificación del régimen de gestión de recursos del SNS, adolece de un defecto de técnica legislativa, al no tener en cuenta las singularidades de la prestación farmacéutica, ortoprotésica y de servicios accesorios que reconoce el Anteproyecto en otros puntos de su redacción, como por ejemplo, en su art. 1.4[2].		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En consecuencia, esta incoherencia con el resto de la normativa debe ser subsanada en la redacción final de la norma, a fin de lograr el mayor encaje sistemático del mismo con el resto del ordenamiento y de maximizar el grado de cumplimiento de los objetivos fijados por el Anteproyecto en su memoria y en el resto de la legislación sanitaria. Por ello, proponemos que se subsane este defecto de técnica legislativa y se excluya del régimen de excepcionalidad de la prestación de servicios sanitarios por agentes privados prevista en el art. 1.1 del Anteproyecto a los servicios que conforman la prestación farmacéutica, ortoprotésica y de productos dietoterápicos -los cuales se rigen por su normativa específica- siendo esta llevada a cabo especialmente a través de las oficinas de farmacia, donde la primacía del interés público y sanitario frente a cualquier otro interés que pueda eclipsarlo, se encuentra plenamente garantizada por la legislación de ordenación farmacéutica. 2 *"4. La cartera común de servicios está financiada en su totalidad con cargo a los fondos públicos,* ***salvo las singularidades establecidas en la normativa específica en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios*** *que estarán sujetas a aportación por parte del usuario."*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Al apartado primero del artículo primero. "*Modificación de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad*". Creemos que debe ser matizada la referencia a que la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios se llevará a cabo preferentemente mediante la fórmula de gestión directa de carácter público, dado que son varias las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud que tan sólo se llevan a cabo, de manera eficiente, por empresas privadas, mostrando que la colaboración pública-privada es imprescindible para el mejor funcionamiento de dicho Sistema. En el caso de las prestaciones ortoprotésicas de carácter ambulatorio y otras, como las audioprotésicas o los servicios de ambulancia, que debieran ser señaladas en el texto legal dándoles cabida de forma genérica, amparando su existencia.	**Federación Española de Ortesistas Protesistas (FEDOP)**	**No se acepta.** El texto del artículo 47 recoge el texto del vigente artículo único de la *Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud*, que no ha planteado problemas de interpretación.
Valoraciones al artículo primero: • Establecer mayores medidas de control como pueda ser introducir la condición de que los convenios y acuerdos de gestión indirecta sólo puedan ser realizados con entidades que carezcan de ánimo lucrativo.	**Médicos del Mundo**	**Se acepta parcialmente.** Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
• En el debido desarrollo reglamentario de la ley, se aseguren los mecanismos de evaluación y auditoría externa que avalen la pertinencia y oportunidad de los conciertos y acuerdos público-privados. <u>Justificación</u>: Este artículo, según se anuncia en el preámbulo del Anteproyecto, tiene como objeto "facilitar el continuo fortalecimiento de las estructuras sanitarias", a través de la modificación de la Ley General de Sanidad. MEDICOS DEL MUNDO valora que se apueste de forma explícita por la gestión directa de las instituciones y recursos sanitarios públicos. Nuestra asociación reivindica los sistemas públicos de salud como los únicos que pueden garantizar la universalidad, la equidad y la calidad. Reivindicamos la cobertura universal entendida como la que aseguran los sistemas públicos de financiación y de acceso a servicios de calidad para todas las personas. A este respecto, nos preocupa que se mantenga la posibilidad, aun siendo excepcional, para dar lugar a convenios y acuerdos con entidades privadas de manera que perdure la realidad que estamos viviendo a lo largo de las últimas décadas. A la luz de la experiencia, que la decisión de elegir uno y otro modelo dependa de las comunidades autónomas no ofrece una garantía suficiente para blindar la titularidad pública de las instituciones y recursos sanitarios. A fin de cuentas, la elaboración de la memoria que justifique desde el punto de vista		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sanitario social y económico la necesidad de acudir a esas otras formas de gestión no directa será responsabilidad de las propias comunidades autónomas no parece un freno muy eficaz cuando existe voluntad política contraria al espíritu de esta ley.		
En cuanto al art. 47 no se consigue el blindaje del sistema público de salud que se pretende con la introducción de este artículo en la Ley que regula la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud. Si bien deroga la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, no se consigue en modo. Copia literalmente el artículo único de la Ley 15/1997, y tan sólo hace una matización que consiste en señalar 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. 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.	**UGT**	**Se acepta parcialmente.** Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa". .

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La introducción de "*preferentemente*" en la gestión directa de carácter público y la excepcionalidad de recurrir a otras formas de gestión, no establecen un impedimento para que las Comunidades Autónomas puedan optar por formular que privaticen la sanidad pública en sus territorios, como ya hemos evidenciado en algunas Comunidades Autónomas, y obligados únicamente presentar una memoria que tan solo exige una justificación de la necesidad de acudir a otras formas de gestión. Nos parece muy grave la inclusión de la habilitación de formas de gestión privada en la Ley General de Sanidad, para UGT es prioritario garantizar el carácter público de nuestro sistema sanitario y esto no se consigue manteniendo el texto de la regulación anterior. Consideramos que se debería aprovechar la oportunidad que nos da este Proyecto de ley para acotar los modelos de gestión sanitaria en el ámbito de la sanidad pública, e impedir las privatizaciones porque la fórmula de "preferente" no excluye la privatización.		
El Consejo insta la revisión del contenido que pretende incorporarse al artículo 47 de la LGS**, eliminando el término preferente**, y dejando clara que la provisión será pública, a efectos de blindar la configuración y consolidación de un modelo sanitario efectivamente público, circunscribiendo la excepcionalidad en el	**Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
recurso a otras fórmulas distintas de prestación exclusivamente a supuestos tasados, de forma temporal, justificada y motivada, por verse comprometido el derecho a la salud y el acceso a servicios y prestaciones sanitarias, en los casos en que pueda incurrirse en riesgo de desatención a los usuarios. Como refiere el propio Anteproyecto de Ley sujeto a valoración, la crisis sanitaria derivada del SARS-CoV-2 ha mostrado que los sistemas sanitarios públicos son garantes de vida y constituyen uno de los mayores pilares del Estado de bienestar, poniendo en evidencia dicha circunstancia (más aún si cabe) las debilidades estructurales que desde hace años viene presentando el Sistema Nacional de Salud. La falta de recursos que afecta a centros, servicios y establecimientos sanitarios de gestión pública no solo es consecuencia inmediata de los recortes presupuestarios que han venido implementándose durante las últimas décadas, sino que, igualmente, responde a la apuesta por modelos privatizadores de gestión y prestación de servicios que derivan una importante parte de los escasos recursos hacia el sector privado a través de acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades de naturaleza privada. Estos modelos, además de no haber demostrado mayor eficiencia que los de gestión y prestación pública directa, también profundizan en la inequidad, debilitando el derecho a la protección de la salud que consagra el artículo 43 de		salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
nuestra Carta Magna y poniendo en cuestión el mandato constitucional dirigido a todos los poderes públicos para la adecuada tutela de la salud pública. De ahí que, precisamente, entendamos de vital importancia la implementación de cambios normativos que contribuyan a la configuración y consolidación de un modelo sanitario efectivamente público, más robusto, resiliente y capaz de dar respuesta a los retos y necesidades que presentan todas las personas en nuestro país. Pese a que la exposición de motivos de la norma sujeta a consulta refiere que la misma aspira a establecer "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", lo cierto es que la ambigüedad con que se aborda la redacción del artículo 47 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante, "LGS"), cuyos apartados primero y segundo aluden al recurso a fórmulas públicas de administración, gestión y prestación de servicios como mera posibilidad (empleando, incluso, el término "podrá llevarse a cabo"), entendemos puede interpretarse, y aplicarse en la práctica, como argumento para continuar la senda privatizadora, siendo por tanto la cobertura legal que continúe otorgando carta de naturaleza a la externalización de los servicios sanitarios y sociosanitarios a través de fórmulas privatizadoras.		
En relación con la **modificación del artículo 47 de la Ley 14/1986**, la plataforma CH2025 celebra que la motivación de tal modificación radique en explicitar la relevancia que tiene el sistema sanitario público para la política sanitaria y, en	**Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025)**	**No se acepta**. No es objetivo de la norma modificar el sistema de financiación autonómica establecido en la *Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
definitiva, la inversión pública que debe seguir realizándose para garantizar el derecho a la protección de la salud. Según la información recogida en el Sistema de Cuentas en Salud (System of Health Accounts-SHA, OCDE) y en el portal del Ministerio de Sanidad, en 2019 España destinó un 6,6% del PIB a gasto sanitario público, esto es 81.590 millones de euros y 1.732 euros por habitante, mientras la media del conjunto de sus homólogos europeos se situaba en un 9,9%, con una inversión de 3.102 euros por habitante. En este sentido, la plataforma CH2025 quiere enfatizar la **necesidad de que España, inspirándose en el objetivo que persigue la modificación de este artículo, equipare su gasto sanitario público a la media de la UE-27**.		*el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias*. Al respecto, el Ministerio de Hacienda ha remitido a todas las comunidades autónomas de régimen común y a las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla un documento para iniciar el debate sobre la reforma de la financiación autonómica, con fecha 3-12-2021, el "INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL CÁLCULO DE LA POBLACIÓN AJUSTADA". El nuevo modelo de financiación autonómica prevé que el peso del gasto sanitario se incremente entre 2 y 7 puntos y de esta manera su incidencia en el reparto pase del 38% actual, al 40 o incluso al 45%. El peso del gasto sanitario en la población ajustada aumentaría respecto al sistema actual y pasaría de tener una ponderación del 38% a una entre el 40 y el 45%.
ARTICULO PRIMERO.- En el artículo primero se introducen modificaciones de la **Ley General de Sanidad** con la adición de dos nuevos artículos, el art. 47 que regula la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud y el art.	**CCOO**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
90.bis sobre el régimen jurídico de los consorcios sanitarios. Pues bien respecto de las mismas cabe señalar que: a) La primera, relacionada con la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud, y que según la memoria que se acompaña al texto normativo, pretende blindar nuestro sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa, derogando y revisando la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, no se consigue en modo alguno con el artículo 47 que se introduce en la Ley. En concreto, este artículo **copia literalmente el artículo único de la Ley 15/1997 en sus dos apartados y sólo introduce un cambio o matización a la regulación de la Ley 15/1997,** que consiste en señalar 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. 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.*		salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Como vemos, las únicas novedades son, de un lado, introducir una preferencia por la gestión directa de carácter público y la excepcionalidad de recurrir a otras formas de gestión, pero que no supondrá ningún obstáculo a las Comunidades Autónomas que tengan interés en la privatización de la sanidad pública, y de otro, la obligatoriedad de una memoria que tan sólo exige una justificación de la necesidad de acudir a estas otros formas de gestión, teniendo en cuenta la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios, y que también será fácil de elaborar por las Comunidades Autónomas que tengan ese interés privatizador. No olvidemos que la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios se contempla en el art. 90 de la Ley General de Sanidad, y no ha supuesto ninguna traba para evitar las privatizaciones que se han producido en nuestro sistema sanitario público. En consecuencia, lejos de fortalecer el sistema sanitario público lo que hace es mantener la regulación anterior e incluso podemos decir que empeora la situación actual al introducir la habilitación de las formas de gestión privada en el articulado de la Ley General de Sanidad, lo cual es inadmisible para esta Organización Sindical, y entendemos que se debería garantizar el carácter público de nuestro sistema sanitario.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La trascendencia de la Ley 15/97, de habilitación de nuevas formas de gestión, reside en que abre las puertas a formas de gestión que poco tienen que ver con la apuesta de la Ley General de Sanidad en favor de una organización administrativa integrada de los servicios sanitarios. Sitúa en un plano de igualdad los modos de gestión directa de los servicios y centros sanitarios y sociosanitarios con los de gestión indirecta, sin limitar el ejercicio de la potestad de organización de las Administraciones responsables, admite que la colaboración privada en la gestión de la sanidad pública se realice mediante acuerdos, convenios o contratos y tiene cabida la provisión de servicios sanitarios públicos con cualquier acuerdo, convenio o contrato, con independencia de su forma y contenido. Ello introduce cobertura suficiente para fórmulas ya conocidas en el ámbito de la sanidad pública, como en el País Valenciano la concesión del Hospital de Alzira (Ribera Salud) o los hospitales de Denia, Torrevieja, Manises y Vinalopó, en la Comunidad de Madrid los hospitales de Móstoles y Villalba (Quirón Salud) o Torrejón (Ribera Salud), o la eventual extensión de las cooperativas o asociaciones de profesionales sanitarios en la atención primaria, y en Andalucía las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (Costa del Sol, Poniente de Almería, Alto Guadalquivir y Bajo Guadalquivir). Las exposiciones de motivos de las normas de creación de Fundaciones, Empresas Públicas, Consorcios y otras fórmulas de gestión indirecta, reiteran el argumento, que no compartimos en absoluto, del deficiente funcionamiento de los servicios públicos debido al encorsetamiento de la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
gestión por normas administrativas como la Ley de Procedimiento Administrativo Común, con sus requisitos sobre toma de decisiones, y la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas. Y frente a esto se argumenta la flexibilidad jurídica y la eficacia en la gestión que ofrecen el derecho mercantil, el civil y el laboral: con ellos sí se puede contratar de forma directa, cambiar el régimen retributivo del personal o utilizar el patrimonio como cualquier sociedad mercantil. En los estatutos de estas empresas no se delimitan los fines que permitan controlar si la gestión es eficaz, tampoco los objetivos y estándares de rendimiento que sirvan para evaluar la calidad; ni las vías de actuación de los ciudadanos a exigir su cumplimiento. En definitiva, se reduce el control público sobre las actividades de los gestores. Desde CCOO defendemos una posición clara y sin ambigüedades, y eso pasa inexcusablemente por dejar patente nuestra petición de **derogar la ley 15/97.** Se quiere introducir un punto 3 para maquillar el texto de la 15/97, dando una supuesta preferencia a la gestión directa de carácter público, pero contemplando la fórmula alternativa de hacer una memoria justificativa, que en la práctica garantiza que se puedan seguir haciendo las cosas como hasta ahora se vienen haciendo al amparo de la 15/97. No existen criterios previos y la propia Administración que realiza la memoria es la valora, juzga y aprueba la gestión de servicios privados financiados con presupuestos públicos.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Partiendo de la doctrina constitucional que configura el derecho a la salud como un derecho de configuración legal y de la inexistencia de una normativa comunitaria que obligue a nuestro legislador a implantar un modelo público-privado de la gestión de la asistencia sanitaria, insistimos que es preciso derogar la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, si lo que se pretende es blindar nuestro sistema público de salud. La derogación es necesaria si se apuesta por una sanidad que se base en la gestión pública directa, sin perjuicio de mantener las fórmulas habilitadas en la actual Ley General de Sanidad (convenios -art. 67- y conciertos -art. 90-), y que impida que las Comunidades Autónomas puedan recurrir a cualquier modelo de gestión indirecta admitida en derecho, como las concesiones administrativas, y que son las que fueron habilitadas por la Ley 15/1997. La trascendencia de la Ley 15/97, de habilitación de nuevas formas de gestión, reside en que abrió las puertas a formas de gestión que poco tenían que ver con la apuesta de la LGS en favor de una organización administrativa integrada de los servicios sanitarios, situando en un plano de igualdad los modelos de gestión directa con los de gestión indirecta. Al respecto, como el propio Tribunal Supremo declaró en la Sentencia de 20 de diciembre de 2015,		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de no haber sido por dicha habilitación legal, la gestión indirecta a través de concesiones administrativas, como la del Hospital de Alzira, no hubiera sido posible, puesto que la LGS, tan sólo contemplaba el convenio y el concierto, como fórmulas indirectas de gestión de los servicios sanitarios. Por tanto, la Ley 15/1997 y el Real Decreto 29/2000, que la desarrolló, dieron cobertura legal para que se crearan fórmulas en el ámbito de la sanidad pública, como en el País Valenciano con la concesión administrativa del Hospital de Alzira (Ribera Salud) o los hospitales de Denia, Torrevieja, Manises y Vinalopó, en la Comunidad de Madrid los hospitales de Móstoles y Villalba (Quirón Salud) o Torrejón (Ribera Salud), o la eventual extensión de las cooperativas o asociaciones de profesionales sanitarios en la atención primaria, y en Andalucía las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (Costa del Sol, Poniente de Almería, Alto Guadalquivir y Bajo Guadalquivir), sobre la base del deficiente funcionamiento de los servicios públicos debido al encorsetamiento de la gestión por normas administrativas. Motivos que no podemos compartir, sin olvidar que la prestación de la asistencia sanitaria no está en su contenido económico sino en la realización de un derecho fundamental, como es el derecho a la salud, independientemente de lo que cueste. De ahí que consideremos que deben		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
descartarse por ley las fórmulas de gestión indirecta que ponen el acento en el beneficio del gestor privado, como las concesiones administrativas, y únicamente mantener, con carácter excepcional, los convenios y conciertos, en los términos previstos en los actuales artículos 67 y 90 de la LGS. Pero el artículo 47 que se propone se aleja de este planteamiento puesto que transcribe el contenido de la Ley 15/1997 y, aun señalando que **preferentemente** se acudirá a la gestión directa y que para recurrir excepcionalmente a otras fórmulas de gestión se deberá contar con una **memoria,** no garantiza el modelo de gestión directa, ya que el término "preferentemente" es un concepto jurídico indeterminado, y además se deja en manos de las propias Comunidades Autónomas que van a acudir a esas fórmulas de gestión indirecta, la elaboración y justificación de una memoria en la que ni tan siquiera se concretan los parámetros y valoraciones objetivas sanitarias ni económicas que justifiquen la necesidad de acudir a una gestión indirecta de la prestación sanitaria. Por ello, reiteramos por nuestra parte que lejos de fortalecer el sistema sanitario público lo que hace es mantener la regulación anterior, e incluso podemos decir que empeora la situación actual al introducir la habilitación de las formas de gestión privada en el articulado de la LGS, lo cual es inadmisible para esta Organización Sindical.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Artículo primero *Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.* *Dos. Se adiciona el artículo 90.bis. Régimen jurídico de los consorcios sanitarios.*		
b) La segunda, y en relación con los consorcios sanitarios que se introducen expresamente en el art. 90.bis, señalar que viene a incorporar literalmente la Disposición adicional única de la Ley 15/1997, de 25 de abril, introducida por la Disposición final 10ª de la Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa, tampoco entendemos su incorporación a la Ley General de Sanidad, puesto que no hace sino reforzar la posibilidad de privatización, puesto que no aporta nada que no estuviese ya previsto en los arts. 118 a 127 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público. De hecho, y pese a no estar expresamente previsto en la normativa sanitaria, las Comunidades Autónomas han acudido a esta figura jurídica del Consorcio, y por tanto, lo que supone es una llamada más en la Ley a la posibilidad de introducir formas de gestión privada. Entendemos que la modificación e introducción de un nuevo artículo sobre consorcios sanitarios sólo tendría sentido en línea con el objetivo que la norma dice pretender, fortalecer el sistema sanitario público, **si se estableciese que los consorcios sanitarios sólo se podrán formar por entidades públicas; impidiendo así la participación de entidades privadas en la gestión**.	**CCOO**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".
En cuanto al artículo 90.bis, introduciendo los consorcios sanitarios, el anteproyecto vuelve a copiar literalmente la Disposición adicional única de la	**UGT**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Ley 15/1997, de 25 de abril, introducida por la Disposición final 10ª de la Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa. De hecho y aunque no estaba previsto en la normativa sanitaria las Comunidades Autónomas han acudido a esta figura jurídica del Consorcio, y por tanto supone la posibilidad de introducir formas de gestión privada, por lo que tampoco nos parece razonable incorporar este artículo en la Ley General de Sanidad.		dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".
En la adición del art. 90 bis a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (pág. 10) llama la atención que se emplee como tiempo verbal el presente, cuando lo habitual en textos normativos sería el futuro: *"Artículo 90.bis. Régimen jurídico de los consorcios sanitarios.* *1. Los consorcios sanitarios cuyo objeto principal sea la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud están **[¿estarán?]** adscritos a la Administración sanitaria responsable de la gestión **[faltaría "de"]** estos servicios en su ámbito territorial de actuación y su régimen jurídico es **[¿será?]** el establecido en esta disposición y, subsidiariamente, en aquello no regulado en esta Ley, la normativa que regula con carácter general el resto de consorcios administrativos.* *2. Los consorcios sanitarios están **[¿estarán?]** sujetos al régimen de presupuestación, contabilidad y control de la Administración sanitaria a la que estén adscritos, sin perjuicio de su sujeción a lo previsto en la Ley Orgánica*	**Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**	**Se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
*2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. En todo caso, se llevará a cabo una auditoría de las cuentas anuales que será responsabilidad del órgano de control de la Administración sanitaria a la que este **[esté]** adscrito el consorcio.*		
En el artículo primero, en concreto, en la adición del artículo 90bis, se debería añadir la preposición (**de**) en el inciso "*Los consorcios sanitarios cuyo objeto principal sea la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud están adscritos a la Administración sanitaria responsable de la gestión **de** estos servicios (…).*"	**Ministerio del Interior**	**Se acepta.**
El mismo artículo primero, en su apartado dos, adiciona el artículo 90 bis a la Ley 14/1986, de 25 de abril. Dicho nuevo precepto regula el régimen jurídico de los consorcios sanitarios, indicando en su apartado 1: "(...) *su régimen jurídico será el establecido en esta disposición y, subsidiariamente, en aquello no regulado en esta ley, la normativa que regula con carácter general el resto de consorcios administrativos*". **Se considera más acertado hacer referencia a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público**, en lugar de una referencia genérica como la que incluye este apartado, todo ello en aras de una mayor precisión y seguridad jurídica de la norma proyectada.	**Ministerio de Hacienda y Función Pública**	**Se acepta.**.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
De otra parte, en el apartado 3 de este mismo artículo 90 bis se prevé la posibilidad de que los consorcios sanitarios contraten directamente a personal laboral. En este caso, se deberían tener en cuenta las previsiones en cuanto al carácter excepcional de dicha contratación -***cuando no resulte posible contar con personal procedente de las Administraciones participantes en el consorcio en atención a la singularidad de las funciones a desempeñar***- y lo referido ***a la autorización expresa de la Administración*** de adscripción para ello, aspectos establecidos en el a**rtículo 121 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre,** que resulta de aplicación a todas las administraciones públicas. [3. El personal al servicio de los consorcios sanitarios podrá ser funcionario, estatutario o laboral procedente de las Administraciones participantes o laboral en caso de ser contratado directamente por el consorcio. El personal laboral contratado directamente por los consorcios sanitarios adscritos a una misma Administración se someterá al mismo régimen. El régimen jurídico del personal del consorcio será el que corresponda de acuerdo con su naturaleza y procedencia]	**Ministerio de Hacienda y Función Pública**	**No se acepta.** El texto traslada, textualmente, el carácter excepcional de dicha contratación**.**
En el mismo sentido, apelamos a la revisión de la redacción vigente del artículo 90 de la LGS, por el que se establecen las condiciones de los conciertos para la prestación de servicios sanitarios, a efectos de circunscribir la prestación y gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios con personas o entidades de naturaleza privada a la concurrencia de los requisitos expresados en el párrafo que precede, y en la medida en que la actual regulación de los consorcios puede continuar configurándose en la práctica como elemento que permita seguir	**Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a “Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa”.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
ahondando en la senda privatizadora experimentada durante las últimas décadas.		
Estimamos que debe **eliminarse la adicción de la disposición 90.bis** que hace referencia a los consorcios, habida cuenta de que *Los **consorcios** son entidades de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, creadas por varias Administraciones Públicas o entidades integrantes del sector público institucional, entre sí o con participación de entidades privadas, para el desarrollo de actividades de interés común a todas ellas*, es decir se trata de una forma de colaboración público-privada que tan nefastos resultados ha dado en el sistema sanitario de nuestro país, y por lo tanto abren una vía a la privatización del sistema sanitario, o en todo caso referirse a **consorcios formados exclusivamente por entidades públicas**. La Ley debería de garantizar de manera inequívoca el carácter público de la titularidad, gestión y organización de los centros sanitarios, así como que en ningún caso puedan prestarse mediante gestión indirecta los servicios que se estén gestionando actualmente o puedan crearse en el futuro en el SNS.	**Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)**	**Se acepta parcialmente.** Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".
Respecto a la regulación específica de los consorcios sanitarios, prevalecerá sobre la regulación general que de esta figura se recoge en el art. 118 y siguientes de la Ley 40/2015, así como de las previsiones que sobre los consorcios que se recogen en el art. 6 del Decreto Legislativo 1/2002, de 19 de	**Consejería de Sanidad de Castilla- La Mancha**	**No se acepta**. El nuevo artículo 47 en la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* incorpora el régimen jurídico actual de los consorcios sanitarios.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
noviembre de 2002, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Hacienda de Castilla-La Mancha.		Cualquier modificación en el mismo podría tener efectos relevantes en el SNS.
Lo mismo sucede con la iniciativa de revitalizar las entidades consorciales aunque, por su configuración desde el punto de vista administrativo, también se consideran formas de gestión indirecta de servicios públicos. El artículo único de la Ley 15/1997 (aún vigente) estableció que "*en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho. En el marco de lo establecido por las leyes, corresponderá al Gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas –en los ámbitos de sus respectivas competencias–, determina las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados. 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 Ley General de Sanidad.*"	**Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia**	**Se acepta parcialmente.** Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Por su parte, el Real decreto 29/2000, de 14 de enero, dedica a los consorcios (como nueva forma de gestión sanitaria) la sección 2ª de su Capítulo III (artículos 46 a 53). Por otra parte, ha de tenerse en cuenta y compatibilizar la modificación normativa que se pretende, con la regulación autonómica de estas figuras. Así, el art 3 .4 de la Ley 16/2010, de 17 de diciembre, de organización y funcionamiento de la Administración general y del sector público autonómico de Galicia, prevé que los consorcios podrán ejercer por delegación, previo acuerdo del Consejo de la Xunta y siempre que se reconozca en sus estatutos, competencias y potestades administrativas de las administraciones consorciadas. El artículo 45 de la misma Ley 16/2010 sitúa dentro del sector público a los consorcios autonómicos, cuya creación no requiere autorización legislativa previa (art 54.4), y en los artículos 95 y siguientes desarrolla su naturaleza y régimen jurídico.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Artículo primero. Dos, por el que se adiciona el artículo 90.bis a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. **Se propone suprimir el inciso que establece "El personal laboral contratado directamente por los consorcios sanitarios adscritos a una misma Administración se someterá al mismo régimen" del apartado 3 del artículo 90 bis adicionado a la LGS mediante el artículo primero Dos del Anteproyecto de ley.** Los mismos razonamientos de exceso de regulación competencial son aplicables al inciso del apartado 3 del nuevo artículo 90 bis de la LGS que, bajo el título *Régimen jurídico de los consorcios sanitarios, establece que "El personal laboral contratado directamente por los consorcios sanitarios adscritos a una misma Administración se someterá al mismo régimen"*. A pesar que el artículo primero Dos del Anteproyecto incorpora a la LGS la misma regulación relativa a los consorcios sanitarios contenida en la Disposición adicional de la Ley 15/1997, *de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud añadida* mediante la Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa, se pone de manifiesto que el inciso anterior que postula	**Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Cataluña**	**No se acepta**. El artículo 47 en la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* incorpora el régimen jurídico actual de los consorcios sanitarios. Cualquier modificación en el mismo podría tener efectos relevantes en el SNS.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
unas condiciones laborales homogéneas del personal laboral propio de los consorcios no está alineado con los objetivos de la norma. Los consorcios forman parte de la Administración de la Generalitat i que el artículo 150 del Estatuto establece que corresponde a la Generalitat, en materia de organización de su administración, la competencia exclusiva sobre: a) La estructura, la regulación de los órganos y directivos públicos, el funcionamiento y la articulación territorial. b) Las distintas modalidades organizativas e instrumentales para la actuación administrativa. La detallada regulación de los consorcios sanitarios va más allá también de la competencia del Estado (artículo 149.1 18) para dictar las bases del régimen jurídico de las Administraciones públicas, título no invocado como habilitante en el Anteproyecto. La legislación laboral, residenciada en el ámbito estatal, ya opera como régimen jurídico común. Negar la posibilidad de la negociación colectiva y de pactos a nivel de centro de trabajo supone limitar la autonomía de gestión de los centros		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
en un aspecto que no ha de redundar en la equidad, universalidad y cohesión del sistema y que genera una rigidez en la gestión que no favorece la adaptación del sistema a eventualidades y situaciones coyunturales que se puedan producir, especialmente en una época en que el sistema sanitario está muy tensionado y se prevé que esta situación tenga efectos dilatados en el tiempo.		
Apelamos a la **revisión de la redacción vigente del artículo 90** de la LGS, por el que se establecen las condiciones de los conciertos para la prestación de servicios sanitarios, a efectos de circunscribir la prestación y gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios con personas o entidades de naturaleza privada a la concurrencia de los requisitos expresados en el párrafo que precede, y en la medida en que la actual regulación de los consorcios puede continuar configurándose en la práctica como elemento que permita seguir ahondando en la senda privatizadora experimentada durante las últimas décadas.	**Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)**	**Se acepta parcialmente**. Se ha reformulado el articulado en la materia que se traslada, tratando de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".
Artículo segundo *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* *Uno. Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.*		
Se sugiere que, al emplear lenguaje de género, se priorice el empleo de conjunciones frente al de signos ortográficos al hacer referencia, por ejemplo, a "*los/las pacientes*" o "*El/La cónyuge o el/la conviviente*". Así, podría resultar	**Ministerio de Industria, Comercio y Turismo**	**Se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
preferible hacer mención a “los o las pacientes” y “el o la cónyuge o el o la conviviente”. *“A los efectos indicados, se entenderá que son familiares con derecho a asistencia sanitaria:* *1.º* ***El o la*** ~~*El/La*~~ *cónyuge o* ***el o la*** ~~*el/la*~~ *conviviente con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.”*		
Supresión de la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía en el artículo 3.2.c: *c) Ser persona extranjera y con 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***~~*.* Justificación: Más concretamente, lo previsto en el *ut supra* referido artículo 3 ha dado lugar a numerosas situaciones de exclusión, privando de atención sanitaria con cargo a fondos públicos a personas en situación irregular y aquellas otras que se hallan en situación de residencia temporal no lucrativa y por razón de reagrupación familiar el extranjero, toda vez que los artículos 46.e) y 54.1 del Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, exigen, para estas dos últimas situaciones, respectivamente, "*contar con un seguro público o un seguro privado de enfermedad concertado con una Entidad aseguradora autorizada para operar en España*" y de medios económicos suficientes para atender las	**Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA**	**No se acepta**. Como ya se indica en la exposición de motivos del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* que da la redacción actual del artículo 3.2.c de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*: “*Asimismo, partiendo de las necesarias cautelas dirigidas a no comprometer la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud, se establecen criterios para evitar el uso inapropiado del derecho a la asistencia sanitaria, como son que la asistencia será con cargo a fondos públicos siempre que no exista un tercero obligado al pago, o que no se tenga la obligación de acreditar la cobertura obligatoria por otra vía, o bien, que no se pueda exportar el derecho de cobertura sanitaria*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
necesidades de asistencia sanitaria de la familia en las cuantías mínimas que el mencionado artículo 54 estipula. Pese a ello, la regulación que pretende materializarse a través de la modificación del artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo (específicamente, con sustento en lo previsto en su apartado segundo, epígrafe c)) condiciona nuevamente el acceso a la atención sanitaria de los extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio español al hecho de que dicha residencia sea "*legal*" y la persona en cuestión no tenga "*la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía*".		*desde su país de origen o procedencia. Todo ello en virtud de lo dispuesto en la normativa nacional, en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable*".
La exposición de motivos del Anteproyecto de Ley señala que el mismo persigue "*garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección de la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España*", a la vez que afirma que mediante el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, se reconoció "*que todas las personas no registradas ni autorizadas como residentes en nuestro país que se encuentran en España tienen derecho a la protección a la salud en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española*", y que ello supuso la recuperación del derecho a la protección de la salud por parte de este colectivo tras el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril (que restringía la asistencia sanitaria para este colectivo exclusivamente a la atención de urgencia).	**Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)**	**No se acepta**. Como ya se indica en la exposición de motivos del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* que da la redacción actual del artículo 3.2.c de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*: "*Asimismo, partiendo de las necesarias cautelas dirigidas a no comprometer la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud, se establecen criterios para evitar el uso inapropiado del derecho a la asistencia sanitaria, como son que la asistencia será con cargo a fondos públicos siempre que no exista un tercero obligado al pago, o que no se tenga la obligación de acreditar la cobertura obligatoria por otra vía, o bien, que no se*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Sin embargo, lo cierto es que el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, no ha sido capaz de revertir la situación de exclusión sanitaria a que dio lugar su predecesor, presentando importantes carencias (imprecisiones, lagunas técnicas u omisión de graves situaciones de exclusión) que han dado lugar a que numerosas personas en situación de vulnerabilidad se hayan visto privadas de atención sanitaria o soportado enormes dificultades para el acceso a la misma. Ello deriva, en esencia, del reconocimiento de la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en el vigente artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, a las personas con nacionalidad española y a las extranjeras, si bien condicionándolo en este último supuesto a la ostentación de "*residencia legal y habitual en el territorio español*" y al hecho de "*no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía*". Más concretamente, lo previsto en el *ut supra* referido artículo 3 ha dado lugar a numerosas situaciones de exclusión, privando de atención sanitaria con cargo a fondos públicos a personas en situación irregular y aquellas otras que se hallan en situación de residencia temporal no lucrativa y por razón de reagrupación familiar el extranjero, toda vez que los artículos 46.e) y 54.1 del Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, exigen, para estas dos últimas situaciones, respectivamente, "*contar con un seguro público o un seguro privado de enfermedad concertado con una Entidad aseguradora autorizada para operar en España*" y de medios económicos suficientes para atender las		*pueda exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia. Todo ello en virtud de lo dispuesto en la normativa nacional, en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable”.*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
necesidades de asistencia sanitaria de la familia en las cuantías mínimas que el mencionado artículo 54 estipula. Pese a ello, la regulación que pretende materializarse a través de la modificación del artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo (específicamente, con sustento en lo previsto en su apartado segundo, epígrafe c)) condiciona nuevamente el acceso a la atención sanitaria de los extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio español al hecho de que dicha residencia sea "*legal*" y la persona en cuestión no tenga "*la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía*". En relación con lo expuesto, no debe obviarse que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental recogido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales constituye una obligación vinculante para el Estado español, debiendo el mismo promover las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Esta obligación se extiende de forma particular a los colectivos más vulnerables, en aplicación de los principios de equidad y no discriminación, y tal y como se recoge en la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En un contexto de crisis de salud pública como el actual donde el vínculo entre la salud comunitaria y la individual es más evidente que nunca, la urgencia de hacer efectivo este derecho sin distinciones ni excepciones cobra, además, mayor relevancia si cabe, por lo que **instamos la supresión de la condición expresada en los párrafos que preceden, contenida en el artículo 3 (obligación de tener contratada la cobertura por otra vía - seguro privado)** del Anteproyecto de Ley sometido a consulta.		
Se propone modificar la redacción del numeral Uno del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.* *1. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y todas las personas extranjeras que vivan en España ~~tengan establecida su residencia en el territorio español~~. Se podrá acreditar éste último extremo mediante el certificado de empadronamiento o, en caso de no tenerlo, mediante cualquier documentación que lo acredite.* *Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de*	**Plataforma del Tercer Sector**	**No se acepta**. Para establecer unas pautas comunes de actuación a todas las CCAA, el Ministerio de Sanidad publicó las "Recomendaciones *para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencial legal en territorio español para recibir asistencia sanitaria*" que en el punto 3.1.b de Documentación que acredite la residencia efectiva en el territorio español por un periodo previo de 3 meses dispone lo siguiente: "*En caso de que la persona solicitante no pueda acreditar su residencia mediante el correspondiente volante de empadronamiento por existir alguna imposibilidad para ello (carencia de domicilio, imposibilidad de empadronamiento en su domicilio, otros…) se podrá recabar la acreditación de residencia efectiva previa con una antelación mínima*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas. *(…)* Justificación: Sabemos que las personas extranjeras solicitantes de protección internacional tardan en poder solicitar cita en las oficinas de solicitud de protección internacional por diferentes motivos (desconocimiento de la legislación, dificultad con el idioma, desconfianza en el sistema, etc.), por lo que quedan excluidas en la práctica los primeros 90 días, periodo en el que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad sanitaria. Además, existe un gran desconocimiento por parte del personal administrativo en cuanto a los derechos que les acogen por lo tanto es imprescindible **protocolarizar** en todos los centros de salud, hospitales, etc, dicha efectividad y que el acceso a los recursos no se siga produciendo en función de la buena voluntad del trabajador o trabajadora que les atiende. Este protocolo debe ir acompañado de **acciones de formación y sensibilización** para dar a conocer cómo actuar en el limbo que se produce mientras están en trámite de solicitud		*de 3 meses aportando documentos oficiales de cualquier Administración del Estado, carta de viaje expedida por el consulado, inscripciones en colegios, registro de visitas a servicios sociales, etc.*" Por otra parte, el artículo 3 ter actual de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, tras valorar las alegaciones se ha modificado. De la modificación cabe resaltar: - Se ha convertido en 3 bis englobando todos los colectivos de personas extranjeras que no son titulares de derecho y, en nuestro país, tienen acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares. Estas son: victimas de trata, protección internacional, protección temporal y personas no registradas ni autorizadas. - Para mayor precisión, tras alegaciones se ha incluido lo subrayado: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde **el momento de la presentación de** la solicitud, sin menoscabo de que

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de la tarjeta de protección internacional puesto que no se encuentran registradas ni autorizadas como residentes en España. Solo así se garantizará el derecho real de estas personas. Fruto de la diversidad de situaciones que padecen las mujeres en general y las de origen extranjero en particular, somos conscientes de la dificultad que conlleva para ellas poder acreditarse como víctimas de trata, por lo tanto, de cara a garantizar **el acceso universal al SNS**, solicitamos que este derecho se haga extenso a cualquier tipo de víctima de violencia de género cuya condición pueda ser demostrada sin necesidad de iniciar un procedimiento jurídico que conlleve resolución en firme puesto que muchas de estas mujeres no son conscientes de estar sufriendo violencia, no se atreven a denunciar, o en el caso de hacerlo, no se les ha considerado como tal en resolución judicial. Por todo ello, consideramos **imprescindible** que otras entidades tanto públicas como privadas especializadas en la materia (entidades sociosanitarias, centros de salud, servicios sociales, etc), puedan **acreditar** la situación de las víctimas para poder ser incluidas como titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a las víctimas de trata de seres humanos.		posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago. La violencia de género tiene su legislación específica: *"Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género".*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Esta redacción si contemplaría un acceso universal a la salud de las personas extranjeras. En paralelo, debiera contemplarse la reforma del Artículo 12 de la Ley de Extranjería para recoger igualmente esta cobertura.		
Artículo segundo. Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *"2. Para hacer efectivo el derecho al que se refiere el párrafo primero del apartado 1 con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, las personas titulares de los citados derechos deberán encontrarse en alguno de los siguientes supuestos:* *.....* *c) Ser persona extranjera y con 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."* En este caso nos parece necesario que esta ley prevea implementar alguna medida de control para impedir el abuso de residentes extranjeros, principalmente jubilados de países del entorno europeo, que en virtud de empadronamientos temporales que tienen su origen en estancias vacacionales prolongadas, tengan acceso ilimitado a la asistencia sanitaria sin que se compruebe la temporalidad de su supuesta residencia y sin tener en cuenta la renta de estos ciudadanos que, en su gran mayoría, no pertenecen a colectivos	**Sindicato de Enfermería (SATSE)**	**No se acepta**. Los Reglamentos Comunitarios (CE) nº 883/04 y nº 987/09 se aplican para la coordinación de los Sistemas de Seguridad Social de los Estados miembros de la Unión Europea desde el 01.05.2010. Son países pertenecientes a la Unión Europea: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, República Checa, Chipre, Croacia (desde 01-07-2013), Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido*, Rumanía y Suecia. (*Reino Unido dejó de pertenecer a la Unión Europea el 1 de febrero de 2020) Estos Reglamentos son igualmente aplicables en las relaciones con Suiza desde el 01.04.2012, y en las relaciones con los Estados pertenecientes al Espacio

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
vulnerables sino que, por el contrario, cuentan con un alto poder adquisitivo. De este modo se podría poner ciertos límites al llamado turismo sanitario gratuito mediante el cual estas personas acceden a intervenciones quirúrgicas y otro tipo de tratamientos de elevado coste en el Sistema Nacional de Salud que en sus países de origen les supondrían un coste personal.		Económico Europeo, a partir del 01.06.2012. Son países pertenecientes al Espacio Económico Europeo: Islandia, Liechtenstein y Noruega. La Tarjeta Sanitaria Europea deriva de la aplicación de los Reglamentos y permite a las personas que estén en un país de la Unión Europea que no sea su país de residencia, incluso si están de vacaciones, acceder a prestaciones médicas durante su estancia, en las mismas condiciones y por el mismo coste que las personas aseguradas en ese país. Posteriormente, el sistema de seguridad social de su país de origen abonará/reembolsará dichos costes. Las tarjetas sanitarias europeas son emitidas por los servicios de seguros médicos en el país de la persona asegurada.
Se propone modificar la redacción del numeral Uno del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.*	**CERMI (discapacidad)**	**Se acepta**. Se equipara con el grado de discapacidad establecido en la disposición final trigésima quinta de la *Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021* y que modifica al apartado 8 del artículo 102 del *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitario*s, aprobado por Real Decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio que dispone que las

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
(...) *2.* *(..)* *"2º Las personas descendientes o las de su cónyuge o las de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquella y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al **33** ~~65~~ por ciento."* <u>Justificación</u> Se propone rebajar del 65 al 33 por 100, el grado de discapacidad exigido, ya que en la legislación española la condición o situación legal de discapacidad está definida en el 33 por 100, por lo que si lo que se pretende es proteger a las personas con discapacidad, más vulnerables en términos de atención a la salud y sociales, no tiene sentido elevarlo el grado al 65 por 100, ya que se produciría una exclusión injustificada, que desampararía a un número significativo de personas con discapacidad.		personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 % estarán exentos de aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se propone modificar la redacción del numeral Uno del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.* *(...)* *2.* *(..)* *"2º Las personas descendientes o las de su cónyuge o las de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquella y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al **33** ~~65~~ por ciento."* Justificación Según lo previsto en el ordenamiento jurídico español, se reconoce la condición administrativa de persona con discapacidad a aquellas con un grado igual o	**Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS)**	**Se acepta**. Se equipara con el grado de discapacidad establecido en la disposición final trigésima quinta de la *Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021* y que modifica al apartado 8 del artículo 102 del *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, que dispone que las personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 % estarán exentos de aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
superior al 33%. La exigencia del grado ≥65% excluye, injustificadamente, del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria a aquellas personas con un grado de discapacidad entre 33% y 64% quienes también se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Además, sería contrario a la definición de persona con discapacidad dada en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.		
Se propone modificar la redacción del numeral Uno del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.* *(...)* *2.* *(..)* *"2º Las personas descendientes o las de su cónyuge o las de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquella y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al **33** ~~65~~ por ciento."*	**Dirección General de los Derechos de las Personas con Discapacidad**	**Se acepta**. Se equipara con el grado de discapacidad establecido en la disposición final trigésima quinta de la *Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021* y que modifica al apartado 8 del artículo 102 del *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, que dispone que las personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 % estarán exentos de aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Justificación Se propone rebajar del 65 al 33 por 100, el grado de discapacidad exigido, ya que en la legislación española la condición o situación legal de discapacidad está definida en el 33 por 100, por lo que si lo que se pretende es proteger a las personas con discapacidad, más vulnerables en términos de atención a la salud y sociales, no tiene sentido elevarlo el grado al 65 por 100, ya que se produciría una exclusión injustificada, que desampararía a un número significativo de personas con discapacidad.		
Se propone modificar la redacción del numeral Uno del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, referente a los Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria para la posible inclusión como beneficiarios a los padres del titular en caso de reagrupamiento familiar.	**Consejería de Salud del Principado de Asturias**	**Se acepta.** Se ha incluido como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria.
El artículo segundo, uno y el dos incluyen dentro de la prestación del SNS a las personas con nacionalidad española y residencia en el extranjero que se encuentren temporalmente en nuestro país, que habían sido excluidas en el RDL 16/2012, lo que nos parece un acierto, pero en su apartado 4 parece consolidar	**Federación de Asociaciones para la**	**No se acepta**. El Consejo de Ministros del pasado 28 de septiembre de 2021 autorizó a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) la celebración de los Conciertos para el

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
el modelo de mutualidades de funcionarios *sine die*, lo que reiteramos que nos parece consolidar un fenómeno anómalo fuente de inequidad y discriminación. No nos parece de recibo que se utilice para consolidar el modelo de las Mutualidades de funcionarios que como ya hemos señalado es el mayor factor de inequidad y discriminación dentro de la cobertura sanitaria financiada públicamente y que debe de desaparecer. En este sentido estimamos que se debería, como ya venimos proponiendo hace años, asegurar que todas las personas que se incorporan a este colectivo recibieran asistencia sanitaria por el SNS, dejando el sistema actual de asistencia sanitaria de las Mutualidades a extinguir.	**Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)**	aseguramiento del Acceso a la Prestación de Asistencia Sanitaria en territorio nacional a las personas beneficiarias de la misma que opten por recibirla a través de entidades de seguro, y para personas mutualistas destinadas y/o residentes en el extranjero y sus beneficiarios durante los años 2022, 2023 y 2024 con la finalidad de garantizar la asistencia sanitaria y poder afrontar situaciones como la provocada por la pandemia generada por la COVID-19 y la incorporación del nuevo colectivo derivado de las últimas ofertas de empleo público. En el mismo sentido, el Consejo de Ministros autorizó el 5 de octubre a la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y el 11 de octubre de 2021 al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) a la celebración de Conciertos: • Concierto de Asistencia Sanitaria de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) con la Entidades de Seguro durante los años 2022-2023-2024 (BOE núm. 308, de 24 de diciembre de 2021). • Concierto de Asistencia Sanitaria del Instituto Social de las Fuerzas Armadas de España (ISFAS) con

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		la Entidades de Seguro durante los años 2022-2023-2024 (BOE núm. 313, de 30 de diciembre de 2021). • Concierto de Asistencia Sanitaria de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) con la Entidades de Seguro durante los años 2022-2023-2024 (BOE núm. 18, de 21 de enero de 2022).
El artículo 3 queda redactado de la siguiente forma: *"son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español. Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España,…."* Creemos que debería ser más clarificador hacer algún tipo de referencia a la interrelación que tiene este artículo en relación con lo recogido en los artículos 5 (asistencia sanitaria prestada en otro Estado miembro a pacientes cuyo Estado de afiliación es España) y 6 (asistencia sanitaria prestada en España a pacientes cuyo Estado de afiliación sea otro Estado miembro) del Real Decreto 81/2014 de 7 de febrero por el que se establecen normas para garantizar la asistencia	**Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias**	**No se acepta**. Los Reglamentos Comunitarios (CE) nº 883/04 y nº 987/09 se aplican para la coordinación de los Sistemas de Seguridad Social de los Estados miembros de la Unión Europea desde el 01.05.2010. Son países pertenecientes a la Unión Europea: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, República Checa, Chipre, Croacia (desde 01-07-2013), Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido*, Rumanía y Suecia. (*Reino Unido dejó de pertenecer a la Unión Europea el 1 de febrero de 2020) Estos Reglamentos son igualmente aplicables en las relaciones con Suiza desde el 01.04.2012, y en las

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Territorios tradicionalmente receptores de ciudadanos de otros Estados miembros de la Unión Europea o de otros países del continente, como es el caso de la Comunidad Autónoma de Canarias, tienen que hacer frente a prestaciones de usuarios con una cuestionable "temporalidad" en cuanto a su residencia. Por ello consideramos necesario que se debe dejar constancia de los mecanismos compensatorios que permitan equilibrar las partidas presupuestarias destinadas a asegurar esta asistencia, las cuales, por la estacionalidad y perfil del usuario no residente habitual, pueden sufrir grandes variaciones difíciles de ajustar a posteriori.		relaciones con los Estados pertenecientes al Espacio Económico Europeo, a partir del 01.06.2012. Son países pertenecientes al Espacio Económico Europeo: Islandia, Liechtenstein y Noruega. La Tarjeta Sanitaria Europea deriva de la aplicación de los Reglamentos y permite a las personas que estén en un país de la Unión Europea que no sea su país de residencia, incluso si están de vacaciones, acceder a prestaciones médicas durante en sus desplazamientos temporales, en las mismas condiciones y por el mismo coste que las personas aseguradas en ese país. Posteriormente, el sistema de seguridad social de su país de origen abonará/reembolsará dichos costes. Las tarjetas sanitarias europeas son emitidas por los servicios de seguros médicos en el país de la persona asegurada Si la estancia no es por un viaje, sino por un cambio de residencia, el formulario S1 (antiguo E-106) permite la atención sanitaria en otro país de la UE distinto del que se esté asegurado a trabajadores desplazados, trabajadores transfronterizos, pensionistas o funcionarios, así como a las personas a su cargo.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Respecto de la nueva redacción que se pretende introducir en el artículo 3 de la Ley 16/2003, hemos de indicar que la letra d) reconoce como **titulares** del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria a personas de nacionalidad española de origen que **no residen** en España y se desplazan temporalmente al territorio español y amplía este derecho a los **familiares que les acompañen.** Este apartado presenta una gran inconcreción, lo que provoca una importante inseguridad jurídica y puede dar lugar a situaciones de abuso. ¿Qué debemos entender por desplazamiento temporal? ¿Durante qué periodo se cubrirá la asistencia sanitaria? ¿Qué tipo de patologías e intervenciones se deben cubrir? Una cuestión es que las personas de nacionalidad española, aunque no residan en España, puedan tener derecho a la asistencia sanitaria en nuestro país en situaciones sobrevenidas o de urgencia y otra muy diferente es que se puedan desplazar a España para tratar patologías crónicas no cubiertas en los sistemas de salud de sus lugares de residencia o para practicarse intervenciones quirúrgicas no urgentes. Es cierto que este tipo de situaciones de abuso, parece que se intentan evitar con el inciso "*Para que las personas contempladas en la letra d) reciban atención*	**Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia**	**Se acepta parcialmente.** El segundo párrafo del apartado primero del artículo tres ya establece que: "*Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.*" Sin embargo, la lectura del artículo 3.2.d puede dar lugar a interpretar que es un derecho aplicable a todos los españoles de origen residentes en el exterior, cuando no lo es en el caso de los españoles que pudiesen exportar ese derecho desde sus países de residencia. Según las sentencias del Tribunal Constitucional [Sentencia del Tribunal Constitucional nº 31/2010,

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sanitaria con cargo a fondos públicos, esta atención no podrá constituir el motivo de su desplazamiento"; pero volvemos a estar ante un inciso muy indeterminado que en ningún caso indica que requisitos se van a exigir para acreditar este extremo. Por otra parte, es necesario aclarar si esta letra d) es aplicable solo a personas españolas de origen, residentes en terceros países o también a españoles con residencia en la Unión Europea. Si incluye estos últimos casos, ¿Cómo se conjuga el derecho otorgado por esta letra con el de las personas españolas residentes en países europeos que se desplazan con la Tarjeta sanitaria de la UE? Así mismo indicar, que la regulación que se recogen sobre lo que se debe entender por familiares a estos efectos, también parece muy abierta. Para evitar situaciones indeseables de picaresca se debería limitar a personas que convivan con la persona de nacionalidad española, exigiendo un periodo mínimo de convivencia.		de 28 de junio (cuestión de inconstitucionalidad nº 8045/2006) y Sentencia del Tribunal Constitucional nº 90/2009, de 20 de abril (cuestión de inconstitucionalidad nº 5234/2002)] y del Tribunal Supremo [Sentencia del Tribunal Supremo nº 1748/2012, de 23 de febrero de 2012 (recurso nº 603/2008)], las exposiciones de motivos y los preámbulos de las leyes y los reales decretos carecen de valor normativo pero sí tienen valor interpretativo. Se modifica, por tanto, el texto de la **exposición de motivos** añadiendo lo siguiente (negrita): *"En el artículo segundo se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud con varios objetivos de gran calado, siendo estos:* *A) En relación al acceso universal al SNS, persigue ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		*desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares que les acompañen, **cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura, dado que el apartado segundo del artículo tercero de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud desarrolla los supuestos contemplados en el apartado primero. Así como** garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. Adicionalmente incluye, dentro de los supuestos que permiten ser titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación*". Hay que tener en cuenta que, en lo referente a la ampliación de derechos que se propone, actualmente está contemplado este derecho pero solo para los

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		españoles de origen, trabajadores o pensionistas, residentes en el exterior, y para los familiares que les acompañaran, según establece la actual redacción del artículo 26 del *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*. La norma amplía el número de españoles beneficiarios de este derecho a los españoles de origen que residen en el extranjero, pero no trabajan, en sus desplazamientos temporales a nuestro país, por lo que se considera que es un volumen de población muy escaso y durante periodos temporales limitados. Además, el reconocimiento de este derecho no conlleva necesariamente que vayan a precisar de una asistencia sanitaria en España, ya que se trata de estancias temporales que coinciden con sus periodos de estancia en España.
Por lo que respecta a las modificaciones relativas al acceso universal al SNS, el texto introduce de nuevo la redacción completa de los artículos 3, 3 bis y 3 ter indicando que se pretende homogeneizar la aplicación de los criterios de universalidad ya establecidos con el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, que en la práctica han venido aplicando desde entonces las diferentes comunidades autónomas, sin embargo la relación propuesta no introduce criterios aclaratorios y se centra en la incorporación en la Ley de dos nuevos colectivos, cuya asistencia sanitaria está parcialmente reconocida en vía reglamentaria.	**Consejería de Salud de la Región de Murcia**	**Se acepta parcialmente.** El segundo párrafo del apartado primero del artículo tres ya establece que: "*Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En primer término, en el artículo 3.2 se incluye una nueva letra d) para incluir el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior que se desplaza temporalmente al territorio español, así como a los familiares que le acompañen. Este derecho ya se encontraba parcialmente reconocido en el 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, si bien con un carácter más limitado y ante la carencia de otra normativa española o internacional que garantice dicha prestación sanitaria. Esta modificación pretende amparar el derecho a la asistencia sanitaria a los españoles o familiares desplazados temporalmente a nuestro país con independencia de que dicha persona sea titular de este derecho a la asistencia sanitaria por cualquier otro título reconocido por la normativa española, por reglamentos comunitarios o por convenios bilaterales. Pues bien, reconociendo el deber de garantizar que ningún español en el extranjero con motivo de un desplazamiento temporal a España quede desamparado, lo lógico es que esta cobertura se configurase con carácter		*forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.*" Sin embargo, la lectura del artículo 3.2.d puede dar lugar a interpretar que es un derecho aplicable a todos los españoles de origen residentes en el exterior, cuando no lo es en el caso de los españoles que pudiesen exportar ese derecho desde sus países de residencia. Según las sentencias del Tribunal Constitucional [Sentencia del Tribunal Constitucional nº 31/2010, de 28 de junio (cuestión de inconstitucionalidad nº 8045/2006) y Sentencia del Tribunal Constitucional nº 90/2009, de 20 de abril (cuestión de inconstitucionalidad nº 5234/2002)] y del Tribunal Supremo [Sentencia del Tribunal Supremo nº 1748/2012, de 23 de febrero de 2012 (recurso nº 603/2008)], las exposiciones de motivos y los preámbulos de las leyes y los reales decretos carecen de valor normativo pero sí tienen valor interpretativo. Se modifica, por tanto, el texto de la

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
supletorio o subsidiario en defecto de un título habilitante por el que esa persona ostente ya el derecho a la asistencia sanitaria en nuestro país. Y esta previsión resultaría tanto más necesaria atendiendo al inciso final que se incorpora en el anteproyecto al indicar que "Para que las personas contempladas en la letra d) reciban atención sanitaria con cargo a fondos públicos, esta atención no podrá constituir el motivo de su desplazamiento". Es decir, la Ley pretende indicar que la cobertura sanitaria que se pretende garantizar no ampara en modo alguno aquellos desplazamientos a España cuyo motivo principal sea recibir una determinada prestación o servicio sanitario. Por este motivo, y dada la dificultad que las administradoras gestoras de la asistencia sanitaria pueden tener medios para comprobar la concurrencia de esta circunstancia, **lo más adecuado sería precisamente configurar y reconocer este derecho con carácter supletorio o subsidiario a la aplicación del título que, en su caso, pueda tener reconocido el español residente en el extranjero**.		**exposición de motivos** añadiendo lo siguiente (negrita): "*En el artículo segundo se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud con varios objetivos de gran calado, siendo estos:* *A) En relación al acceso universal al SNS, persigue ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares que les acompañen**, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura, dado que el apartado segundo del artículo tercero de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud desarrolla los supuestos contemplados en el*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		apartado primero. Así como garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. Adicionalmente incluye, dentro de los supuestos que permiten ser titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación". Hay que tener en cuenta que, en lo referente a la ampliación de derechos que se propone, actualmente está contemplado este derecho pero solo para los españoles de origen, trabajadores o pensionistas, residentes en el exterior, y para los familiares que les acompañaran, según establece la actual redacción del artículo 26 del *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*. La norma amplía el número de españoles beneficiarios de este derecho a los españoles de origen que residen en el extranjero, pero

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		no trabajan, en sus desplazamientos temporales a nuestro país, por lo que se considera que es un volumen de población muy escaso y durante periodos temporales limitados. Además, el reconocimiento de este derecho no conlleva necesariamente que vayan a precisar de una asistencia sanitaria en España, ya que se trata de estancias temporales que coinciden con sus periodos de estancia en España.
Se propone modificar la redacción del numeral Uno del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "*Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.* *(...)* *2.* *(..)* *"2º Las personas descendientes o las de su cónyuge o las de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquella y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al **33** ~~65~~ por ciento."*	**Plataforma del Tercer Sector**	**Se acepta**. Se equipara con el grado de discapacidad establecido en la disposición final trigésima quinta de la *Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021* y que modifica al apartado 8 del artículo 102 del *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 que dispone que las personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 % estarán exentos de aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
(…) Justificación: Se propone rebajar del 65 al 33 por 100, el grado de discapacidad exigido, ya que en la legislación española la condición o situación legal de discapacidad está definida en el 33 por 100, por lo que si lo que se pretende es proteger a las personas con discapacidad, más vulnerables en términos de atención a la salud y sociales, no tiene sentido elevarlo el grado al 65 por 100, ya que se produciría una exclusión injustificada, que desampararía a un número significativo de personas con discapacidad.		
Modificar el artículo 3 de la Ley 16/2003 en los siguientes términos: *"Artículo 3. Titulares de los derechos.* *1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos los siguientes:* ***a) Todas las personas con nacionalidad española*** ***b) Las personas extranjeras que se encuentren en España, inscritas en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual.*** ***En caso de tener dificultades para realizar el empadronamiento, la residencia efectiva podrá acreditarse mediante una declaración responsable u otros documentos certificativos tales como un informe favorable de Servicios***	**REDER, Yo Sí Sanidad Universal y Amnistía Internacional**	**Se acepta parcialmente.** El artículo 3 ter actual de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, tras valorar las alegaciones se ha modificado. De la modificación cabe resaltar: - Se ha convertido en 3 bis englobando todos los colectivos de personas extranjeras que no son titulares de derecho y, en nuestro país, tienen acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares. Estas son: victimas de trata, protección internacional, protección temporal y personas no registradas ni autorizadas.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Sociales o de ONG debidamente acreditadas, u otros medios de prueba que serán fijados por vía reglamentaria. ***2. En cualquier caso, las personas extranjeras que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos en los siguientes supuestos:*** ***a) A la asistencia sanitaria pública de urgencia, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.*** ***b) Las menores de dieciocho años tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las españolas.*** ***c) Las embarazadas tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto, incluyendo el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.*** ***d) Las personas solicitantes de protección internacional y apátridas tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas españolas desde el momento que solicitan cita ante el organismo competente dentro del Ministerio del Interior.*** ***e) Las personas extranjeras víctimas de trata de seres humanos tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las españolas. En caso de no ser identificadas por las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, podrá acreditarse la situación de víctimas de trata mediante un informe favorable de entidades especializadas o servicios de acogida.*** ***f) La atención en los supuestos de Salud Pública: enfermedades transmisibles que supongan un riesgo para la salud pública (Enfermedades de Declaración Obligatoria) y trastornos mentales graves.***		- Se mantiene la necesidad de informe social en las personas extranjeras en situación de estancia temporal (personas que entran regularmente a España y que por cualquier motivo no tienen tarjeta europea o país que pague su asistencia). En concreto, en el caso de personas extranjeras en situación de estancia temporal, se ha incluido que, para recibir asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos, será preceptivo un informe previo favorable que acredite su voluntad de residir en España emitido por los servicios sociales competentes - En el caso de las personas no registradas ni autorizadas en España se ha incluido que la acreditación de los requisitos para que la *asistencia sea con cargo a los fondos públicos* se pueda realizar por declaración responsable. Por otra parte, se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
g) Las personas con enfermedades crónicas *3. Las Administraciones Públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que, por razones culturales, lingüísticas, religiosas, sociales o de discapacidad, tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud".* **Como consecuencia de esta nueva redacción del artículo 3, se elimina el artículo 3 ter de la Ley 16/2003.** Además, con el fin de blindar de manera más efectiva el derecho a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras, **recomendamos** la recuperación del artículo 12 de Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, previo a la reforma introducida por el RDL 16/2012.		Cabe recordar que en el texto de primera vuelta ya se establece lo siguiente: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago". Para mayor precisión, tras alegaciones se ha incluido lo subrayado: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago". No se acepta el resto de la redacción propuesta para el artículo 3 la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud porque son titulares del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos españoles las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español. Y sin perjuicio de que esta asistencia sanitaria se realice con cargo a fondos de otros países, de acuerdo a lo establecido en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o en los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria. Ya que son de aplicación los Reglamentos Comunitarios (CE) nº 883/04 y nº 987/09 para la coordinación de los Sistemas de Seguridad Social de los Estados miembros de la Unión Europea desde el 01.05.2010 a los países pertenecientes a la Unión Europea: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, República Checa, Chipre, Croacia (desde 01-07-2013), Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido*,

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Rumanía y Suecia. (*Reino Unido dejó de pertenecer a la Unión Europea el 1 de febrero de 2020). Estos Reglamentos son igualmente aplicables en las relaciones con Suiza desde el 01.04.2012, y en las relaciones con los Estados pertenecientes al Espacio Económico Europeo, a partir del 01.06.2012. Son países pertenecientes al Espacio Económico Europeo: Islandia, Liechtenstein y Noruega. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, como señala el actual artículo 3 ter, pero no son titulares del derecho ni pueden exportar este derecho fuera del territorio español.
Este Anteproyecto persiste en mantener la distinción entre la titularidad y la tenencia del derecho, lo que conlleva una regulación discriminatoria que se ha adoptado sin motivación legal alguna, pues no estaba contemplada en la regulación anterior al Real Decreto-Ley 16/2012.	**Médicos del Mundo**	**No se acepta.** Son titulares del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos españoles las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español. Y sin perjuicio de que esta asistencia sanitaria se realice con cargo a fondos de otros países, de acuerdo a lo establecido en los

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o en los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, como señala el actual artículo 3 ter, pero no son titulares del derecho ni pueden exportar este derecho fuera del territorio español.
El texto no recoge ningún tipo de medida dirigida a corregir la situación de absoluta **exclusión en la que permanecen las personas ascendientes** que llegan a España a través de un proceso de reagrupación familiar pero lo cierto es que no existe ninguna previsión en el derecho comunitario que justifique la exclusión de las personas ascendientes.	**Médicos del Mundo**	**Se acepta**. Se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y estar a cargo del mismo, y que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria.
Para garantizar el acceso al sistema sanitario a las personas migrantes en situación irregular:	**SOS Racismo Madrid / Movimiento #Regularizacionya / Comunidad Negra**	**No se acepta.** El artículo 3 ter actual de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"Artículo 3 de la Ley 16/2003 *1.-Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos los siguientes:* *Las personas no autorizadas ni registradas como residentes en España son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española y con cargo a fondos públicos.* *El supuesto anterior se podrá acreditar mediante documentación válidamente emitida que le identifique como una persona que no es titular de una autorización prevista en la LOEx o en el RD 557/2011.* *Tal situación, en cualquier caso, podrá ser acreditada mediante un informe de servicios sociales o de la trabajadora social del Centro de Salud".*	**Africana y Afrodescendiente en España (Cnaae) / Comité de Emergencia Antirracista**	*Nacional de Salud*, tras valorar las alegaciones se ha modificado. De la modificación cabe resaltar: - Se ha convertido en 3 bis englobando todos los colectivos de personas extranjeras que no son titulares de derecho y, en nuestro país, tienen acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares. Estas son: victimas de trata, protección internacional, protección temporal y personas no registradas ni autorizadas. - Se mantiene la necesidad de informe social en las personas extranjeras en situación de estancia temporal (personas que entran regularmente a España y que por cualquier motivo no tienen tarjeta europea o país que pague su asistencia). En concreto, en el caso de personas extranjeras en situación de estancia temporal, se ha incluido que, para recibir asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos, será preceptivo un informe previo favorable que acredite su voluntad de residir en España emitido por los servicios sociales competentes - En el caso de las personas no registradas ni autorizadas en España se ha incluido que la acreditación de los requisitos para que la *asistencia sea con cargo a los fondos públicos*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		se pueda realizar por declaración responsable. Por otra parte, se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. Cabe recordar que en el texto de primera vuelta ya se establece lo siguiente: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago". Para mayor precisión, tras alegaciones se ha incluido lo subrayado: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde **el momento de la presentación de** la solicitud, sin menoscabo de que

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago.
En el artículo 3.2 también se incluyen las letras e) y f) para proceder a la inclusión como titulares del derecho a la asistencia sanitaria a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y a las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación. En realidad, como pone de manifiesto la propia MAIN, estas personas ya tenían reconocido este derecho en virtud del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, por lo que su inclusión obedece únicamente a una previsión de incorporar en un texto con rango de Ley este derecho a la asistencia sanitaria de estas personas. Al margen de ello, como en tantas otras ocasiones en que se ha procedido a la ampliación del reconocimiento a la asistencia sanitaria o a la ampliación de la	**Consejería de Salud de la Región de Murcia**	**No se acepta**. La reforma de la financiación autonómica se realiza en el marco de la Conferencia de Presidentes de las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y de Melilla. No es objetivo de la norma modificar el sistema de financiación autonómica establecido en la *Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias*. Al respecto, el Ministerio de Hacienda ha remitido a todas las comunidades autónomas de régimen común y a las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla un documento para iniciar el debate sobre la reforma de la financiación autonómica, con fecha 3-12-2021, el "INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL CÁLCULO DE LA POBLACIÓN AJUSTADA".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
cartera de servicios por parte de la Administración del Estado, es obligado reiterar la necesidad de que la adopción de cualquier reforma legal lleve aparejado a favor de las Comunidades Autónomas, por lealtad institucional la atribución de la correspondiente dotación presupuestaria, suficiente y específica, para hacer frente a estos compromisos legales, sin que a estos efectos resulte suficiente considerar que el régimen general de financiación de las comunidades autónomas permita garantizar la suficiencia de medios para afrontar esos nuevos compromisos, máxime en aquellas comunidades autónomas, como sucede especialmente con la Región de Murcia, que atendiendo a la actual sistema de financiación se encuentran en una situación claramente deficitaria respecto a otros territorios.		El nuevo modelo de financiación autonómica prevé que el peso del gasto sanitario se incremente entre 2 y 7 puntos y de esta manera su incidencia en el reparto pase del 38% actual, al 40 o incluso al 45%. El peso del gasto sanitario en la población ajustada aumentaría respecto al sistema actual y pasaría de tener una ponderación del 38% a una entre el 40 y el 45%. En la actualidad estos dos colectivos ya reciben asistencia sanitaria por lo establecido en las disposiciones adicionales cuarta y quinta, respectivamente, del *Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*, pero no se encuentran incluidas en el artículo que regula esta condición en la normativa sanitaria española. Ello no implica una modificación del gasto sanitario de las CCAA.
Se propone un texto semejante a: *"**3.2.e)** Ser persona solicitante de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, **acreditada mediante el Documento Acreditativo de la condición de Solicitante de Protección***	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**No se acepta**. Para mantener la concordancia con la *Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria* que establece en el artículo 16.2 que las personas nacionales no

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Internacional (tarjeta roja)". La atención sanitaria con cargo a fondos públicos no podrá constituir el motivo de la solicitud de acceso a la asistencia de los solicitantes de protección internacional*".* <u>Justificación</u> La atención sanitaria de los solicitantes de protección internacional (PI) debería ajustarse a lo establecido en la normativa nacional e internacional: -La Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria fue desarrollada por el RD 203/1995, de 10 de febrero, cuyo artículo 15.1 prevé: *"1. Los solicitantes de asilo, siempre que carezcan de medios económicos, podrán beneficiarse de servicios sociales, educativos y sanitarios que presten las Administraciones públicas competentes, dentro de sus medios y disponibilidades presupuestarias, para asegurar un nivel de vida adecuado que les permita subsistir. Las prestaciones otorgadas podrán modularse cuando la solicitud de asilo se encuentre pendiente de admisión a trámite, y se garantizará, en todo caso, la cobertura de las necesidades básicas de los solicitantes de asilo. Con carácter general, el acceso a la educación, a la atención sanitaria, a la Seguridad Social y a los servicios sociales se regirán por lo dispuesto, respectivamente, en los artículos 9, 12 y 14 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social".*		comunitarias y las apátridas presentes en territorio español que sean solicitantes de protección internacional tendrán derecho a la asistencia sanitaria y en el artículo 18.1.f que tienen el derecho a la atención sanitaria una vez presentada la solicitud. Por lo tanto, las personas extranjeras solicitantes de asilo tienen derecho a la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud con cargo a los fondos públicos desde el momento en que presentan la solicitud de protección internacional y la Comisaría General de Extranjería y Fronteras les expide como documento acreditativo el resguardo de presentación de solicitud de la condición de solicitante de protección internacional (tarjeta blanca).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
- La Directiva 2013/33/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de junio de 2013, por la que se aprueban normas para la acogida de los solicitantes de protección internacional, en su artículo 17, establece: *"17. Normas generales sobre condiciones materiales de acogida y atención sanitaria* *3. Los Estados miembros podrán conceder todas o algunas de las condiciones materiales de acogida y de atención sanitaria a condición de que los solicitantes carezcan de medios suficientes para tener atención sanitaria y un nivel de vida adecuado que les permita subsistir.* *4. Los Estados miembros podrán exigir a los solicitantes que sufraguen o contribuyan a sufragar los costes inherentes a las condiciones materiales de acogida y a la atención sanitaria previstos en la presente Directiva con arreglo a lo dispuesto en el apartado 3 cuando los solicitantes tengan recursos suficientes, por ejemplo si han trabajado durante un período de tiempo razonable.* *Cuando resulte que un solicitante tenía medios suficientes para cubrir los costes inherentes a las condiciones materiales de acogida y a la atención sanitaria en el momento en que se cubrieron dichas necesidades básicas, los Estados miembros podrán pedir al solicitante su reembolso.* *5. Cuando los Estados miembros proporcionen las prestaciones inherentes a las condiciones materiales de acogida en forma de asignaciones financieras o de*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
vales, la cuantía de las mismas se fijará de conformidad con los niveles que el Estado miembro de que se trate haya establecido, por ley o en la práctica, para garantizar un nivel de vida adecuado a los nacionales. A este respecto, los Estados miembros podrán dispensar a los solicitantes un trato menos favorable que a los nacionales, en particular, cuando la ayuda material se preste parcialmente en especie o cuando dichos niveles, aplicados a los nacionales, tengan por objeto garantizar un nivel de vida superior al previsto para los solicitantes con arreglo a la presente Directiva". Por otra parte, el Documento Acreditativo de la condición de Solicitante de Protección Internacional (tarjeta roja) es el verdadero documento que acredita la condición de Solicitante de PI y no otros documentos previos emitidos por la OAR -Oficina de Asilo y Refugio- (Resguardo de Presentación de Solicitud de la condición de Solicitante de Protección Internacional -resguardo blanco-). Esto hace que más de 60% de los solicitantes de PI que obtienen el Resguardo blanco no lleguen a solicitar la tarjeta roja o dilaten el procedimiento mediante la presentación de recursos administrativos a la resolución de denegación, a sabiendas de que no cumplen criterios y de que finalmente su solicitud de PI se resolverá de forma negativa. Sin embargo, dada la ausencia de acceso a las bases de datos de la OAR, las comunidades autónomas no podemos conocer el estado de tramitación de cada expediente, lo que obliga a seguir manteniendo el acceso a la asistencia por esta vía de forma prolongada, periodo que ha ido		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
aumentando durante los últimos 5 años y qué en la actualidad, es de unos 18 meses, sin contar la tramitación de los recursos, en su caso. Por todo ello, debiera valorarse la posibilidad de limitar la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a aquellos extranjeros que solicitan PI cuando la finalidad del traslado sea exclusivamente sanitaria.		
Art. 3.4: Debería aclarar la cobertura asistencial a prestar por las mutualidades-provisión privada, pues no se hace referencia en este caso, a diferencia de la clara indicación que se hace respecto a los afiliados a Mutualidades-provisión SNS. Por ello, se propone: - Donde dice: *"3.4. (…) por su parte, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades".* - Debería decir: *"3.4. (…) por su parte, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades, **debiendo facilitar la totalidad de la cartera***	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**No se acepta**. La Disposición adicional cuarta de extensión del contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* ya establece que: "*La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU), como integrantes del Sistema Nacional de Salud en su calidad de entidades gestoras de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, de las Fuerzas Armadas y del Personal al Servicio de la Administración de Justicia, respectivamente, tendrán que garantizar el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como las garantías sobre accesibilidad, movilidad, calidad, seguridad,*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
común de servicios del SNS, establecida en el RD 1030/2006, de 15 de septiembre".		*información y tiempo recogidas en esta ley, de acuerdo con lo dispuesto en su normativa específica.* *En materia de salud pública, se exceptúan de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de dichas Mutualidades las actuaciones de vigilancia epidemiológica, protección y promoción de la seguridad alimentaria, protección y promoción de la sanidad ambiental, vigilancia y control de los riesgos derivados de la importación y tránsito de bienes y viajeros, y las acciones generales de protección y promoción de la salud relacionadas con la prevención y abordaje de las epidemias y catástrofes."*
El artículo segundo modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. En el nuevo **artículo 3, apartado** 4, relativo al régimen de 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, que mantendrán su régimen jurídico específico, se indica:	**Ministerio de Hacienda y Función Pública**	**Se acepta con redacción alternativa:** *con la única salvedad de la prestación farmacéutica ambulatoria a través de las oficinas de farmacia*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público serán adscritas a los servicios de salud de las comunidades autónomas o al INGESA, según corresponda, que les facilitarán, conforme a las normas legales y de procedimiento que rijan en el ámbito de dichos servicios, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se financiará conforme a lo previsto en el artículo 10, con la singularidad en la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficinas de farmacia que se recoge en su normativa específica." El apartado señalado, que hace referencia a la singularidad en la prestación farmacéutica, puede resultar poco precisa, considerándose más acertada la redacción existente hasta ahora, o fórmula o similar: "(...), ***con la única salvedad de la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficina de farmacia***".		
Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del SNS. Se modifica el artículo 3 apartado 4 en lo relativo al régimen de 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	**Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)**	**Se acepta**.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico. En la nueva versión del apartado 4 de este se indica *"A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público serán adscritas a los servicios de salud de las comunidades autónomas o al INGESA, según corresponda, que les facilitarán, conforme a las normas legales y de procedimiento que rijan en el ámbito de dichos servicios, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se financiará conforme a lo previsto en el artículo 10,* ***con la singularidad en la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficinas de farmacia que se recoge en su normativa específica****.* Esta redacción que hace referencia a la singularidad en la prestación farmacéutica nos parece una expresión vaga y poco precisa. Muface considera que la redacción más acertada es la que ya tenía el artículo previamente, "***con la única salvedad de la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficina de farmacia***"		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En relación con la modificación del artículo 3, apartado 4, **sobre el 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**, la plataforma CH2025 quiere subrayar que, cuando las personas encuadradas en dichas mutualidades hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro, éstas deberían ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades, **aplicando en el ámbito de dichos centros la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, especialmente en el marco de la Atención Primaria, con asignación fija de las personas a un Médico y Enfermera de Familia y Comunitaria para garantizar la prestación de la misma.**	**Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025)**	**No se acepta**. No es competencia del Ministerio los conciertos acordados por las Mutualidades con las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria privadas. En este supuesto, para acceder a la asistencia sanitaria de los profesionales de Atención Primaria el mutualista puede acudir a cualquier facultativo que figure en el Catálogo de Proveedores al que esté adscrito. En los municipios de menos de 20.000 habitantes, donde exista Convenio Rural, los mutualistas pueden recibir la asistencia sanitaria a través los Servicios de Atención Primaria de la Red Sanitaria Pública. Al respecto, el Concierto de Asistencia Sanitaria de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) con la Entidades de Seguro durante los años 2022-2023-2024 establece en su punto 2.2 que: "**2.2. *Cartera de Servicios de Atención Primaria*** *La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria y se facilitará por especialistas en medicina familiar y comunitaria o médicos generalistas, especialistas en pediatría y profesionales*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		de enfermería, sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales, e incluye: *a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.* *b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.* *c) Atención paliativa a enfermos terminales*".
En el artículo segundo *"Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud"*, se propone añadir al artículo 3 *"Titulares del derecho a la protección a la salud y a la asistencia sanitaria"* al final del apartado 4, lo siguiente: "*En caso recibir un tratamiento con un medicamento de terapia avanzada, el gasto correspondiente al medicamento será abonado directamente al titular de la autorización de comercialización o, en su caso, al representante local del medicamento en España, directamente por la entidad de seguro*". Uno. El artículo 3 queda redactado de la siguiente forma:	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**No se acepta**. Las cuantías a compensar por las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria privadas a los servicios regionales de salud no pueden figurar en una norma de ley. Al respecto, el Concierto de Asistencia Sanitaria del Instituto Social de las Fuerzas Armadas de España (ISFAS) con la Entidades de Seguro durante los años 2022-2023-2024 (BOE núm. 313, de 30 de diciembre de 2021) establece en su punto 2.8.3.c que: *"C) **Tratamientos con terapias avanzadas**.*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Artículo 3. *Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria*. (…) 4. *Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el 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, que mantendrán su régimen jurídico específico*. *A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público, serán adscritas a los servicios de salud de las comunidades autónomas o al INGESA, según corresponda, que les facilitarán, conforme a las normas legales y de procedimiento que rijan en el ámbito de dichos servicios, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se financiará conforme a lo previsto en el artículo 10, con la singularidad en la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficinas de farmacia que se recoge en su normativa específica.* *Por su parte, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado al*		*Los tratamientos de terapias avanzadas autorizados en el Sistema Nacional de Salud serán a cargo de la Entidad. Estos tratamientos serán prescritos por los especialistas de los correspondientes servicios asignados y para su autorización y dispensación deberán someterse al dictamen preceptivo del Comité de Expertos Nacional dependiente del Ministerio de Sanidad".* El de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) con la Entidades de Seguro durante los años 2022-2023-2024 (BOE núm. 308, de 24 de diciembre de 2021) establece en su punto 8.6 que: "*8.6.* ***Financiación adicional de prestaciones gravosas*** *8.6.1 Algunas de las prestaciones que incluye la Cartera de Servicios del Concierto se caracterizan por su elevado coste económico, especialmente significativo es el de la terapia avanzada (Inmunoterapias CAR-T) y el de la protonterapia,*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
pago, de acuerdo a la normativa vigente. ***En caso recibir un tratamiento con un medicamento de terapia avanzada, el gasto correspondiente al medicamento será abonado directamente al titular de la autorización de comercialización o, en su caso, al representante local del medicamento en España, directamente por la entidad de seguro****".*		*ambas sometidas conforme a la cláusula 2.12 a dictamen de comités de expertos, siguiendo el procedimiento de la cláusula 4.9.* *8.6.2* ***MUFACE abonará a la Entidad por cada tratamiento autorizado e iniciado de esas prestaciones las siguientes cantidades:*** ***a) Por cada tratamiento de terapia avanzada la cantidad correspondiente al 60% del precio total de financiación pública en las condiciones establecidas por el Ministerio de Sanidad.*** *b) Por cada tratamiento de Protonterapia la cantidad de 24.000 euros. 8.6.3 El abono se efectuará dentro de los dos meses siguientes a la finalización de cada trimestre natural por los tratamientos que se haya autorizado e iniciado y respecto de los que la Entidad en ese trimestre haya remitido la factura correspondiente".* Y en el punto 2.9.6 establece que:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		"2.9.6 Los tratamientos de terapias avanzadas autorizados en el Sistema Nacional de Salud serán a cargo de la Entidad. Estos tratamientos serán prescritos por facultativo concertado y para su autorización y dispensación deberán someterse al dictamen preceptivo del Comité de Expertos Nacional dependiente del Ministerio de Sanidad, según se especifica en la cláusula 2.12.2."
Prestación sanitaria que no esté sujeta a la regulación de los convenios y que el acceso sea universal independientemente de la casuística legal y administrativa presentada.	**Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid**	**No se acepta**. La Constitución Española, en su artículo 9.3 garantiza el principio de jerarquía normativa según el cual el sistema de fuentes se ordena de acuerdo con la posición que ocupa el órgano emisor de la norma en la estructura del Estado. Y que en su artículo 96.1 que "*Los tratados internacionales válidamente celebrados, una vez publicados oficialmente en España, formarán parte del ordenamiento interno*". La jerarquía normativa en España es la siguiente: – Constitución Española.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		– Reglamentos y directivas de la Unión Europea que sean directamente aplicables (no necesitan trasposición al ordenamiento español). – Tratados internacionales ratificados por el Estado español. – Leyes, emanadas de las Cortes Generales: leyes orgánicas y leyes ordinarias. – Normas con rango de ley, emanadas del poder Ejecutivo (Gobierno): real decreto ley y real decreto legislativo. – Reglamentos dictados por el Gobierno: reales decretos, órdenes de comisiones delegadas, órdenes ministeriales, circulares, instrucciones… Por lo tanto, son de obligado cumplimiento los reglamentos comunitarios de coordinación de los sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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	**Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)**	**No se acepta.** Son titulares del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos españoles las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español. Y sin perjuicio de que esta asistencia sanitaria se realice con cargo a fondos de otros países, de acuerdo a lo establecido en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o en los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, como señala el artículo 3 ter, pero no son titulares del derecho ni pueden exportar este derecho fuera del territorio español.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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 periodo de restablecimiento y reflexión, mientras permanezca en esta situación.*		
Artículo segundo. Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. **La redacción del artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, es confusa, contraria a la seguridad jurídica y comprende algunos aspectos innecesarios. Es más fácil reconocer que son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras "que se encuentren en el territorio español**", que es lo que realmente el anteproyecto de ley pretende, como aclara de forma expresa	**Federación Española de Ortesistas Protesistas (FEDOP)**	**No se acepta.** Son titulares del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos españoles las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español. Y sin perjuicio de que esta asistencia sanitaria se realice con cargo a fondos de otros países, de acuerdo a lo establecido en los reglamentos comunitarios de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
la Memoria de análisis de impacto normativo que acompaña al anteproyecto de ley. Es evidente el impacto económico de todo ello, debiendo aumentarse la financiación destinada a tales fines, cuando desde hace años se sigue un criterio de disminución de la misma, generalizado tanto por parte del Estado como por parte de las comunidades autónomas. Así nos encontramos con que las prestaciones ortoprotésicas del Sistema Nacional de Salud sufren una financiación insuficiente desde siempre, que castiga a los pacientes, de manera que conforme a los datos oficiales últimos (correspondientes a 2018), el gasto total fue de 166 millones de euros, lo que supone una media de gasto por habitante/año de 3,5 €, variando desde 0,9 € de Asturias a 6 € de Andalucía. Tan bajas cifras indican que es insostenible dicha prestación ortoprotésica sin el necesario aumento de presupuesto para, por una parte, absorber esa ampliación de beneficiarios y, por otra, para adecuarla a las nuevas condiciones establecidas por la Orden SCB/45/2019, de 22 de enero, por la que se modifica el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.		coordinación de sistemas de Seguridad Social o en los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria. Ya que son de aplicación los Reglamentos Comunitarios (CE) nº 883/04 y nº 987/09 para la coordinación de los Sistemas de Seguridad Social de los Estados miembros de la Unión Europea desde el 01.05.2010 a los países pertenecientes a la Unión Europea: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, República Checa, Chipre, Croacia (desde 01-07-2013), Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido*, Rumanía y Suecia. (*Reino Unido dejó de pertenecer a la Unión Europea el 1 de febrero de 2020). Estos Reglamentos son igualmente aplicables en las relaciones con Suiza desde el 01.04.2012, y en las relaciones con los Estados pertenecientes al Espacio Económico Europeo, a partir del 01.06.2012. Son países pertenecientes al Espacio Económico Europeo: Islandia, Liechtenstein y Noruega. Los extranjeros en situación administrativa irregular, no registrados ni autorizados como residentes en España, tienen derecho a la protección de la salud y a

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, como señala el artículo 3 ter, pero no son titulares del derecho ni pueden exportar este derecho fuera del territorio español.
Artículo segundo *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* *Dos. Artículo 3 bis. Reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.*		
En el apartado 3 del art. 3 bis se ha modificado la redacción anterior para pasar de que los órganos de extranjería podrían comunicar a los responsables de los tratamientos los datos que resulten imprescindibles para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos a otra en la que dichos responsables de los tratamientos podrán acceder telemáticamente a los datos referentes a la situación administrativa de los extranjeros sin contar con el consentimiento del interesado, así como a los datos que resulten imprescindibles para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.	**Agencia Española de Protección de Datos (AEPD)**	**Se acepta.** En el apartado 3 del artículo 3 bis de la Ley 16/2003 se elimina la frase "**que resulten imprescindibles**" y se sustituye la frase "***sin contar con el consentimiento del interesado***" haciendo mención al artículo 6.1.e) del Reglamento (UE) 2016/679 que establece lo siguiente: *"e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Respecto del acceso telemático, es este un tratamiento de datos personales más, tal y como resulta del art. 4.2 RGPD, que contiene la definición de «tratamiento»: *cualquier operación o conjunto de operaciones realizadas sobre datos personales* o conjuntos de datos personales, ya sea por procedimientos automatizados o no, como la recogida, registro, organización, estructuración, conservación, adaptación o modificación, extracción, *consulta*, utilización, comunicación por transmisión, difusión o *cualquier otra forma de habilitación de acceso*, cotejo o *interconexión*, limitación, supresión o destrucción. El Tribunal Constitucional (TC), en su Sentencia 17/2013, de 31 de enero, tuvo la oportunidad de examinar la posibilidad de acceso por vía telemática por las Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, a determinados datos de extranjeros para la finalidad ahí prevista (cumplimiento de la normativa de entrada, estancia y residencia de los extranjeros en España). En esta sentencia, el Tribunal Constitucional entendió que el respeto a dicha legislación tiene relevancia constitucional, y limita, en un adecuado ejercicio de ponderación, el derecho fundamental a la protección de datos personales. El texto legal sometido a informe establece la finalidad del tratamiento, y específicamente dicha finalidad es comunicar a las administraciones sanitarias		*ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento””.* El acceso telemático del Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las entidades y administraciones públicas es a efectos de acceder telemáticamente a los datos administrativos referentes a la situación administrativa de los extranjeros, sin que en dichos datos estén comprendidos los datos en salud. Se añade al término datos “… ***personales, excluidos los datos de salud… de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6.1.e) del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016***”. ***Se añade también una nueva Disposición adicional segunda de protección de datos de carácter personal, de similar tenor a lo dispuesto en la disposición adicional cuarta de la ley Orgánica 11/2021, de 28 de diciembre, de lucha contra el dopaje en el deporte.***

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
competentes los datos necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y atención sanitaria con cargo a fondos públicos. Cabe apreciar pues una adecuada restricción, pues, al derecho fundamental a la protección de datos en el cumplimiento de una finalidad constitucional. Pero, añade el TC, dichos tratamientos habrán de regirse en su totalidad por la normativa que regula este derecho. Y cabe recordar ahora, de la misma manera que lo recuerda el TC en dicha sentencia, que dichos tratamientos, aunque no requieran del consentimiento del interesado, habrán de regirse por la normativa de protección de datos personales (FJ 7º). Y entre dichas garantías y principios previstos en el RGPD y la LOPDGDD se encuentra el de información a los interesados cuyos datos son tratados aun sin su consentimiento (art. 14 RGPD) así como que el responsable estará sujeto a los principios del art. 5 RGPD, entre ellos que los datos tratados habrán de ser adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con los fines para los que son tratados. Por último, mencionar aquí que tanto los extranjeros cuyos datos sean tratados, provenientes de otras Administraciones o entidades, así como los propios no extranjeros cuyos datos son igualmente tratados a los fines previstos en la norma, tienen los derechos previstos en el RGPD, entre ellos el de información, íntegros, (art. 14 RGPD ya citados), sin que se hayan visto limitados, lo cual habría de hacerse, en su caso, mediante una norma legal conforme al art. 23 RGPD.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En cuanto a la nueva redacción, no se advierte en la MAIN la razón del cambio entre la versión anterior y la actual, en cuanto que la actual distingue entre "situación administrativa de los extranjeros" y "los datos imprescindibles para la comprobación de la situación" y la versión anterior tan sólo mencionaba esta última expresión. **En cualquier caso, el precepto concreta que no será necesario el consentimiento de los interesados. Esta expresión, si bien no es incorrecta, cabe entender que es innecesaria hoy día**, pues a diferencia del régimen anterior al RGPD (art. 6.1 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, LOPD 99) en el que la base jurídica preponderante para el tratamiento de datos personales era el consentimiento de los interesados, en el actual régimen previsto por el RGPD el consentimiento es tan sólo "una" de las bases jurídicas que permiten el tratamiento lícito de datos personales. Y el consentimiento ha de ser una manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca, por lo que, tal y como resulta del Considerando 42 RGPD el consentimiento no debe considerarse libremente prestado cuando el interesado no goza de verdadera o libre elección o no puede denegar o retirar su consentimiento sin sufrir perjuicio alguno. En consecuencia, y como regla en la mayoría de los casos, el consentimiento no es base jurídica lícita para que la Administración trate datos personales de los interesados.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se requiere pues buscar una base jurídica diferente, que el precepto legal informado no concreta (tampoco lo hacía el precepto que se modifica). **Y esa base legal se considera que podría ser la incluida en la letra e) del art. 6.1 RGPD**, es decir, cuando el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. No corresponde a esta Agencia determinar cuál es esa misión de interés público o el ejercicio de poderes públicos, pero puede entenderse que dicha misión de interés público o en el ejercicio de poderes públicos es la determinación de la concurrencia de los requisitos para la asistencia sanitaria financiada con fondos públicos. Sería más que conveniente que dicha base jurídica se hiciera constar en la propia ley, entre otras razones, siquiera sea porque los interesados habrán de ser informados por el responsable del tratamiento de cuál es la base jurídica que legitima dicho tratamiento (art. 14.1.c) RGPD). Dicho apartado 3 también contiene una referencia a "los datos que resulten imprescindibles para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos". **Dicha expresión "imprescindible**", en cuanto parece contener una limitación a las facultades de los órganos administrativos para solicitar datos personales, en realidad **no tiene efecto alguno**, porque la propia normativa de protección de datos personales ya establece como principio relativos al tratamiento el de "minimización" (art. 5.1.c) RGPD), según el cual,		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
como ya hemos mencionado, los datos personales a tratar sólo habrán de ser los limitados a lo necesario en relación con los fines para los que son tratados. Un tratamiento de datos personales que no sean los imprescindibles para conseguir dicho fin sería contrario al derecho fundamental a la protección de datos personales. Ahora bien, **no se hace constar en la ley cuáles serán esos datos que se van a tratar**, sino que se hace una declaración general sobre cualesquiera datos. Sin embargo, el art. 14.1.d) RGPD establece que los interesados habrán de ser informados, cuando menos, de "las categorías de datos personales de que se traten" por el responsable (además de otra información), todo lo cual, además, deberá constar en el Registro de Actividades de Tratamiento (RAT) previsto en el art. 30 RGPD y 31 LOPDGDD. Dicho registro deberá contener toda la información indicada a continuación: a) el nombre y los datos de contacto del responsable y, en su caso, del corresponsable, del representante del responsable, y del delegado de protección de datos; b) los fines del tratamiento; c) una descripción de las categorías de interesados y de las categorías de datos personales; d) las categorías de destinatarios a quienes se comunicaron o comunicarán los datos personales, incluidos los destinatarios en terceros países u organizaciones internacionales; e) en su caso, las transferencias de datos personales a un tercer país o una organización internacional, incluida la identificación de dicho tercer país u organización internacional y, en el caso de las transferencias indicadas en el artículo 49, apartado 1, párrafo segundo, la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
documentación de garantías adecuadas; f) cuando sea posible, los plazos previstos para la supresión de las diferentes categorías de datos; g) cuando sea posible, una descripción general de las medidas técnicas y organizativas de seguridad a que se refiere el artículo 32, apartado 1 RGPD. En ese mismo apartado 3 se regula que el Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, podrán tratar los datos obrantes *en los ficheros de las entidades gestoras, servicios comunes* y órganos de las administraciones públicas competentes que resulten imprescindibles para verificar la concurrencia del reconocimiento y control del citado derecho. La mencionada cesión de estos datos no precisará del consentimiento del interesado. Esta referencia a entidades gestoras y servicios comunes es enormemente amplia, y esta Agencia quiere recordar y poner de manifiesto **que entre dichos datos podrían estar comprendidos datos de salud,** y por lo tanto con un régimen de especial protección según el art. 9 RGPD. Nada se prevé en la ley, ni se dice nada tampoco a este respecto, por lo que cabe mencionar en este momento que tanto el Tribunal Constitucional como el Tribunal de Justicia de la Unión Europea se han pronunciado sobre los requisitos que han de cumplir en ese caso las normas que establecen dichos tratamientos.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El Tribunal Constitucional ha tenido ocasión de examinar los requisitos para que las leyes que establecen tratamientos de datos personales, en cuanto que restricciones al derecho fundamental a la protección de datos personales del interesado, puedan considerarse conformes a la Constitución. Así, dicha doctrina constitucional puede resumirse en la sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 76/2019, de 22 de mayo. Esta sentencia contiene la doctrina relevante de este sobre el derecho fundamental a la protección de datos personales, y aborda tanto las características como el contenido que ha de tener la normativa que pretenda establecer una injerencia en ese derecho fundamental. *(…) Por mandato expreso de la Constitución, toda injerencia estatal en el ámbito de los derechos fundamentales y las libertades públicas ora incida directamente sobre su desarrollo (artículo 81.1 CE), ora limite o condicione su ejercicio (artículo 53.1 CE), precisa una habilitación legal (por todas, STC 49/1999, de 5 de abril, FJ 4). (…) Esta doble función de la reserva de ley se traduce en una doble exigencia: por un lado, la necesaria intervención de la ley para habilitar la injerencia; y, por otro lado, esa norma legal «ha de reunir todas aquellas características indispensables como garantía de la seguridad jurídica», esto es, «ha de expresar todos y cada uno de los presupuestos y condiciones de la intervención» (STC 49/1999, FJ 4). En otras palabras, «no sólo excluye apoderamientos a favor de las normas reglamentarias […], sino que también implica otras exigencias respecto al contenido de la Ley que establece tales límites» (STC 292/2000, FJ 15).*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Y ello porque, en el ámbito de las categorías especiales de datos personales, como son los datos de salud, (…) *el Reglamento general de protección de datos establece las garantías mínimas, comunes o generales para el tratamiento de datos personales que no son especiales. En cambio, no establece por sí mismo el régimen jurídico aplicable a los tratamientos de datos personales especiales, ni en el ámbito de los Estados miembros ni para el Derecho de la Unión. Por ende, tampoco fija las garantías que deben observar los diversos tratamientos posibles de datos sensibles, adecuadas a los riesgos de diversa probabilidad y gravedad que existan en cada caso; tratamientos y categorías especiales de datos que son, o pueden ser, muy diversos entre sí. El reglamento se limita a contemplar la posibilidad de que el legislador de la Unión Europea o el de los Estados miembros, cada uno en su ámbito de competencias, prevean y regulen tales tratamientos, y a indicar las pautas que deben observar en su regulación. Una de esas pautas es que el Derecho del Estado miembro establezca «medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado» [artículo 9.2.g) RGPD] y que «se ofrezcan garantías adecuadas» (considerando 56 RGPD). Es patente que ese establecimiento de medidas adecuadas y específicas solo puede ser expreso. Si la norma interna que regula el tratamiento de datos personales relativos a opiniones políticas no prevé esas garantías adecuadas, sino que, todo lo más, se remite implícitamente a las garantías generales contenidas en el Reglamento general de protección de datos, no puede considerarse que haya llevado a cabo la tarea normativa que aquel le exige.* En consecuencia, y tal y como exige el Tribunal Constitucional, la ley que establezca unas determinadas injerencias en el derecho fundamental a la protección de datos personales de los interesados, como podría ser, en el caso		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
presente, la posibilidad de tratar datos personales de los interesados de categorías especiales, como son datos relativos a su salud, requiere que esta en primer lugar, y para cada tratamiento de datos personales de categorías especiales que contemple: a) especifique el interés público esencial que fundamenta la restricción del derecho fundamental (FJ 7 de la STC 76/2019). b) en segundo lugar, la ley habrá de regular pormenorizadamente las injerencias al derecho fundamental estableciendo reglas claras sobre el alcance y contenido de los tratamientos de datos que autoriza. Es decir, habrá de establecer cuáles son los presupuestos y las condiciones del tratamiento de datos personales relativos a las categorías especiales de datos personales que habrán de ser objeto de tratamiento, mediante reglas claras y precisas (STC 76/2019, FJ 7 b). c) Y, por último, la propia ley habrá de contener las garantías adecuadas frente a la recopilación de datos personales que autoriza. El TC ha sido claro en cuanto a que *[l]a previsión de las garantías adecuadas no puede deferirse a un*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
momento posterior a la regulación legal del tratamiento de datos personales de que se trate. Las garantías adecuadas deben estar incorporadas a la propia regulación legal del tratamiento, ya sea directamente o por remisión expresa y perfectamente delimitada a fuentes externas ***que posean el rango normativo adecuado.*** *Solo ese entendimiento es compatible con la doble exigencia que dimana del artículo 53.1 CE (…). Es evidente que si la norma incluyera una remisión para la integración de la ley con las garantías adecuadas establecidas en normas de rango inferior a la ley, sería considerada como una deslegalización que sacrifica la reserva de ley ex artículo 53.1 CE, y, por este solo motivo, debería ser declarada inconstitucional y nula.* (…). Se trata, en definitiva, de "*garantías adecuadas de tipo técnico, organizativo y procedimental, que prevengan los riesgos de distinta probabilidad y gravedad y mitiguen sus efectos, pues solo así se puede procurar el respeto del contenido esencial del propio derecho fundamental".* Tampoco sirve por ello que para el establecimiento de dichas garantías adecuadas y específicas la ley se remita al propio RGPD o a la LOPDGDD. Además, dicha ley deberá respetar en todo caso el principio de proporcionalidad, tal y como recuerda la Sentencia del Tribunal Constitucional 14/2003, de 28 de enero: *"En otras palabras, de conformidad con una reiterada doctrina de este Tribunal, la constitucionalidad de cualquier medida restrictiva de derechos fundamentales viene determinada por la estricta observancia del principio de proporcionalidad. A los efectos que aquí importan basta con recordar que, para comprobar si una medida restrictiva de un derecho fundamental supera el juicio de proporcionalidad, es necesario constatar si cumple los tres requisitos o condiciones siguientes: si la medida es susceptible de conseguir el objetivo propuesto (juicio de idoneidad); si, además, es necesaria, en el sentido de que no exista otra*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
medida más moderada para la consecución de tal propósito con igual eficacia (juicio de necesidad); y, finalmente, si la misma es ponderada o equilibrada, por derivarse de ella más beneficios o ventajas para el interés general que perjuicios sobre otros bienes o valores en conflicto (juicio de proporcionalidad en sentido estricto; SSTC 66/1995, de 8 de mayo [RTC 1995, 66] , F. 5; 55/1996, de 28 de marzo [RTC 1996, 55] , FF. 7, 8 y 9; 270/1996, de 16 de diciembre [RTC 1996, 270] , F. 4.e; 37/1998, de 17 de febrero [RTC 1998, 37] , F. 8; 186/2000, de 10 de julio [RTC 2000, 186] , F. 6).” La misma doctrina sostiene el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE). Así, si el art. 8 de la Carta Europea de los Derechos Fundamentales reconoce el derecho de toda persona a la protección de los datos de carácter personal que le conciernan, el art. 52.1 reconoce que ese derecho no es ilimitado y permite la limitación del ejercicio de esos derechos y libertades reconocidos por la Carta, limitación que deberá ser establecida por la ley y respetar el contenido esencial de los mismos. Pues bien, la STJUE de 6 de octubre de 2020, en los casos acumulados C-511/18, C-512/18 y C-520/18, La Quadrature du Net y otros, (no disponible aún a esta fecha en español), en su apartado 175, recuerda que: *En cuanto a la justificación de dicha injerencia, cabe precisar que el requisito, previsto en el artículo 52, apartado 1, de la Carta, de que cualquier limitación del ejercicio de los derechos fundamentales deba ser establecida por ley implica que la base legal que la permita debe*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
definir ella misma el alcance de la limitación del ejercicio del derecho de que se trate (véase, en este sentido, la sentencia de 16 de julio de 2020, Facebook Ireland y Schrems, C- 311/18, EU:C:2020:559, apartado 175 y jurisprudencia citada). Igualmente, el apartado 65 de la Sentencia (STJUE) de la misma fecha 6 de octubre de 2020 (C-623/17), Privacy International contra Secretary of State for Foreign and Commonwealth Affairs y otros (a esta fecha tampoco aún traducida al español), con cita, como la anterior, de la sentencia Schrems 2, dice: *Cabe añadir que el requisito de que cualquier limitación del ejercicio de los derechos fundamentales deba ser establecida por ley implica que la base legal que permita la injerencia en dichos derechos debe definir ella misma el alcance de la limitación del ejercicio del derecho de que se trate (sentencia de 16 de julio de 2020, Facebook Ireland y Schrems, C- 311/18, EU:C:2020:559, apartado 175 y jurisprudencia citada).* En definitiva, el apartado 175 de la STJUE de 16 de julio de 2020, C-311/2020, Schrems 2, dice: *Cabe añadir, sobre este último aspecto, que el requisito de que cualquier limitación del ejercicio de los derechos fundamentales deba ser establecida por ley implica que la base legal que permita la injerencia en dichos derechos debe definir* ***ella misma*** *el alcance de la limitación del ejercicio del derecho de que se trate [dictamen 1/15 (Acuerdo PNR UE-Canadá), de 26 de julio de 2017, EU:C:2017:592, apartado 139 y jurisprudencia citada].*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Es pues, la misma ley que establece la injerencia en el derecho fundamental la que ha de determinar las condiciones y garantías, esto es, el alcance y la limitación, que han de observarse en dichos tratamientos. Y en dicha STJUE de 16 de julio de 2020, Schrems 2, se añade (y se reitera posteriormente en las citadas sentencias de 6 de octubre de 2020): *176 Finalmente, para cumplir el requisito de proporcionalidad según el cual las excepciones a la protección de los datos personales y las limitaciones de esa protección no deben exceder de lo estrictamente necesario, la normativa controvertida que conlleve la injerencia debe establecer* ***reglas claras y precisas que regulen el alcance y la aplicación de la medida en cuestión e impongan unas exigencias mínimas****, de modo que las personas cuyos datos se hayan transferido dispongan de* ***garantías suficientes*** *que permitan proteger de manera eficaz sus datos de carácter personal contra los riesgos de abuso. En particular, dicha normativa deberá indicar en qué circunstancias y con arreglo a qué requisitos puede adoptarse una medida que contemple el tratamiento de tales datos, garantizando así que la injerencia se limite a lo estrictamente necesario. La necesidad de disponer de tales garantías reviste especial importancia cuando los datos personales se someten a un tratamiento automatizado [véase, en este sentido, el dictamen 1/15 (Acuerdo PNR UE-Canadá), de 26 de julio de 2017, EU:C:2017:592 apartados 140 y 141 y jurisprudencia citada).* La STJUE de 6 de octubre de 2020, en el caso C-623/17, añade la mención de las categorías especiales de datos: *68 (…) Those considerations apply especially where the protection of the* ***particular category of personal data that is sensitive*** *data is at stake (see, to that effect, judgments of 8 April 2014, Digital Rights Ireland and Others, C-293/12 and C-*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
594/12, EU:C:2014:238, paragraphs 54 and 55 and of 21 December 2016, Tele2, C-203/15 and C-698/15, EU:C:2016:970, paragraph 117; Opinion 1/15 (EU-Canada PNR Agreement) of 26 July 2017, EU:C:2017:592, paragraph 141). Resulta pues tanto de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional como del Tribunal de la UE que es la propia ley que establece el tratamiento de datos de categorías especiales (esto es, la injerencia en el derecho fundamental) la que ha de establecer, ella misma, (i) la finalidad de interés público esencial que lo justifica, (ii) reglas claras y precisas sobre el alcance y contenido de los tratamientos de datos que autoriza, y (iii) la ley ha de establecer unas exigencias mínimas de modo que las personas cuyos datos se hayan transferido dispongan de garantías suficientes que permitan proteger de manera eficaz sus datos de carácter personal contra los riesgos de abuso. A la vista de la amplitud y ambigüedad de la regulación legal, esta Agencia sugiere que la regulación de las cuestiones relativas a los tratamientos de datos personales que resulten de esta norma se aborden de una manera integral en la propia ley, **con una redacción en la que participe directamente el Delegado de Protección de Datos del órgano redactor del anteproyecto**, de manera que en la propia ley se regulen todas las circunstancias que determinan a licitud de los tratamientos de datos que resultan del propio texto legal. Como ejemplo concreto, ya el legislador español se ha hecho eco de esta necesidad, y en los		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sucesivos textos legales se van incorporando la regulación completa de los tratamientos. Obsérvese que ello está previsto específicamente en el art. 6.3 RGPD, el cual, en el caso de tratamientos de datos personales cuyas bases jurídicas sean el cumplimiento de una obligación legal o de una misión de interés público, la propia base jurídica (en el caso español, la ley -art. 8 LOPDGDD-), dicha ley podrá contener disposiciones específicas para adaptar la aplicación de normas del presente Reglamento, entre otras: las condiciones generales que rigen la licitud del tratamiento por parte del responsable; los tipos de datos objeto de tratamiento; los interesados afectados; las entidades a las que se pueden comunicar datos personales y los fines de tal comunicación; la limitación de la finalidad; los plazos de conservación de los datos, así como las operaciones y los procedimientos del tratamiento. A tal efecto, cabe mencionar como ejemplo que podría ser tenido en cuenta, la regulación contenida en la Disposición adicional cuarta de la ley Orgánica 11/2021, de 28 de diciembre, de lucha contra el dopaje en el deporte. *["**Disposición adicional cuarta. Protección de datos de carácter personal**.* 1. Los tratamientos de datos personales regulados en la presente ley se llevarán a cabo conforme a lo dispuesto 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		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
se deroga la Directiva 95/46/CE, y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y en la Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales. Los derechos de acceso, rectificación y supresión se ejercitarán conforme a la normativa referida en el párrafo anterior. 2. Son datos de carácter personal objeto de su tratamiento para la consecución de las finalidades de interés público previstas en esta ley todos aquellos que resulten imprescindibles para el desarrollo y ejecución de las actuaciones, técnicas y procedimientos que se articulan en garantía del desarrollo de las competiciones deportivas limpias, en condiciones de igualdad y de protección de la salud de los y las deportistas. En particular son objeto de tratamiento datos identificativos de los y las deportistas, de salud, de localización de deportistas, de infracciones y sanciones administrativas y en su caso penales, entre otros. 3. Las finalidades perseguidas con el tratamiento de los datos recabados en virtud de las disposiciones de la presente ley son la prevención y persecución del dopaje en el deporte, así como también garantizar el desarrollo de las competiciones deportivas en términos de igualdad y de acuerdo con las capacidades naturales y preparación de los y las deportistas. También lo será el tratamiento de los datos recabados con fines estadísticos o para la realización de estudios de investigación científica. 4. Son responsable del tratamiento la Agencia Estatal Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte, las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus respectivos ámbitos competenciales y de acuerdo con los Convenios suscritos entre estos y aquella que resulten de aplicación. 5. Serán encargados del tratamiento de datos todas aquellas empresas, entidades, organizaciones o profesionales autónomos que, para prestar servicios a la Agencia Española		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de un servicio a un tercero (otra empresa, entidad, organización o profesional autónomo), accedan y traten necesariamente datos de carácter personal de los que la Agencia Española Comisión Española para la Lucha Antidopaje sea Responsable de Tratamiento. Los encargados del tratamiento realizarán su cometido de acuerdo con las instrucciones del responsable del tratamiento en virtud de lo establecido en artículo 28 del Reglamento (UE) 2016/679. En particular los procesos de realización de controles de dopaje serán realizados respetando las garantías establecidas en la legislación vigente. 6. Son destinatarios de los datos el Consejo Superior de Deportes, los laboratorios de control de dopaje, organizaciones nacionales e internacionales antidopaje, las federaciones deportivas nacionales e internacionales, los organizadores de competiciones deportivas, ligas profesionales o clubes o sociedades deportivas que tengan interés legítimo, órganos de resolución de conflictos cualquiera que sea su ámbito territorial, los órganos jurisdiccionales, el Ministerio Fiscal y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Los destinatarios serán también responsables del tratamiento de los datos que hubiera sido objeto de comunicación conforme a las disposiciones de la presente ley y a la normativa que les resulte de aplicación por el mismo tratamiento. 7. La base jurídica principal del tratamiento de acuerdo con el objetivo y finalidad de la presente ley es el cumplimiento de un interés público esencial, así como el ejercicio de poderes públicos en el cumplimiento de una misión realizada en interés público de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 9.2.g), 6.1.e), y 89 del Reglamento (UE) 2016/679. Además existen tratamientos cuya base jurídica se encuentra en la letra c) del artículo 6.1 del Reglamento (UE) 2016/679 en relación con el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento, así como el consentimiento del interesado del apartado a) del mismo artículo para uno o varios fines específicos.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En cuanto al tratamiento de categorías especiales de datos será de aplicación lo previsto en el artículo 9.2.g) del Reglamento (UE) 2016/679 y en su caso la prevista en la letra i) del mismo apartado y concordantes de los previstos en el artículo 6 del Reglamento (UE) 2016/679. La base jurídica aplicable a las transferencias de datos personales a terceros países u organizaciones internacionales y de acuerdo con la declaración contenida en el considerando 112 del Reglamento (UE) 2016/679 que alude expresamente como excepción a la prohibición de trasferencias la eliminación del dopaje en el deporte, será el artículo 49.1.d) del Reglamento (UE) 2016/679. 8. Los datos recogidos se limitarán a los necesarios para el cumplimiento de las finalidades descritas, de acuerdo con el principio de minimización de datos. 9. La recolección de datos se hará conforme a la legislación vigente con especial atención al cumplimiento del deber de información previa a los interesados sobre las condiciones, derechos y obligaciones del tratamiento, así como a los posibles destinatarios en los términos previstos en la ley. Los datos objeto de tratamiento podrán ser también comunicados a los órganos jurisdiccionales, al Ministerio Fiscal o a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para el ejercicio de sus competencias de investigación de delitos o faltas de acuerdo con lo previsto en esta ley orgánica, sin perjuicio de la aplicación a su tratamiento de la legislación reguladora del ejercicio de la potestad jurisdiccional o las que en su caso resultaren de aplicación. La comunicación de los datos de carácter personal de los interesados en los procesos de control de dopaje se realiza según la normativa de protección de datos aplicable y la establecida en la presente ley y en su normativa de desarrollo.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Las muestras obtenidas de los controles de dopaje no irán acompañadas de información personal de los sujetos objeto del control, sino que serán categorizadas con un código numérico que evite la identificación de los interesados. 10. De acuerdo con la finalidad del tratamiento, se conservarán los datos recogidos en virtud de las disposiciones legales durante el tiempo necesario para el cumplimiento del fin para el cual fueron recogidos y en su caso por el tiempo necesario para atender a las responsabilidades derivadas de su tratamiento ante los órganos administrativos o jurisdiccionales competentes. Una vez trascurrido dicho periodo de conservación, los datos serán suprimidos de manera que se imposibilite la correlación o identificación de los mismos con los interesados. 11. Las administraciones públicas que sean responsables del tratamiento deberán garantizar la aplicación de las medidas de seguridad preceptivas que resulten del correspondiente análisis de riesgos, teniendo en cuenta, en todo caso, lo prevenido en el Real Decreto 3/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la Administración Electrónica. Los demás responsables del tratamiento deberán garantizar la aplicación de las medidas de seguridad análogas a las anteriores, garantizándose el empleo de la tecnología adecuada para el tratamiento de datos, de acuerdo con el estado de la técnica y de las necesidades y procurándose, en las comunicaciones que contengan información personal, el uso del cifrado o encriptado. 12. El ejercicio de derechos para las personas físicas sujetas a la normativa de protección de datos se garantizará conforme a dicha normativa. Serán atendidas las solicitudes de tales derechos por el responsable del tratamiento en los términos establecidos en la legislación vigente”.]		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se propone modificar la redacción del numeral Dos del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3 bis de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: El Segundo párrafo del apartado 3 tiene esta redacción: "*Del mismo modo, el Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, podrán tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras, servicios comunes y órganos de las administraciones públicas competentes que resulten imprescindibles para verificar la concurrencia del reconocimiento y control del citado derecho. La mencionada cesión de estos datos no precisará del consentimiento del interesado*." En línea con el Reglamento UE 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales, sería necesario indicar la base jurídica que habilita para el tratamiento de estos datos sin consentimiento del afectado, o bien que el tratamiento se efectúa para el cumplimiento de una misión de interés público, conforme a los artículos 6.1.e y 9.2.i del reglamento.	**Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del SNS** **(COMISIÓN MINISTERIAL DE ADMINISTRACIÓN DIGITAL)**	**Se acepta.** En el apartado 3 del artículo 3 bis de la Ley 16/2003 se elimina la frase "**que resulten imprescindibles**" y se sustituye la frase "***sin contar con el consentimiento del interesado***" haciendo mención al artículo 6.1.e) del Reglamento (UE) 2016/679 que establece lo siguiente: *"e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento"".* El acceso telemático del Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las entidades y administraciones públicas es a efectos de acceder telemáticamente a los datos administrativos referentes a la situación administrativa de los extranjeros, sin que en dichos datos estén comprendidos los datos en salud. Se añade al término datos "… ***personales, excluidos los datos de salud… de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6.1.e) del***

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016". ***Se añade también una nueva Disposición adicional segunda de protección de datos de carácter personal, de similar tenor a lo dispuesto en la disposición adicional cuarta de la ley Orgánica 11/2021, de 28 de diciembre, de lucha contra el dopaje en el deporte.***
"*Artículo 3 bis. Reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.* *(…)* *3. El Ministerio de Sanidad y las entidades y administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, podrán acceder telemáticamente a los datos referentes a la situación administrativa de los extranjeros sin contar con el consentimiento del interesado, así como a los datos que resulten imprescindibles para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos."*	**Plataforma del Tercer Sector**	**No se acepta**. La disposición adicional decimoséptima de tratamientos de datos de salud de la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, establece que la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* se encuentra amparada en las letras g), h), i) y j) del artículo 9.2 del *Reglamento (UE) 2016/679 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* los tratamientos de datos relacionados con la salud y de datos genéticos:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Al margen de la cuestión moral que subyace a este principio por parte de los poderes públicos, nos preocupa qué pasará con las personas extranjeras en aquellos casos donde se considere después de comprobar su situación administrativa, que no tienen derecho a recibir prestación sanitaria en territorio español, poniendo en entredicho el derecho a la salud anteriormente citado.		*g) el tratamiento es necesario por razones de un interés público esencial, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros, que debe ser proporcional al objetivo perseguido, respetar en lo esencial el derecho a la protección de datos y establecer medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado;* *h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros o en virtud de un contrato con un profesional sanitario y sin perjuicio de las condiciones y garantías contempladas en el apartado 3;* *i) el tratamiento es necesario por razones de interés público en el ámbito de la salud pública, como la protección frente a amenazas transfronterizas graves para la salud, o para garantizar elevados niveles de*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		calidad y de seguridad de la asistencia sanitaria y de los medicamentos o productos sanitarios, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros que establezca medidas adecuadas y específicas para proteger los derechos y libertades del interesado, en particular el secreto profesional, *j) el tratamiento es necesario con fines de archivo en interés público, fines de investigación científica o histórica o fines estadísticos, de conformidad con el artículo 89, apartado 1, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros, que debe ser proporcional al objetivo perseguido, respetar en lo esencial el derecho a la protección de datos y establecer medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado".*
Modificar el último párrafo del apartado 3 del artículo 3 bis de la Ley 16/2003 en los siguientes términos: ***"El Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1 deberán notificar cualquier***	**REDER, Yo Sí Sanidad Universal y Amnistía Internacional**	**No se acepta**. La disposición adicional decimoséptima de tratamientos de datos de salud de la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, establece que la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* se

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
modificación o variación resultante a la persona afectada conforme a lo establecido en la Ley 39/2015 de procedimiento administrativo a fin de que esta pueda interponer recurso contra la misma antes de que surta ningún efecto sobre la tarjeta sanitaria individual o el documento que en cada caso corresponda." <u>Justificación:</u> El artículo 3 bis de la Ley 16/2003 ,en su apartado 3 contempla la posibilidad de que el Ministerio de Sanidad y las entidades y administraciones públicas accedan *telemáticamente a los datos referentes a la situación administrativa de los extranjeros sin contar con el consentimiento del interesado, así como a los datos que resulten imprescindibles para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos*. En base a esta información, las instituciones mencionadas podrán llevar a cabo modificaciones o variaciones *que surtirán los efectos que procedan en la tarjeta sanitaria individual o en el documento que en cada caso corresponda*. Este artículo 3 bis, que habilita a compartir datos de los usuarios sin su consentimiento, se está utilizando actualmente en la Comunidad de Madrid como cobertura legal para proceder a las bajas masivas de códigos DAR, con la		encuentra amparada en las letras g), h), i) y j) del artículo 9.2 del *Reglamento (UE) 2016/679 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* <u>los tratamientos de datos relacionados con la salud y de datos genéticos</u>: *g) el tratamiento es necesario por razones de un interés público esencial, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros, que debe ser proporcional al objetivo perseguido, respetar en lo esencial el derecho a la protección de datos y establecer medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado;* *h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros o en virtud de un contrato con un profesional sanitario y sin perjuicio de*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
consiguiente expulsión de muchas personas del sistema sanitario, quedando en una situación de desamparo. De este modo, conforme a la nueva práctica impuesta desde la Consejería de Salud de Madrid el no tener que recabar consentimiento del usuario para compartir datos se interpreta en el sentido de permitir dar de baja a las personas sin ningún procedimiento administrativo. En consecuencia, y para evitar dejar margen a interpretaciones restrictivas y excluyentes que abran vía a nuevas vulneraciones del derecho a la salud, es preciso garantizar en la ley que toda modificación en cuanto a la capacidad de acceso al sistema sanitario de una persona que resulte de compartir esos datos debe ser previamente notificada, respetando todos los trámites de un procedimiento administrativo según la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo, e informando del derecho al recurso. Asimismo, es preciso tener en cuenta que en ningún caso debe ser un procedimiento automático masivo, prohibido por la normativa europea de protección de datos.		*las condiciones y garantías contempladas en el apartado 3;* *i) el tratamiento es necesario por razones de interés público en el ámbito de la salud pública, como la protección frente a amenazas transfronterizas graves para la salud, o para garantizar elevados niveles de calidad y de seguridad de la asistencia sanitaria y de los medicamentos o productos sanitarios, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros que establezca medidas adecuadas y específicas para proteger los derechos y libertades del interesado, en particular el secreto profesional,* *j) el tratamiento es necesario con fines de archivo en interés público, fines de investigación científica o histórica o fines estadísticos, de conformidad con el artículo 89, apartado 1, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros, que debe ser proporcional al objetivo perseguido, respetar en lo esencial el derecho a la protección de datos y establecer medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado".*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Para hacer del sistema sanitario nacional un sistema con una cobertura total que no deje fuera a las personas en situación administrativa irregular o migrantes residentes, con dificultades económicas que puedan interferir en la protección holística de la salud. ***"Artículo 3 Bis. Reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a los fondos públicos.*** ***1. El reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración de entidades y administraciones públicas imprescindibles para garantizar una cobertura sanitaria conforme a la Recomendación General Nº14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, que desarrolla el contenido del Derecho a la Salud en el marco del Pacto Internacional de Derechos*** ***Económicos sociales y Culturales y su protocolo adicional, ratificados por el Estado español".***	**SOS Racismo Madrid / Movimiento #Regularizacionya / Comunidad Negra Africana y Afrodescendiente en España (Cnaae) / Comité de Emergencia Antirracista**	**No se acepta**. El reconocimiento del derecho corresponde al Ministerio de Sanidad con la colaboración de las entidades y administraciones públicas y reglamentariamente se determinarán los procedimientos para ejercer el reconocimiento y control del derecho, cuya gestión podrá estar atribuida a otros órganos o entidades de las administraciones públicas.
El artículo 3 bis recoge que, en el caso del reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos…."*el reconocimiento y la gestión de la asistencia sanitaria en los supuestos a que se*	**Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias**	**No se acepta**. Lo establecido en la norma no modifica la situación actual en que las CCAA y el INGESA reconocen a estos dos colectivos la asistencia sanitaria previa presentación de los documentos

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
refiere el artículo 3.2 e) y f) será competencia de las comunidades autónomas y el INGESA". Los citados apartados del artículo 3 hacen referencia a los siguientes colectivos como subsidiarios de ser beneficiarios del derecho a la protección de la salud: *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 periodo de restablecimiento y reflexión, mientras permanezca en esta situación.* Los condicionantes de los apartados e) y f) afectan a población especialmente vulnerable, cuyo status de residencia requiere de la participación de instituciones de la Administración central, no autonómica. No entendemos por qué esos colectivos deben tener una consideración independiente del resto de los colectivos referenciados en el artículo 3.		emitidos por las oficinas de asilo y refugio (OAR). En la actualidad estos colectivos ya reciben asistencia sanitaria por lo establecido en las disposiciones adicionales cuarta y quinta, respectivamente, del *Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*, pero no se encuentran incluidas en el artículo que regula esta condición en la normativa sanitaria española y, por ello, se incluyen en el artículo 3.2 del *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.
Hemos de indicar que, una vez más, la redacción del artículo 3 bis en su apartado 1 remite a un posterior desarrollo reglamentario para determinar los procedimientos para ejercer el reconocimiento y control del derecho. Resulta urgente dicho desarrollo para establecer un régimen de competencias claro y pormenorizado y regular un procedimiento rápido y coordinado entre el	**Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia**	**No se acepta**. La norma no puede regular todos los aspectos de un procedimiento y, por ello, remite a un desarrollo reglamentario posterior.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Ministerio, el INSS y las CCAA, que evite las situaciones de descoordinación, retrasos y datos no actualizados que se dan en la actualidad. Por otra parte, el párrafo primero de este apartado abre la posibilidad de atribuir la gestión a otros órganos y entidades de las administraciones públicas. El plural utilizado en este artículo da a entender que pueden ser órganos no pertenecientes a la Administración estatal, lo cual sin duda requiere una aclaración. El párrafo segundo del apartado, atribuye expresamente a las CCAA y al INGESA la competencia para el reconocimiento y gestión de la asistencia sanitaria en los supuesto a que se refieren las letra e) y f) del apartado 2 del artículo 3; pero tampoco estable ninguna ningún procedimiento. A este respecto, simplemente recordar la situación creada con la regulación del artículo 3 ter de esta ley que al no establecer ningún criterio común a seguir por las CCAA a la hora de establecer el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial, obligó a dictar la *Resolución del 20.06.2019 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social por la que se establecen las Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras*		Se establece que la competencia para el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad y que reglamentariamente se determinarán los procedimientos para ejercer el reconocimiento y control del derecho, cuya gestión podrá estar atribuida a otros órganos o entidades de las administraciones públicas. En la actualidad estos dos colectivos (solicitante de protección internacional y víctima de trata de seres humanos) ya reciben asistencia sanitaria por lo establecido en las disposiciones adicionales cuarta y quinta, respectivamente, del *Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*. Ello no implica una modificación del sistema por el que las CCAA les proporcionan la asistencia sanitaria con el documento que proporcionan las oficinas de atención a solicitantes de asilo y refugio.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
que encontrándose en España no tengan residencia legal en el territorio español, para recibir asistencia sanitaria.		Como se señala en el preámbulo del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud:" Las comunidades autónomas frente a la disconformidad con la exclusión producida por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, han desarrollado procedimientos con diferente amparo normativo (comunicados, instrucciones, resoluciones, órdenes, decretos o leyes) para prestar asistencia sanitaria a estas personas. Actualmente, la mayoría de estas iniciativas están en su mayoría impugnadas y/o anuladas, por lo que se produce una inequidad manifiesta y una situación de inseguridad jurídica que afecta a las personas que lo disfrutan, a los y a las profesionales que prestan la atención sanitaria, así como a las Administraciones que las han aprobado*". Las CCAA ya estaban prestando atención sanitaria a las personas extranjeras sin residencia legal en el territorio español. El RDL 7/2018 no ha modificado las competencias de las CCAA y el INGESA.
Artículo segundo *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Tres. Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.		
En el artículo segundo, apartado Tres. El apartado primero del artículo 3ter, página 13, deben eliminarse los guiones de acuerdo con la directriz 31 de las directrices de técnica normativa. *"Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.* *1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos:* *- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.* *- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.* *- A las menores de dieciocho años."*	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta**.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se propone modificar la redacción del numeral Tres del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3ter de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "Tres. El artículo 3ter queda redactado de la siguiente forma: "*Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.* *1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos:* *- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.* *- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.* *- A las menores de dieciocho años.* ***- A las personas con discapacidad***."	**CERMI (discapacidad)**	**No se acepta**. Las personas con discapacidad se encuentran incluidas en el artículo 3 ter.1.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Justificación Se plantea la incorporación al elenco de especial atención a las personas con discapacidad, como grupo poblacional más expuesto y en situación de mayor vulnerabilidad en relación con la salud, para las cuales la atención sanitaria es particularmente relevante.		
Se propone modificar la redacción del numeral Tres del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3ter de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "Tres. El artículo 3ter queda redactado de la siguiente forma: "*Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.* *1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos:* *- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.* *- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.*	**Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS)**	**No se acepta**. Las personas con discapacidad se encuentran incluidas en el artículo 3 ter.1.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
- A las menores de dieciocho años. *- A las personas con discapacidad."* Justificación Consideramos esencial incorporara a las personas con discapacidad entre los supuestos de especial atención ya que una adecuada atención sanitaria y protección de la salud en el caso de las personas con discapacidad contribuye, en muchos casos, a la prevención de deficiencias e intensificación de discapacidades.		
Se propone modificar la redacción del numeral Tres del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3ter de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "Tres. El artículo 3ter queda redactado de la siguiente forma: "*Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.* *1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos:*	**Dirección General de los Derechos de las Personas con Discapacidad**	**No se acepta**. Las personas con discapacidad se encuentran incluidas en el artículo 3 ter.1.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral. *- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.* *- A las menores de dieciocho años.* ***- A las personas con discapacidad**.”* Justificación Se plantea la incorporación al elenco de especial atención a las personas con discapacidad, como grupo poblacional más expuesto y en situación de mayor vulnerabilidad en relación con la salud, para las cuales la atención sanitaria es particularmente relevante.		
Se propone modificar la redacción del numeral Tres del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3ter de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *“Tres. El artículo 3ter queda redactado de la siguiente forma:* *“Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.*	**Plataforma del Tercer Sector**	**No se acepta**. Las personas con discapacidad se encuentran incluidas en el artículo 3 ter.1.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos: *- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.* *- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.* *- A las menores de dieciocho años.* ***- A las personas con discapacidad**.”* <u>Justificación</u> Se plantea la incorporación al elenco de especial atención a las personas con discapacidad, como grupo poblacional más expuesto y en situación de mayor vulnerabilidad en relación con la salud, para las cuales la atención sanitaria es particularmente relevante.		
La exposición de motivos afirma que la norma pretende desarrollar medidas para la consolidación de los principios de universalidad, equidad y cohesión del SNS. En concreto, y respecto a la universalidad del sistema, el anteproyecto modifica los artículos 3, 3 bis y 3 ter de la Ley de cohesión y	**CCOO**	**Se acepta parcialmente.** Son titulares del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos españoles las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
calidad del SNS. Modificación que no garantiza en modo alguno la universalidad de todas las personas que residen en España, independientemente de su nacionalidad y su situación administrativa. En concreto, y pese al acierto de extender el derecho a la salud a colectivos hasta la fecha excluidos, como los víctimas de la trata de seres humanos o solicitantes de protección internacional, si han sido autorizados para permanecer en España, lo cierto es que se ha perdido la oportunidad para garantizar el derecho a la salud de todas las personas que se encuentren en España. A ello hay que añadir que el art.3 d) viene a incluir a los nacionales residentes en el exterior desplazados temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen, que habían sido excluidos en el RDL 16/2012, lo que sin duda compartimos, pero excluye, de un lado a los ascendientes y de otros a los descendientes mayores de 26 años. Por ello, consideramos necesario modificar este apartado para garantizar y extender el derecho a la protección sanitaria a ambos colectivos.		residencia en el territorio español. Y sin perjuicio de que esta asistencia sanitaria se realice con cargo a fondos de otros países, de acuerdo a lo establecido en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o en los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, como señala el artículo 3 ter, pero no son titulares del derecho ni pueden exportar este derecho fuera del territorio español. El artículo 3.2.d mantiene la redacción del vigente apartado segundo del artículo 26 del *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*, en la redacción dada por el la disposición final 5 de la *Ley*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		25/2015, de 28 de julio, en relación a los ascendientes y descendientes de los españoles de origen residentes en el exterior en sus desplazamientos temporales a España. Hay que tener en cuenta que los españoles de origen son aquellos nacidos de un padre o madre española [artículo 17.1.a) *del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil,* por lo que los progenitores se pueden acoger a lo establecido en el artículo 3.2.d. En cuanto a los descendientes mayores de 26 años, pueden solicitar la nacionalidad española, si no la tuviesen, aquellas personas cuyo padre o madre hubiera sido español y hubiera nacido en España (son españoles de origen) de acuerdo a lo establecido en el artículo 20.1.b) *del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil*, por lo que pueden acogerse a lo establecido en el artículo 3.2.d.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Se incorporan los ascendientes en el texto.
Artículo segundo. - Introduce modificaciones en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, en materia de acceso al sistema sanitario público (universalidad), de cartera de servicios o de composición del consejo consultivo del Sistema Nacional de Salud. Se pretende desarrollar medidas para la consolidación de los principios de universalidad, equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. En concreto, y respecto a la universalidad del sistema, el anteproyecto modifica los artículos 3, 3 bis y 3 ter de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Pero esta modificación pese a extender el derecho a la salud a colectivos hasta la fecha excluidos, como las víctimas de la trata de seres humanos o solicitantes de protección internacional, si han sido autorizados para permanecer en España, lo cierto es que se ha perdido la oportunidad para garantizar el derecho a la salud de todas las personas que se encuentren en España. Nos alegramos de la inclusión de nacionales residentes en el exterior desplazados temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen, que habían sido excluidos en el RDL 16/2012, en el artículo 3d, pero no entendemos como excluye de un lado a los ascendientes y de otros a los descendientes mayores de 26 años. Hay que introducir una modificación	**UGT**	**Se acepta parcialmente.** Son titulares del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos españoles las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español. Y sin perjuicio de que esta asistencia sanitaria se realice con cargo a fondos de otros países, de acuerdo a lo establecido en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o en los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, como señala el artículo 3 ter, pero no son titulares del derecho ni pueden exportar este derecho fuera del territorio español.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
para para garantizar y extender el derecho a la protección sanitaria de estos ciudadanos.		El artículo 3.2.d mantiene la redacción del vigente apartado segundo del artículo 26 del *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*, en la redacción dada por el la disposición final 5 de la *Ley 25/2015, de 28 de julio*, en relación a los ascendientes y descendientes de los españoles de origen residentes en el exterior en sus desplazamientos temporales a España. Hay que tener en cuenta que los españoles de origen son aquellos nacidos de un padre o madre española [artículo 17.1.a) *del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil,* por lo que los progenitores se pueden acoger a lo establecido en el artículo 3.2.d. En cuanto a los descendientes mayores de 26 años, pueden solicitar la nacionalidad española, si no la tuviesen, aquellas personas cuyo padre o madre hubiera sido español y hubiera nacido en España (son

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		españoles de origen) de acuerdo a lo establecido en el artículo 20.1.b) *del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil*, por lo que pueden acogerse a lo establecido en el artículo 3.2.d. Se incorporan los ascendientes en el texto.
En la modificación del art.3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (pág. 13), se propone el siguiente añadido: *4. Las comunidades autónomas y el INGESA, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo.* *En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en España menos de 90 días, acreditada esta duración temporal por un documento válido para las entidades gestoras de los servicios de salud, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas o **[de las ciudades autónomas de Ceuta o Melilla en el caso]** del INGESA.*	**Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**	**Se acepta con redacción alternativa.** Mejora técnica. Se añade también un "de" antes de Melilla, conforme a lo dispuesto en el apéndice V.c) de la Directrices de técnica normativa, aprobadas por Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de julio de 2005, su denominación oficial es "*las Ciudades de Ceuta y de Melilla*":

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España. *(...)* *4. Las comunidades autónomas y el INGESA, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo.* *En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en España menos de 90 días, acreditada esta duración temporal por un documento válido para las entidades gestoras de los servicios de salud, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas o del INGESA. La atención sanitaria no podrá constituir el motivo de su desplazamiento.* *En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde su solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago.* Tenemos que garantizar que ninguna persona se quede fuera del SNS, por tanto, debemos asegurar que puedan acceder también personas	**Plataforma del Tercer Sector**	**Se acepta**. Se ha incluido como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria que estén a su cargo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
ascendentes reagrupados (el INSS exige actualmente seguro privado a estas personas vulnerando así su acceso al SNS). Consideramos igualmente importante que se añadan **excepciones** en cuanto al **acceso** a las personas que llevan menos de 90 días en territorio español, tales como urgencias, menores de edad, embarazadas y otras prestaciones básicas dentro de la cartera pública de salud.		
Supresión de la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía en el artículo 3 ter. 2.a: *"a) **No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por** otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales **y demás normativa aplicable**."* El artículo 3 ter cuya incorporación se pretende en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, igualmente condiciona el acceso a la atención sanitaria por parte de personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España al cumplimiento del requisito de "*no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable*".	**Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA**	**Se acepta parcialmente.** Se ha incluido como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria que estén a su cargo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En relación con lo expuesto, no debe obviarse que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental recogido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales constituye una obligación vinculante para el Estado español, debiendo el mismo promover las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Esta obligación se extiende de forma particular a los colectivos más vulnerables, en aplicación de los principios de equidad y no discriminación, y tal y como se recoge en la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En un contexto de crisis de salud pública como el actual donde el vínculo entre la salud comunitaria y la individual es más evidente que nunca, la urgencia de hacer efectivo este derecho sin distinciones ni excepciones cobra, además, mayor relevancia si cabe, por lo que **instamos la supresión de las condiciones expresadas en los párrafos que preceden, contenidas en los artículos 3 y 3ter.2.a) (obligación de tener contratada la cobertura por otra vía - seguro privado)** del Anteproyecto de Ley sometido a consulta, a la vez que entendemos que ello necesariamente debe acompañarse de la **supresión de las mismas en la regulación contenida en el Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, para el acceso a la concesión de autorizaciones.**		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El artículo 3ter cuya incorporación se pretende en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, igualmente condiciona el acceso a la atención sanitaria por parte de personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España al cumplimiento del requisito de "n*o tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable*". En relación con lo expuesto, no debe obviarse que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental recogido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales constituye una obligación vinculante para el Estado español, debiendo el mismo promover las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Esta obligación se extiende de forma particular a los colectivos más vulnerables, en aplicación de los principios de equidad y no discriminación, y tal y como se recoge en la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En un contexto de crisis de salud pública como el actual donde el vínculo entre la salud comunitaria y la individual es más evidente que nunca, la urgencia de hacer efectivo este derecho sin distinciones ni excepciones cobra, además,	**Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)**	**No se acepta**. Como ya se indica en la exposición de motivos del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* que da la redacción actual del artículo 3.2.c de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*: "*Asimismo, partiendo de las necesarias cautelas dirigidas a no comprometer la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud, se establecen criterios para evitar el uso inapropiado del derecho a la asistencia sanitaria, como son que la asistencia será con cargo a fondos públicos siempre que no exista un tercero obligado al pago, o que no se tenga la obligación de acreditar la cobertura obligatoria por otra vía, o bien, que no se pueda exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia. Todo ello en virtud de lo dispuesto en la normativa nacional, en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
mayor relevancia si cabe, por lo que **instamos la supresión de la condición expresada en los párrafos que preceden, contenida en el artículo 3ter.2.a) (obligación de tener contratada la cobertura por otra vía - seguro privado)** del Anteproyecto de Ley sometido a consulta.		
El artículo segundo, tres amplia la cobertura a las personas extranjeras no autorizadas ni registradas como residentes en España y tienen como ventajas el que añade la atención sin requisitos el derecho a la asistencia de urgencia por enfermedad grave o accidente, a las embarazadas y a menores de 18 años, aunque mantiene algunos trámites, como por ejemplo la necesidad de un *informe previo favorable de los servicios sociales* cuando no se pueda demostrar una estancia superior a 90 días en el país, que se ha demostrado acaban dificultando el acceso a la atención sanitaria en algunas CCAA.	**Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)**	**Se acepta parcialmente.** El artículo 3 ter actual de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, tras valorar las alegaciones se ha modificado. De la modificación cabe resaltar: - Se ha convertido en 3 bis englobando todos los colectivos de personas extranjeras que no son titulares de derecho y, en nuestro país, tienen acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares. Estas son: victimas de trata, protección internacional, protección temporal y personas no registradas ni autorizadas. - Se mantiene la necesidad de informe social en las personas extranjeras en situación de estancia temporal (personas que entran regularmente a España y que por cualquier motivo no tienen tarjeta europea o país que pague su asistencia). En concreto, en el caso de personas extranjeras en situación de estancia temporal, se ha incluido que, para recibir asistencia sanitaria con cargo a los

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		fondos públicos, será preceptivo un informe previo favorable que acredite su voluntad de residir en España emitido por los servicios sociales competentes - En el caso de las personas no registradas ni autorizadas en España se ha incluido que la acreditación de los requisitos para que la *asistencia sea con cargo a los fondos públicos* se pueda realizar por declaración responsable. Por otra parte, se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. Cabe recordar que en el texto de primera vuelta ya se establece lo siguiente: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago". Para mayor precisión, tras alegaciones se ha incluido lo subrayado: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde **el momento de la presentación de** la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago.
Se propone modificar la redacción del numeral Tres del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3ter de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"Tres. El artículo 3ter queda redactado de la siguiente forma:* *"Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.* *1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las*	**Ministerio de Igualdad**	**No se acepta.** Se mantiene la misma redacción en el apartado primero del artículo 3 ter en la redacción dada por el *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* y no se incorpora la mención a los tres supuestos (de urgencia por enfermedad grave o accidente; a las embarazadas en el embarazo, parto y postparto y a las personas menores de dieciocho años) ni al nuevo supuesto que se propone (a las embarazadas a efectos de interrupción voluntaria del embarazo, continuando la atención hasta la situación de restablecimiento integral) porque puede crear confusión en su interpretación ya que este apartado ya establece que

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos: *- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.* *- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.* ***-A las embarazadas a efectos de interrupción voluntaria del embarazo, continuando la atención hasta la situación de restablecimiento integral.*** *- A las menores de dieciocho años.* *(...)* *4. Las comunidades autónomas y el INGESA, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo.* *En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en España menos de 90 días, acreditada esta duración temporal por un documento válido para las entidades gestoras de los servicios de salud, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las*		la personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que la personas con nacionalidad española, sin que esa atención implique diferenciación alguna. Su protección continúa garantizada conforme a lo dispuesto en el artículo 3 ter de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, en la redacción dada por el *Real Decreto-ley 7/2018*, aunque no se mencionen expresamente como situaciones especiales. Además, en lo que se refiere a los extranjeros menores de edad y extranjeras embarazadas no registrados ni autorizados como residentes, su protección queda recogida expresamente en la disposición adicional octava del *Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*, que hace referencia al artículo 3.ter, referencia que hay que entender hecha a su redacción actual.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
comunidades autónomas o del INGESA. La atención sanitaria no podrá constituir el motivo de su desplazamiento. ***Quedan eximidos de los requisitos de documento certificativo y el informe previo favorable de los servicios sociales competentes regulados en este apartado los supuestos de especial atención del apartado 1.”***		
El apartado tres del mismo artículo da una nueva redacción al artículo 3 ter de la citada ley, debiendo **revisarse el uso de la expresión** “*con especial atención en los siguientes supuestos*”, puesto que no resulta claro si la cita de esos tres supuestos se hace a modo aclaratorio o si, por el contrario, en ellos el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria se verá reforzado de algún modo.	**Ministerio de Hacienda y Función Pública**	**No se acepta.** Se mantiene la misma redacción en el apartado primero del artículo 3 ter en la redacción dada por el *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* y no se incorpora la mención a los tres supuestos (de urgencia por enfermedad grave o accidente; a las embarazadas en el embarazo, parto y postparto y a las personas menores de dieciocho años) ni al nuevo supuesto que se propone (a las embarazadas a efectos de interrupción voluntaria del embarazo, continuando la atención hasta la situación de restablecimiento integral) porque puede crear confusión en su interpretación ya que este apartado ya establece que la personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que la personas con nacionalidad

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		española, sin que esa atención implique diferenciación alguna.
Respecto a la cobertura sanitaria de la población extranjera en situación irregular, hay que entender que la no todos los extranjeros en situación irregular van a tener cobertura sanitaria con cargo a fondos públicos. Ahora bien, el hecho de que estos tres supuestos estén incluidos en el apartado primero del artículo 3 ter puede generar confusión si tenemos en cuenta que el siguiente apartado 2 del mismo artículo comienza diciendo: "*La citada asistencia será con cargo a fondos públicos de las administraciones competentes siempre que dichas personas cumplan todos los siguientes requisitos*:…" [Se refiere a los tres supuestos: De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral. A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto. A las menores de dieciocho años.] Por lo que respecta a nuestra comunidad, tendremos que clarificar la aplicación práctica que está teniendo la Orden de 09/02/2016, de la Consejería de Sanidad, de acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.	**Consejería de Sanidad de Castilla- La Mancha**	**Se acepta parcialmente.** El artículo 3 ter actual de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, tras valorar las alegaciones, se ha modificado. Se hace especial mención a estos colectivos en otro apartado específico donde se indica que, desde el momento de la presentación de la solicitud, la asistencia sanitaria será con cargo a fondos públicos.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
ARTICULO SEGUNDO. Apartado Uno: modificación del artículo 3 de la ley 16/2003, de 28 de mayo: ***Art. 3ter.1*** *1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos:* *- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.* *- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.* *- A las menores de dieciocho años.* **Se propone eliminar la mención expresa a la atención especial en estos 3 supuestos**, ya que en este mismo artículo se indica que todas las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española.	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta parcialmente.** El artículo 3 ter actual de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, tras valorar las alegaciones, se ha modificado. Se hace especial mención a estos colectivos en otro apartado específico donde se indica que, desde el momento de la presentación de la solicitud, la asistencia sanitaria será con cargo a fondos públicos.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Hacer mención a estos colectivos podría dar lugar a confusión, como, por ejemplo, que estos colectivos podrían tener derecho a una atención superior a la de las personas con nacionalidad española. Atención especial es un término subjetivo que puede dar lugar a diversas interpretaciones.		
Art. 3ter.4: *4. En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en España menos de 90 días, acreditada esta duración temporal por un documento válido para las entidades gestoras de los servicios de salud, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas o del INGESA. La atención sanitaria no podrá constituir el motivo de su desplazamiento.* La situación de estancia no es compatible con la definición de extranjero no registrado ni autorizado, dado que esta última se aplica a extranjeros que ya han superado la situación de estancia. El periodo de estancia, a estos efectos, es asimilable a una situación regular, ya que la legislación autoriza de hecho a todos los extranjeros la permanencia en España durante 3 meses sin necesidad de contar con autorización de residencia durante ese periodo. La obligatoriedad de estar registrados/inscritos en el Registro de Ciudadanos de la Unión o de disponer de una autorización de residencia, tal como establece la legislación en	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta parcialmente.** El artículo 3 ter actual de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional* de Salud, tras valorar las alegaciones se ha modificado. De la modificación cabe resaltar: - Se ha convertido en 3 bis englobando todos los colectivos de personas extranjeras que no son titulares de derecho y, en nuestro país, tienen acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares. Estas son: victimas de trata, protección internacional, protección temporal y personas no registradas ni autorizadas. - Se mantiene la necesidad de informe social en las personas extranjeras en situación de estancia temporal (personas que entran regularmente a España y que por cualquier motivo no tienen tarjeta europea o país que pague su asistencia). En concreto, en el caso de personas extranjeras en situación de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
materia de Extranjería (artículo 30.2 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, y artículo 7 del RD 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados Miembros de la UE y otros Estados parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo) comienza una vez superada la situación de estancia. **Por todo ello, no cabe su inclusión en el artículo 3ter, que regula el acceso a la asistencia de los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España.** El artículo 25.1 de la Ley de Extranjería establece los requisitos para la entrada en territorio español, entre ellos que toda persona que entre en España ha de contar con medios suficientes para no suponer una carga para el Estado. Igualmente, la normativa europea deja claro este mismo requisito con una redacción incluso más clara. "*25.1. El extranjero que pretenda entrar en España deberá hacerlo por los puestos habilitados al efecto, hallarse provisto del pasaporte o documento de viaje que acredite su identidad, que se considere válido para tal fin en virtud de convenios internacionales suscritos por España y no estar sujeto a prohibiciones expresas. Asimismo, deberá presentar los documentos que se determinen reglamentariamente que justifiquen el objeto y condiciones de estancia, y acreditar medios de vida suficientes para el tiempo*		estancia temporal, se ha incluido que, para recibir asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos, será preceptivo un informe previo favorable que acredite su voluntad de residir en España emitido por los servicios sociales competentes - En el caso de las personas no registradas ni autorizadas en España se ha incluido que la acreditación de los requisitos para que la *asistencia sea con cargo a los fondos públicos* se pueda realizar por declaración responsable. Por otra parte, se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a su cargo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
que pretenda permanecer en España, o estar en condiciones de obtener legalmente dichos medios". A pesar de que el texto del artículo 3ter.4 es más amplio que el que figura en la norma vigente, no define claramente cuál es la población diana. Por otra parte, de cara a salvaguardar la sostenibilidad del sistema sanitario público, debería considerarse que la población diana a la que iría dirigido este artículo estaría constituida únicamente por: - Extranjeros que se trasladan a España sin finalidad sanitaria que, durante su estancia, sufrieran un empeoramiento de una enfermedad que no es el objeto del traslado a España - Afectados por enfermedad sobrevenida cuyo tratamiento no puede demorarse 90 días -a efectos de superar el periodo de estancia y poder convertirse en personas con residencia no legal-. No obstante, cualquier traslado a España conlleva la suscripción de un seguro de viaje, tanto si se trata del desplazamiento desde un país que obliga a obtener visado como desde países exentos del mismo. Dicho visado está regulado en la Decisión del Consejo de 22 de diciembre de 2003, en relación con la inclusión de un seguro médico de viaje entre los documentos justificativos para la expedición de un visado de entrada uniforme. Dicha		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Decisión, en su artículo 1 establece: "1. (…) *para respaldar toda solicitud de expedición de visado de corta duración o de viaje, los solicitantes deberán demostrar que se encuentran en posesión de un seguro de viaje individual o colectivo adecuado y válido que cubra aquellos gastos que pudiera ocasionar su repatriación por motivos médicos, una asistencia médica de urgencia o una atención hospitalaria de urgencia*". Esta norma afecta a todos los Estados miembros del espacio Schengen y ha de abarcar la estancia completa del interesado, con una cobertura mínima de 30.000 euros (artículo 1). Por ello, si los interesados tienen obligación de suscribir un seguro de viaje, no queda claro en este Anteproyecto qué pacientes deberían ser atendidos con cargo a fondos públicos durante el periodo de estancia. Si se tratara de personas sin recursos económicos suficientes, se debería hacer constar, así como los criterios para determinar el límite de ingresos a considerar en estos casos, para evitar discrecionalidad o heterogeneidad a la hora de aplicarlo. Por otra parte, las personas con enfermedad sobrevenida que no permita el regreso en la fecha prevista pueden obtener un permiso de residencia temporal por razones humanitarias (artículo 126 del Reglamento de la Ley de Extranjería) a través de la Delegación del Gobierno, lo que conlleva, en la actualidad, el		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
reconocimiento del derecho a la asistencia del SNS por el INSS. **Por todo ello, se propone no hacer alusión a la asistencia sanitaria en periodo de estancia.** **En caso de que se considerara imprescindible, se propone su inclusión como Disposición Adicional, a desarrollar con posterioridad. En esta línea, se propone:** **1. Sacar la estancia del artículo 3ter.** **2. Establecer la población diana, a fin de poder elaborar el informe social de acuerdo a los criterios establecidos.** **3. Indicar cómo se puede confirmar la ausencia de finalidad sanitaria.** **4. Indicar que, con carácter excepcional, se podrá facilitar la atención sanitaria precisa a través del SNS sin cargo a fondos públicos. Deberá tener carácter excepcional, a fin de evitar que algún extranjero entre en España, sin intención de residencia, y solicite atención sanitaria del SNS, aun cuando ésta sea como paciente privado.** **5. Elaborar un procedimiento consensuado por las CCAA e INGESA mediante Resolución Ministerial, para garantizar criterios homogéneos en su aplicación.**		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
También se incorpora la redacción completa de los artículos artículo 3 bis y 3 ter con pequeñas variaciones respecto a la redacción actual que no aporta grandes novedades y que en nada clarifican los procedimientos para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, teniendo en cuenta que una vez más se remite al desarrollo posterior reglamentario, ni tampoco en lo relativo a la atención de personas extranjeras no registrados ni autorizadas residentes en España cuya determinación del procedimiento se sigue dejando en manos de las Comunidades Autónomas sin concretar unos criterios mínimos para su aplicación homogénea, salvo por las recomendaciones en su día aprobadas mediante Resolución de 20 de junio de 2019 de la Dirección general de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, de 20 de junio de 2019, sobre recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, que por su rango resultan claramente insuficientes. Se reitera que pese a que la MAIN pone de manifiesto las diferencias en la aplicación de este artículo por parte de las diferentes Comunidades Autónomas, este anteproyecto no introduzca en este artículo 3 ter algunas especificaciones mínimas sobre el reconocimiento del derecho, por ejemplo en la línea del **Protocolo elaborado por la Comunidad Valenciana**, así como sobre la extinción de este derecho, con objeto de dar rango suficiente y homogéneo a ambas	**Consejería de Salud de la Región de Murcia**	**No se acepta.** Como se señala en el preámbulo del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud:" Las comunidades autónomas frente a la disconformidad con la exclusión producida por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, han desarrollado procedimientos con diferente amparo normativo (comunicados, instrucciones, resoluciones, órdenes, decretos o leyes) para prestar asistencia sanitaria a estas personas. Actualmente, la mayoría de estas iniciativas están en su mayoría impugnadas y/o anuladas, por lo que se produce una inequidad manifiesta y una situación de inseguridad jurídica que afecta a las personas que lo disfrutan, a los y a las profesionales que prestan la atención sanitaria, así como a las Administraciones que las han aprobado*". Las CCAA ya estaban prestando atención sanitaria a las personas extranjeras sin residencia legal en el territorio español. El RDL 7/2018 no ha modificado las competencias de las CCAA y el INGESA.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
previsiones y no dejar otra vez abierto a interpretación subjetiva la aplicación de este artículo.		
Por otra parte, el apartado 4 de dicho artículo 3 ter establece que "*las comunidades autónomas y el INGESA en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo*". Esta previsión parece que deberá materializarse a través de una disposición de carácter general que regule dichas circunstancias, por lo que no parece adecuado mantener la referencia a que el INGESA "fijará" ningún procedimiento, al carecer esta entidad gestora de potestad normativa alguna. Se sugiere, por tanto, aclarar en este párrafo sobre quién recaerá la competencia regulada para el caso del INGESA. En el mismo apartado 4 del artículo 3 ter, párrafo tercero, se sugiere especificar a qué procedimiento administrativo se está haciendo referencia.	**Ministerio de Hacienda y Función Pública**	**No se acepta.** El INGESA puede regular el procedimiento del apartado 4 del artículo 3 ter de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. El apartado primero del artículo 15 del *Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo*, dispone que el INGESA conserve el régimen jurídico, económico, presupuestario y patrimonial y la misma personalidad jurídica y naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social que el extinguido INSALUD. Le corresponderá la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito de las Ciudades de Ceuta y de Melilla y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo dispuesto por la disposición transitoria tercera de la "*Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*": "Artículo 15. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		1. El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria conserva el régimen jurídico, económico, presupuestario y patrimonial y la misma personalidad jurídica y naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social que el extinguido Instituto Nacional de la Salud. Le corresponderá la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito de las Ciudades de Ceuta y de Melilla y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo dispuesto por la disposición transitoria tercera de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad".
Por su parte, el **artículo 3 ter** que regula la situación de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, tiene una redacción confusa que debe ser corregida. El Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al SNS que recupero el derecho a la protección a la salud de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, que habían sido excluidos por el RDLey 16/2012, de 20 de abril, establecía que *las mismas tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las*	**CCOO**	**Se acepta parcialmente.** El artículo 3 ter actual de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, tras valorar las alegaciones se ha modificado. Se hace especial mención a estos colectivos en otro apartado específico donde se indica que, desde el momento de la presentación de la solicitud, la asistencia sanitaria será con cargo a fondos públicos.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
mismas condiciones que las personas con nacionalidad española. Pues bien, el nuevo apartado que se introduce añade incomprensiblemente, para confundir la garantía del derecho que reconoce, los tres supuestos que el RDLey 16/2012 había incluido y que son los supuestos de*:* *- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.* *- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.* *- A las menores de dieciocho años.* Por ello, proponemos que se dé a este apartado la redacción que se contenía en el RDLey 7/2018, de 27 de julio. En este apartado reiteramos lo ya manifestado y es que la redacción de los artículos 3, 3 bis y 3 ter de la Ley de cohesión y calidad del SNS, no garantizan la universalidad de todas las personas que residen en España, independientemente de su nacionalidad y su situación administrativa.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
De un lado se han excluido a los ascendientes y descendientes mayores de 26 años de los nacionales residentes en el exterior desplazados temporalmente al territorio español, y de otro, respecto a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, debe mejorarse la redacción puesto que confunde a pensar que tan sólo se tiene derecho a la asistencia en los tres supuestos, de urgencia, embarazadas y menores de 18 años, tal y como se estableció en el RDLey 16/2012. Por ello, insistimos que dé a este apartado la redacción que se contenía en el RDLey 7/2018, de 27 de julio.		
Respecto del nuevo artículo 3 ter, hemos de indicar que, en el apartado 1, resulta inadecuado incluir la enumeración de las personas a las que se les prestará especial atención, porque no otorga ningún derecho nuevo y puede dar lugar a confusión. Por otra parte, no se debe olvidar que este artículo se refiere únicamente a personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.	**Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia**	**Se acepta parcialmente.** El artículo 3 ter actual de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, tras valorar las alegaciones se ha modificado. Se hace especial mención a estos colectivos en otro apartado específico donde se indica que, desde el momento de la presentación de la solicitud, la asistencia sanitaria será con cargo a fondos públicos.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Respecto al apartado 4 [art. 3 ter], debería incluirse la posibilidad de que las CCAA puedan reconocer como válidos informes relativos a personas que se encuentren en España por menos de 90 días, emitidos por trabajadores de servicios sociales de otras administraciones (ej. local). Con relación al último párrafo de este apartado 4, se debe aclarar que la asistencia se prestará con cargo a fondos públicos desde el momento de su solicitud, ***siempre y cuando esta se presente cumpliendo los requisitos legales y la resolución sea favorable*****.**	**Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia**	**No se acepta**. Las administraciones públicas pueden establecer los mecanismos necesarios de colaboración con otras administraciones. No se impide la realización de acuerdos con otras entidades. En relación a la adición de una frase al apartado 4 del artículo 3 ter "*siempre y cuando esta se presente cumpliendo los requisitos legales y la resolución sea favorable*", la presentación de la solicitud y la resolución no se producen en el mismo trámite administrativo.
En el artículo segundo, apartado tres, relativo al artículo 3ter.1 se señala que el supuesto referido "*A **las** menores de dieciocho años*" se entiende que debería aludir, no sólo al género femenino sino a todos los menores de dieciocho años como beneficiarios de un derecho de protección a la salud.	**Ministerio del Interior**	**No se acepta.** Se refiere a todas las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España menores de dieciocho años, no solo a las menores de dieciocho años.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Modificación del Art. 3 de la Ley 16/2003, donde se establece "*la necesidad de informe por parte de los servicios sociales*" [art. 3.ter.4]. El informe deberá especificar que sea un informe social, elaborado por un/a trabajador/a social colegiado/a. • Que la asistencia sanitaria este proporcionada y financiada con fondos públicos • Así como un desarrollo reglamentario, vinculante para todas las comunidades autónomas.	**Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid**	**No se acepta**. Dado que las CCAA tienen competencias exclusivas en materia de asistencia social. La Constitución Española atribuye la competencia exclusiva en esta materia (art. 148.1.20) a las Comunidades Autónomas.
• Condicionar la atención sanitaria a quienes llevan menos de 90 días residiendo en nuestro país al requisito de presentar un informe preceptivo de servicios sociales de las comunidades autónomas o el INGESA, representa una ruptura, de facto, del principio de equidad expresado en el título de la ley. • **Se excusa la persistente exclusión sanitaria en diferentes regiones como consecuencia de falta de homogeneidad.** De este modo, se ignora el peso tan importante que toman las barreras administrativas, la mayoría de ellas implantadas arbitraria y deliberadamente por CCAA, como determinante de situaciones persistentes de exclusión sanitaria. • **Se mantiene una protección insuficiente** de las situaciones de especial vulnerabilidad. El reconocimiento de la protección del derecho a la salud en casos de especial vulnerabilidad no ha sido recogido con la necesaria claridad que evite interpretaciones regresivas. Además, con relación a la atención de casos de urgencia, sigue provocando inseguridad la fórmula escogida ("hasta el restablecimiento integral") que sigue sujeta a la interpretación arbitraria de quien debe tomar la decisión particular en cada caso. Asimismo, creemos	**Médicos del Mundo**	**Se acepta parcialmente.** El artículo 3 ter actual de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, tras valorar las alegaciones, se ha modificado. De la modificación cabe resaltar: - Se ha convertido en 3 bis englobando todos los colectivos de personas extranjeras que no son titulares de derecho y, en nuestro país, tienen acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares. Estas son: victimas de trata, protección internacional, protección temporal y personas no registradas ni autorizadas. - Se mantiene la necesidad de informe social en las personas extranjeras en situación de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
necesario alertar de como el apartado 1 del artículo 3 ter reconoce la tenencia del derecho a las personas en situación administrativa irregular, sin embargo, es el apartado 2 de dicho artículo el que determina en que situaciones la atención sanitaria derivada del derecho se produce con cargo a fondos públicos. De este modo, **reconocer la protección a las situaciones de vulnerabilidad en el apartado 1 y no en el 2 puede abrir nuevamente la puerta a interpretaciones restrictivas** que – tal y como ocurre actualmente en diversas comunidades autónomas – permitan la atención a estas situaciones, pero facturando la misma. Esto implicaría vaciar de todo contenido la especial protección de estas situaciones, pues **si la atención a las situaciones de especial vulnerabilidad es facturable no existe protección alguna de las mismas.** <u>Justificación:</u> Como organización impulsora e integrante de REDER (Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012), Médicos del Mundo ha participado activamente en el diálogo con este Gobierno para impulsar la reforma legislativa que rectificara a aquella norma. Así mismo, hemos contribuido a elaborar el documento de aportaciones de REDER junto con Yosisanidaduniversal y Amnistía Internacional, motivadas por la constatación de la necesidad de una reforma legislativa que acometiera definitivamente la recuperación efectiva del acceso universal al SNS para todas las personas que viven en nuestro país. Además, Médicos del Mundo como organización que se orienta por un enfoque de derechos humanos quieren recordar la advertencia que también ha		estancia temporal (personas que entran regularmente a España y que por cualquier motivo no tienen tarjeta europea o país que pague su asistencia). En concreto, en el caso de personas extranjeras en situación de estancia temporal, se ha incluido que, para recibir asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos, será preceptivo un informe previo favorable que acredite su voluntad de residir en España emitido por los servicios sociales competentes - En el caso de las personas no registradas ni autorizadas en España se ha incluido que la acreditación de los requisitos para que la *asistencia sea con cargo a los fondos públicos* se pueda realizar por declaración responsable. Por otra parte, se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a su cargo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
señalado, en junio de 2020, el Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de NNUU en su respuesta al informe de seguimiento por España. Este Comité, recuerda que "el Real Decreto-ley 7/2018 no supera todas las restricciones (al derecho a la salud) ya que dicha normativa prevé un desarrollo normativo por las comunidades autónomas que no se ha dado todavía, con lo cual se mantienen algunas de las situaciones de exclusión previas a la aprobación de este Real Decreto. Igualmente, el Real Decreto-ley 7/2018 establece ciertas condiciones, que constituyen barreras para los migrantes en situación irregular, y no supera los retrocesos del decreto anterior (…)". En el mismo sentido, valga la pena recordar la conclusión recogida en el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción económica y social del Congreso de los Diputados en 2020: El RD Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, se tramitará como una ley que derogue definitivamente el RD Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y que, junto al reglamento que la desarrolle, garantice en todo caso los siguientes extremos: a) trabajar conjuntamente entre la Administración Central y las comunidades autónomas, b) extender este derecho a las personas ascendientes que llegan desde países extracomunitarios, reagrupadas por sus hijas e hijos con nacionalidad española, o de otro país comunitario, c) garantizar la recuperación de la cobertura sanitaria gratuita en nuestro país a los ciudadanos y ciudadanas españoles que residen fuera de España y d) cualesquiera otros cambios		Cabe recordar que en el texto de primera vuelta ya se establece lo siguiente: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago". Para mayor precisión, tras alegaciones se ha incluido lo subrayado: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde **el momento de la presentación de** la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
necesarios para garantizar el acceso universal a la atención sanitaria como un derecho subjetivo de todas las personas. Independientemente de futuras reformas legislativas, todas las administraciones se comprometen a hacer efectivo, de forma inmediata y sin excepciones, el derecho a la protección de la salud, garantizando la atención sanitaria en aquellos colectivos que gozan de una especial protección en nuestra legislación y en los convenios internacionales suscritos por el Estado, como es el caso de los menores, las mujeres embarazadas y los solicitantes de protección internacional. En primer lugar, Médicos del Mundo comparte la decepción al ver que las recomendaciones que REDER trasladó en la primera vuelta de esta consulta no han sido tomadas en cuenta. El Anteproyecto propuesto por el Ministerio, en lo que concierne al acceso universal al SNS contiene tímidos avances, pero también algunos retrocesos y continúa sin abordar algunas situaciones de gran calado.		
Para hacer del sistema sanitario nacional un sistema con una cobertura total que no deje fuera a las personas en situación administrativa irregular o migrantes residentes, con dificultades económicas que puedan interferir en la protección holística de la salud.	**SOS Racismo Madrid / Movimiento #Regularizacionya / Comunidad Negra Africana y Afrodescendiente en España (Cnaae) / Comité**	**Se acepta parcialmente.** El artículo 3 ter actual de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, tras valorar las alegaciones se ha modificado. De la modificación cabe resaltar: - Se ha convertido en 3 bis englobando todos los colectivos de personas extranjeras que no son titulares de derecho y, en nuestro país, tienen acceso a la asistencia sanitaria en las

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español. *1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1.* [de la presente propuesta]. *2. La citada asistencia será con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes siempre que concurra algunos de los siguientes requisitos:* *a. No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.* *b. No existir un tercero obligado al pago.* *3. La asistencia sanitaria a la que se refiere este artículo no genera un derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio español financiada con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, sin*	**de Emergencia Antirracista**	mismas condiciones que las personas titulares. Estas son: victimas de trata, protección internacional, protección temporal y personas no registradas ni autorizadas. - Se mantiene la necesidad de informe social en las personas extranjeras en situación de estancia temporal (personas que entran regularmente a España y que por cualquier motivo no tienen tarjeta europea o país que pague su asistencia). En concreto, en el caso de personas extranjeras en situación de estancia temporal, se ha incluido que, para recibir asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos, será preceptivo un informe previo favorable que acredite su voluntad de residir en España emitido por los servicios sociales competentes - En el caso de las personas no registradas ni autorizadas en España se ha incluido que la acreditación de los requisitos para que la *asistencia sea con cargo a los fondos públicos* se pueda realizar por declaración responsable. Por otra parte, se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
perjuicio de lo dispuesto en las normas internacionales en materia de seguridad social aplicables. *4. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras la recepción de la prestación asistencial garantizando la cohesión, accesibilidad lingüística y administrativa (sencillez), accesibilidad del sistema y el bienestar del conjunto de la sociedad residente en el Estado, conforme a los principios generales establecidos en el artículo 2 de la presente ley.* *a. El informe facultativo de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas o de los propios del centro sanitario, en caso de tenerlo, serán suficiente para dar inicio a la emisión del documento certificativo de la cobertura sanitaria en coordinación con el centro de salud más cercano a la vivienda de la persona solicitante.* *b. El procedimiento desarrollado por las comunidades autónomas en ningún caso podrá limitar la accesibilidad o añadir barrera alguna al ejercicio del derecho a la salud. Asimismo este procedimiento tendrá las garantías establecidas en la ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.* *5. Las comunidades autónomas deberán comunicar al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, mediante el procedimiento que se determine, los documentos certificativos que se expidan en aplicación de lo previsto en este*		asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. Cabe recordar que en el texto de primera vuelta ya se establece lo siguiente: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago". Para mayor precisión, tras alegaciones se ha incluido lo subrayado: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
artículo, procurando en todo momento resguardar la confidencialidad de las personas solicitantes conforme a ley de protección de datos Ley Orgánica de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, Ley 3/2018".		
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 cohonesta la protección de las situaciones de vulnerabilidad (apartado 1) con la previsión de cargo a fondos públicos del coste de la asistencia (apartado 2)?	**Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)**	**Se acepta parcialmente.** El artículo 3 ter actual de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, tras valorar las alegaciones, se ha modificado. De la modificación cabe resaltar: - Se ha convertido en 3 bis englobando todos los colectivos de personas extranjeras que no son titulares de derecho y, en nuestro país, tienen acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares. Estas son: victimas de trata, protección internacional, protección temporal y personas no registradas ni autorizadas. - Se mantiene la necesidad de informe social en las personas extranjeras en situación de estancia temporal (personas que entran regularmente a España y que por cualquier motivo no tienen tarjeta europea o país que pague su asistencia). En concreto, en el caso de personas extranjeras en situación de estancia temporal, se ha incluido que, para

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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*".		recibir asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos, será preceptivo un informe previo favorable que acredite su voluntad de residir en España emitido por los servicios sociales competentes - En el caso de las personas no registradas ni autorizadas en España se ha incluido que la acreditación de los requisitos para que la *asistencia sea con cargo a los fondos públicos* se pueda realizar por declaración responsable. Por otra parte, se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a cargo del mismo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. Cabe recordar que en el texto de primera vuelta ya se establece lo siguiente: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago". Para mayor precisión, tras alegaciones se ha incluido lo subrayado: "En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago.
Asimismo, en relación con la modificación del artículo 3ter, apartado 1, sobre la protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, la plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 considera que **el articulado debería definir el alcance de la precisión *"en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española"*.** Por ello, la plataforma CH2025 propone el siguiente redactado: "Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.	**Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025)**	**No se acepta**. La norma establece que los extranjeros no registrados ni autorizados en España tienen el mismo derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española. Ello implica que sean atendidos por los servicios regionales de salud, recibiendo las mismas prestaciones que las personas usuarias del SNS.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
1. *Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, **siendo atendidos por los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas o por 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, conforme la situación y disponibilidad de los mismos**, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos […]"*		
Artículo segundo *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* *Cuatro. Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.*		
En la modificación del art.8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (pág. 13), se propone el siguiente cambio: *1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende (…) Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y ~~experimentación~~ [se propone cambiar el término **experimentación** por el de **evidencia**] científica, mediante los que se*	**Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**	**Se acepta parcialmente.** Se sustituye el término **experimentación** por "**evidencia**" y se añade "**o al INGESA**", no se acepta el tiempo verbal en futuro del verbo estar porque la cartera de servicios del SNS siempre ha sido una realidad. Se da una nueva redacción de los actuales apartados primero y quinto y se renumera el apartado cuarto como quinto, y el quinto como cuarto, para evitar

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población. (…) *4. La cartera común de servicios está **[¿estará?]** financiada en su totalidad con cargo a los fondos públicos, salvo las singularidades establecidas en la normativa específica en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica [¿añadir la prestación de productos dietoterápicos?] y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte del usuario.* *5. Para las prestaciones ortoprotésica, de productos dietoterápicos y de servicios accesorios se aprobarán, por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud **[o al INGESA]** por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final.*		interpretaciones en el sentido de que la prestación de productos dietoterápicos pudiera estar sujeta a aportación por parte del usuario.
En relación al "*artículo 8.1 Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud*": La simplificación de las modalidades de cartera existentes actualmente y la recuperación de la cartera común conlleva que no hay ningún mecanismo reglamentario para financiar con fondos públicos una prestación o tecnología que se encuentre fuera del alcance de la cartera común. Convendría valorar la conveniencia o no de recoger de forma explícita que **las Comunidades**	**Consejería de Sanidad de Castilla y León**	**No se acepta.** El *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*, en su artículo 92 establece de forma clara que: "*Para la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios será necesaria*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Autónomas y las entidades gestoras no pueden financiar con fondos públicos prestaciones que han sido expresamente "no incluidas" en la cartera común. En el área de prestación farmacéutica la base legal para no financiar medicamentos con resolución expresa de no financiación se basaba en los criterios que aplicaban a la cartera suplementaria, entre otros. Convendría por tanto hacer mención a este asunto. Por otro lado, también surgen dudas sobre la posibilidad de financiar tecnologías para las que no se ha decidido la inclusión en cartera. En el ámbito de la prestación farmacéutica, se financian con cargo a fondos públicos (como "Medicamentos en Situaciones Especiales") medicamentos que no se han autorizado o que estando autorizados no tienen decisión de financiación. Es difícil valorar el impacto de la modificación normativa sobre este contexto teniendo en cuenta para determinados casos la necesidad asistencial real.		*su inclusión en la prestación farmacéutica mediante la correspondiente resolución expresa de la unidad responsable del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, estableciendo las condiciones de financiación y precio en el ámbito del Sistema Nacional de Salud*" Con respecto a la financiación sanitaria, la reforma de la financiación autonómica se realiza en el marco de la Conferencia de Presidentes de las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y de Melilla. No es objetivo de la norma modificar el sistema de financiación autonómica establecido en la *Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias*. Al respecto, el Ministerio de Hacienda ha remitido a todas las comunidades autónomas de régimen común y a las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla un

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		documento para iniciar el debate sobre la reforma de la financiación autonómica, con fecha 3-12-2021, el "INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL CÁLCULO DE LA POBLACIÓN AJUSTADA". El nuevo modelo de financiación autonómica prevé que el peso del gasto sanitario se incremente entre 2 y 7 puntos y de esta manera su incidencia en el reparto pase del 38% actual, al 40 o incluso al 45%. El peso del gasto sanitario en la población ajustada aumentaría respecto al sistema actual y pasaría de tener una ponderación del 38% a una entre el 40 y el 45%.
Se propone sustituir la redacción propuesta para el "*artículo 8.1 Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud*" en relación a los servicios accesorios, para una mayor concreción. Se propone el siguiente cambio (resaltado): "*Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.*	**Consejería de Sanidad de Castilla y León**	**No se acepta**. La norma no modifica y mantiene el Artículo 8 quinquies de Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente o ambulatoriamente, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos y el transporte sanitario. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. ***No obstante, cada Comunidad Autónoma podrá determinar en su ámbito unos servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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.*** *Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población.*		
Se propone incorporar una aclaración al artículo 8.2 de la Ley 16/2003, que contemple la especificidad del procedimiento de inclusión en cartera para la prestación farmacéutica. Se añade resaltado la propuesta sobre lo recogido en el anteproyecto:	**Consejería de Sanidad de Castilla y León**	**Se acepta.** Se añade un inciso al final del apartado segundo del artículo ocho de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo.*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
*"2. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante Real Decreto, **sin perjuicio de la normativa específica aplicable a la prestación farmacéutica**."*		
No se explica la supresión que hace, en la nueva redacción, de la clasificación de las categorías de la Cartera de Servicios en Básica, Suplementaria y de servicios accesorios, aunque esta tipología se contiene y desarrolla en el propio Artículo 8 bis, ter y quáter. Esta clasificación previa era aclaratoria.	**Organización Médica Colegial de España (OMC) - Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)**	**No se acepta**. La norma no modifica y mantiene el Artículo 8 quinquies de Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. El APL pretende recuperar la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales (actual artículo 8 bis), la cartera común suplementaria (actual artículo 8 ter) y la cartera común de servicios accesorios (actual artículo 8 quáter), estableciendo las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma.
El artículo segundo, cuatro aborda la cartera de servicios del SNS cambiando la Ley de Cohesión 16/2003 y los cambios introducidos por el RDL 16/2012 que establecía 3 grupos en la cartera de servicios y copagos para el acceso a 2 de	**Federación de Asociaciones para la**	**No se acepta**. La norma pretende recuperar la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales (actual

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
ellos. Obviamente nos parece un paso adecuado y necesario, aunque mantiene los copagos en la prestación farmacéutica, las dietas y la ortoprotésica, contra lo que se ha venido publicitando por el Ministerio de Sanidad. Desde la FADSP de manera general venimos señalando hace tiempo que todos los copagos son fuente de discriminación hacia las personas más enfermas y con menos recursos y que debería tenderse a su progresiva eliminación.	**Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)**	artículo 8 bis), la cartera común suplementaria (actual artículo 8 ter) y la cartera común de servicios accesorios (actual artículo 8 quáter), estableciendo las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma. Por tanto, para agrupar conceptualmente la cartera común de servicios del SNS y evitar que, con base en lo establecido por el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril*, puedan incorporarse nuevos copagos sanitarios a la población española, se pretende reestablecer la cartera común de servicios, como una única cartera cuya provisión estará cubierta de forma completa por financiación pública, estableciéndose la misma aportación que en la actualidad en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte del usuario y se regirán por su normativa específica.
Se propone modificar la redacción del numeral Cuatro del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 8 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así:	**Confederación Española de Personas con**	**Se acepta parcialmente**. Se añade un inciso en el primer apartado del artículo ocho de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* con el texto "*o para la prevención de*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"*Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.* *1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente o ambulatoriamente, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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* ***o para la prevención de la intensificación de una discapacidad****. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública* ***y de prevención de las deficiencias****. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población".*	**Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE)**	*la intensificación de una discapacidad*", en concordancia con la modificación por el APL de los artículos 13 y 14 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*, con objeto de clarificar, que en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual. Idéntica definición a la recogida en el apartado 8 del anexo III del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. No se añade el texto "*y de prevención de las deficiencias*" al estar ya incluido en las prestaciones de salud pública. El apartado 3 del Anexo I Cartera de servicios comunes de salud pública del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, establece la promoción de la salud y

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		prevención de las enfermedades y de las deficiencias como una de las prestaciones de salud pública.
Se propone modificar la redacción del numeral Cuatro del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 8 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "*Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.* *1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente, ambulatoriamente* ***o a distancia a través de las nuevas tecnologías de atención a la salud****, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población.*"	**CERMI (discapacidad)**	**Se acepta con texto alternativo.** Se añade un inciso en el primer apartado del artículo ocho de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* con el texto "***pudiendo ser la modalidad de atención presencial o no presencial***. Se opta por esta redacción por haber sido utilizada en normas anteriores y estrategias elaboradas por el Ministerio de Sanidad.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Justificación Se sugiere incorporar la mención a la atención a la salud a través de medios tecnológicos no presenciales (telemedicina) como parte de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, ya que es elemento ineludible del presente y del futuro de los sistemas sanitarios.		
Se propone modificar la redacción del numeral Cuatro del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 8 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "*Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.* *1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente, ambulatoriamente* ***o a distancia a través de las nuevas tecnologías de atención a la salud****, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y*	**Plataforma del Tercer Sector**	**Se acepta con texto alternativo.** Se añade un inciso en el primer apartado del artículo ocho de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* con el texto "***pudiendo ser la modalidad de atención presencial o no presencial***. Se opta por esta redacción por haber sido utilizada en normas anteriores y estrategias elaboradas por el Ministerio de Sanidad.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población." <u>Justificación</u> Se sugiere incorporar la mención a la atención a la salud a través de medios tecnológicos no presenciales (telemedicina) como parte de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, ya que es elemento ineludible del presente y del futuro de los sistemas sanitarios.		
"*Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.* *1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente, ambulatoriamente, **presencialmente o a distancia a través de las nuevas tecnologías,** incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación*	**Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS)**	**Se acepta con texto alternativo.** Se añade un inciso en el primer apartado del artículo ocho de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* con el texto "***pudiendo ser la modalidad de atención presencial o no presencial***. Se opta por esta redacción por haber sido utilizada en normas anteriores y estrategias elaboradas por el Ministerio de Sanidad No se acepta la nueva redacción del apartado tercero del artículo ocho de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* por no ser objeto de la norma establecer el principio de diseño universal o diseño para todas las personas, la

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población." Justificación El avance de la tecnología nos ha traído nuevas fórmulas de atención sanitaria, como es la "telemedicina" o la atención a distancia a través de las nuevas tecnologías, por lo que consideramos esencial que en la reforma prevista se tenga en consideración esta nueva realidad. *"2. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante Real Decreto.* *3. La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en la persona* ***y en el apoyo a la familia****, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de* ***diseño para todos y*** *accesibilidad* ***universal*** *y equidad para toda la población cubierta y el derecho a la participación en salud".*		accesibilidad universal, así como el apoyo familiar, que se contemplan en el Capítulo III de autonomía de personas con discapacidad del Título preliminar y en los Capítulos V de derecho a la vida independiente y VII de derecho a la protección social del Título I, respectivamente del *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. En relación al importe máximo de financiación de la prótesis externas, el apartado quinto del artículo 5 del *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* establece que se puede superar este importe, si así lo indica un especialista y lo prevé la normativa de la correspondiente comunidad autónoma, INGESA, Instituto Social de la Marina o mutualidad de funcionarios:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Justificación No se puede obviar el papel esencial de la familia tanto en el cuidado de sus familiares enfermos, hospitalizados, con discapacidad… como el impacto que la enfermedad, la hospitalización, la presencia de una discapacidad… tienen en la familia, lo que hace indispensable que se incluya a la familia en la atención sanitaria y en los cuidados de la salud. Además, consideramos necesario incorporar de manera expresa referencia a los principios de diseño para todos y accesibilidad universal de manera que se garantice que todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, pueden ejercer su derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria. *"4. La cartera común de servicios está financiada en su totalidad con cargo a los fondos públicos, salvo las singularidades establecidas en la normativa específica en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte del usuario.* *5. Para las prestaciones ortoprotésica, de productos dietoterápicos y de servicios accesorios se aprobarán, por orden de la persona titular del Ministerio de*		*"5. No obstante, si a un usuario le indica el especialista un determinado tipo de producto de ortoprótesis externas incluido en cartera de servicios, podrá adquirir con cargo al Sistema Nacional de Salud un producto correspondiente a dicho tipo que no se encuentre incluido en la Oferta exclusivamente por superar el importe máximo de financiación, si así lo prevé la normativa de la correspondiente comunidad autónoma, INGESA, Instituto Social de la Marina o mutualidad de funcionarios. En ese caso, el usuario abonará la diferencia entre el importe máximo de financiación correspondiente al tipo de producto y el precio de venta del producto adquirido, además de la aportación que le corresponda, aplicada sobre el importe máximo de financiación de su tipo de producto".*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final, sin poder exigir aportación al usuario distinta a la prevista en el apartado anterior". Justificación En aras de una mayor seguridad jurídica para los usuarios En el caso de las prótesis auditivas y los componentes externos de los implantes auditivos, la práctica diaria nos muestra que, a pesar de no estar prevista la aportación del usuario en la normativa vigente, en muchos casos se está exigiendo al usuario una aportación económica, en ocasiones en torno a los 500 euros. En algunos casos, debido a que los productos incluidos en la Oferta no tienen las prestaciones suficientes que precisa la pérdida de audición del usuario. En otros, sin explicación alguna.		
Se propone modificar la redacción del numeral Cuatro del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 8 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "*Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.*	**Dirección General de los Derechos de las Personas con Discapacidad**	**Se acepta con texto alternativo.** Se añade un inciso en el primer apartado del artículo ocho de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* con el texto "*pudiendo ser la modalidad de atención presencial o no presencial*. Se opta por esta redacción por haber sido utilizada en

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente, ambulatoriamente ***o a distancia a través de las nuevas tecnologías de atención a la salud****, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población.*" Justificación Se sugiere incorporar la mención a la atención a la salud a través de medios tecnológicos no presenciales (telemedicina) como parte de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, ya que es elemento ineludible del presente y del futuro de los sistemas sanitarios.		normas anteriores y estrategias elaboradas por el Ministerio de Sanidad.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El artículo 8 queda redactado de la siguiente forma: *"Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.* *1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente o ambulatoriamente,* ***incluyendo la atención a la salud mental,*** *las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población.* *2. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante Real Decreto,* ***contemplando la incorporación de los***	**Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP)**	**No se acepta**. La atención a la salud mental ya se encuentra comprendida como una de las prestaciones de la atención primaria [art. 12.2.h)] y de la prestación de atención especializada [art. 13.2. g)] en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Tampoco es objeto de la norma establecer la planificación de necesidades de profesionales sanitarios y coordinar las políticas de recursos humanos del SNS que se van a llevar a cabo por el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios del Ministerio de Sanidad, de acuerdo a lo establecido en el *Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
psicólogos clínicos en Atención Primaria y de Urgencia en todas las Comunidades Autónomas. *3. La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial* ***desde la Atención Primaria como nivel básico e inicial de atención,*** *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 y el derecho a la participación en salud.* *(...)* Justificación: La Atención Primaria, como nivel básico e inicial de atención, garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, siendo los Centros de Salud los que soportan más del cincuenta por ciento de la carga asistencial que suponen los trastornos mentales para el sistema sanitario. En la mayoría de los casos son trastornos prevalentes que presentan una frecuente asociación con diversas enfermedades crónicas y que, debido a la carencia de profesionales para un tratamiento adecuado de psicoterapia, así como a la falta de tiempo en las consultas de Atención Primaria, de Urgencia, y Especializada, suelen ser tratados con psicofármacos, a pesar de que las guías		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de práctica clínica en este nivel asistencial recomiendan las técnicas cognitivo-conductuales frente a la muchas veces innecesaria “medicalización”. En las Comunidades de Madrid, Catalunya y Principado de Asturias ya se han implantado la figura del psicólogo clínico en Atención Primaria, que viene atendiendo los casos leves y moderados de depresión y trastornos de ansiedad, lo que ha permitido abordar con éxito en estas Comunidades el grave impacto de la pandemia en la salud mental de la población, especialmente, entre los grupos de mayor vulnerabilidad. Es por ello que la inclusión de la figura del profesional de la Psicología Clínica en los centros de Salud en todas las Comunidades Autónomas, garantizando su incorporación progresiva con el objetivo de tratar los trastornos mentales comunes, supondrá una mejora del sistema de Atención Primaria que es el que soporta la mayor parte de esta carga, evitando la cronificación de los trastornos más comunes y mejorando la relación coste-eficacia en el tratamiento de la salud mental.		
Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Desde el cambio normativo CCOO mantenemos la reivindicación de que la cartera común no podía ser desagregada en diferentes apartados, contenidos, prestaciones y copagos distintos. Nos parece un acierto el cambio a normativas previas que puedan evitar todos estos riesgos.	**CCOO**	**No se realizan observaciones al artículo 8**. La norma pretende recuperar la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se debe volver a realizar una nueva Cartera Común de servicios del SNS, un Nuevo acuerdo Interterritorial que evite las desigualdades en salud y la falta de equidad, de forma prioritaria y urgente, que incluya temas tan importantes como: la IVE, eutanasia, Salud Mental….		prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma.
Modificación de 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, a efectos de adaptar el contenido de los mismos a lo previsto en el artículo 8 del Anteproyecto de Ley en consideración con las circunstancias expresadas: Pese a que el apartado primero del artículo 8 cuya modificación se procura, efectivamente, reunifica la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, lo cierto es que el Anteproyecto de Ley sujeto a consulta, además de **no ajustar las menciones que incorpora en dicho apartado a lo dispuesto en los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quáter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de igual modo no aborda cambio alguno en relación a la regulación que contienen los referidos preceptos en su redacción actual en coherencia con la previa división de la cartera común de servicios y sus distintas tipologías o modalidades de prestaciones.** Respecto a lo anterior, cabe señalar que, si bien el apartado cuarto del artículo 8 del Anteproyecto de Ley establece que todos los servicios serán financiados	**Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA**	**Se acepta parcialmente**. Se da una nueva redacción de los actuales apartados primero y quinto y se renumera el apartado cuarto como quinto, y el quinto como cuarto, para evitar interpretaciones en el sentido de que la prestación de productos dietoterápicos pudiera estar sujeta a aportación por parte del usuario. Se incorpora de forma concreta el transporte sanitario, tanto urgente como no urgente.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
en su totalidad con cargo a los fondos públicos, ciertamente el mencionado precepto incorpora excepciones sujetas a aportación por parte del usuario que, de forma específica, circunscribe a prestaciones incluidas en la anterior cartera común suplementaria (más concretamente, la prestación farmacéutica y la ortoprotésica) y las de servicios accesorios. No obstante, la redacción del artículo 8.4 del Anteproyecto de Ley puede plantear dudas interpretativas con respecto al posible copago de determinados servicios (como los de transporte sanitario no urgente y productos dietéticos o dietoterápicos) que, pese a que no se mencionan en el apartado cuarto del artículo 8, se contemplan como prestaciones incluidas en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud sujetas a aportación del usuario en base a lo previsto en el artículo 8 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. En este sentido, FACUA entiende proporcional y adecuado que **el transporte sanitario no urgente (sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas),** en coherencia con lo previsto en el artículo 8.4 del Anteproyecto de Ley, **se exima de aportación alguna por parte del usuario en atención a determinadas circunstancias tales como capacidad económica y/o residencia en el medio rural o pequeños municipios,** ya que lo contrario puede determinar que numerosas personas con capacidad económica reducida y residencia ubicada en entornos lejanos a centros, servicios o establecimientos sanitarios puedan verse privadas de atención adecuada, perjudicando particularmente a usuarios residentes en zonas rurales y personas con edad avanzada que carecen de autosuficiencia para el desplazamiento, y contraviniendo al principio de equidad que debe orientar a nuestro sistema sanitario público. **Análoga circunstancia**		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
concurre con respecto a las prestaciones con productos dietéticos, cuya disponibilidad por parte del usuario en determinados supuestos puede configurarse como esencial para la prevención o el tratamiento de determinadas patologías o enfermedades.		
Modificación de 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, a efectos de adaptar el contenido de los mismos a lo previsto en el artículo 8 del Anteproyecto de Ley en consideración con las circunstancias expresadas: Pese a que el apartado primero del artículo 8 cuya modificación se procura, efectivamente, reunifica la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, lo cierto es que el Anteproyecto de Ley sujeto a consulta, además de **no ajustar las menciones que incorpora en dicho apartado a lo dispuesto en los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quáter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de igual modo no aborda cambio alguno en relación a la regulación que contienen los referidos preceptos en su redacción actual en coherencia con la previa división de la cartera común de servicios y sus distintas tipologías o modalidades de prestaciones.** Respecto a lo anterior, cabe señalar que, si bien el apartado cuarto del artículo 8 del Anteproyecto de Ley establece que todos los servicios serán financiados en su totalidad con cargo a los fondos públicos, ciertamente el mencionado precepto incorpora excepciones sujetas a aportación por parte del usuario que, de forma específica, circunscribe a prestaciones incluidas en la anterior cartera	**Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)**	**Se acepta parcialmente**. Se da una nueva redacción de los actuales apartados primero y quinto y se renumera el apartado cuarto como quinto, y el quinto como cuarto, para evitar interpretaciones en el sentido de que la prestación de productos dietoterápicos pudiera estar sujeta a aportación por parte del usuario. Se incorpora de forma concreta el transporte sanitario, tanto urgente como no urgente.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
común suplementaria (más concretamente, la prestación farmacéutica y la ortoprotésica) y las de servicios accesorios. No obstante, la redacción del artículo 8.4 del Anteproyecto de Ley puede plantear dudas interpretativas con respecto al posible copago de determinados servicios (como los de transporte sanitario no urgente y productos dietéticos o dietoterápicos) que, pese a que no se mencionan en el apartado cuarto del artículo 8, se contemplan como prestaciones incluidas en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud sujetas a aportación del usuario en base a lo previsto en el artículo 8 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. En este sentido, El Consejo entiende proporcional y adecuado que **el transporte sanitario no urgente (sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas),** en coherencia con lo previsto en el artículo 8.4 del Anteproyecto de Ley, **se exima de aportación alguna por parte del usuario en atención a determinadas circunstancias tales como capacidad económica y/o residencia en el medio rural o pequeños municipios,** ya que lo contrario puede determinar que numerosas personas con capacidad económica reducida y residencia ubicada en entornos lejanos a centros, servicios o establecimientos sanitarios puedan verse privadas de atención adecuada, perjudicando particularmente a usuarios residentes en zonas rurales y personas con edad avanzada que carecen de autosuficiencia para el desplazamiento, y contraviniendo al principio de equidad que debe orientar a nuestro sistema sanitario público. **Análoga circunstancia concurre con respecto a las prestaciones con productos dietéticos,** cuya disponibilidad por parte del usuario en determinados supuestos puede		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
configurarse como esencial para la prevención o el tratamiento de determinadas patologías o enfermedades.		
Las prestaciones sujetas al copago son la prestación ortoprotésica, la farmacéutica y las prestaciones de servicios accesorios (la actual cartera común de servicios accesorios) según el nuevo art. 8.4. Sin embargo, de la lectura del siguiente apartado (art. 8.5) parece inferirse que las prestaciones de productos dietoterápicos siguen sujetas a aportación económica del usuario. "*5. Para las prestaciones ortoprotésica, **de productos dietoterápicos** y de servicios accesorios se aprobarán, por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final*."	**Consejería de Sanidad de Castilla- La Mancha**	**Se acepta**. Se da una nueva redacción de los actuales apartados primero y quinto y se renumera el apartado cuarto como quinto, y el quinto como cuarto, para evitar interpretaciones en el sentido de que la prestación de productos dietoterápicos pudiera estar sujeta a aportación por parte del usuario.
Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud Otro aspecto que tiene un gran impacto presupuestario, que no ha sido tenido en cuenta en la memoria económica que se presenta, es el de la inclusión de los "residentes ausentes" en la cartera de servicios completa (básica más complementaria) dentro de las prestaciones a las que tienen derecho tanto los residentes ausentes como sus ascendientes y descendientes directos.	**Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia**	**No se acepta.** El segundo párrafo del apartado primero del artículo tres ya establece que: "*Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Recordemos que la cartera de servicios se amplía para toda la población, incluyendo tanto la cartera básica como la complementaria (ortoprótesis, farmacia, transporte sanitario, etc...). De ninguna manera rechazamos que se incluya a los residentes ausentes en la cartera de servicios completa pero este incremento de gasto no se ve compensado en ninguna partida y no ha sido contemplado por el Ministerio. En conjunto, según datos del INE extraídos a 2 de diciembre de 2021, la población española residente en el extranjero (PERE), incluida la Unión Europea, es de 2.654.723 personas de las cuales 523.856 (19.7%) son inscritos en Galicia. Este volumen de personas que tendrían acceso a las prestaciones sanitarias se vería multiplicado por 3 si incluimos también a los familiares en primer grado y parejas de hecho, tal como está escrito en la norma. Con este escenario en Galicia el volumen de asegurados en el sistema público de salud gallego se vería incrementado en unas 1.571.568 personas más, pasando de 2.500.000 a 4.071.568 asegurados. Este impacto tanto sobre la parte económica como la asistencial supondría un importante golpe a la asistencia sanitaria que debería estar cuantificado con el fin de prever las situaciones presupuestarias que esto supondría y cuál sería la fuente de financiación.		*asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.*" Sin embargo, la lectura del artículo 3.2.d puede dar lugar a interpretar que es un derecho aplicable a todos los españoles de origen residentes en el exterior, cuando no lo es en el caso de los españoles que pudiesen exportar ese derecho desde sus países de residencia. Según las sentencias del Tribunal Constitucional [Sentencia del Tribunal Constitucional nº 31/2010, de 28 de junio (cuestión de inconstitucionalidad nº 8045/2006) y Sentencia del Tribunal Constitucional nº 90/2009, de 20 de abril (cuestión de inconstitucionalidad nº 5234/2002)] y del Tribunal Supremo [Sentencia del Tribunal Supremo nº 1748/2012, de 23 de febrero de 2012 (recurso nº 603/2008)], las exposiciones de motivos y los preámbulos de las leyes y los reales decretos carecen de valor normativo pero sí tienen valor

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		interpretativo. Se modifica, por tanto, el texto de la **exposición de motivos** añadiendo lo siguiente (negrita): *"En el artículo segundo se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud con varios objetivos de gran calado, siendo estos:* *A) En relación al acceso universal al SNS, persigue ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares que les acompañen**, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura, dado que el apartado segundo del artículo tercero de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud***

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		desarrolla los supuestos contemplados en el apartado primero. Así como *garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. Adicionalmente incluye, dentro de los supuestos que permiten ser titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación*". Hay que tener en cuenta que, en lo referente a la ampliación de derechos que se propone, actualmente está contemplado este derecho, pero solo para los españoles de origen, trabajadores o pensionistas, residentes en el exterior, y para los familiares que les acompañaran, según establece la actual redacción del artículo 26 del *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*. La norma amplía el número de españoles beneficiarios de este derecho a los

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		españoles de origen que residen en el extranjero, pero no trabajan, en sus desplazamientos temporales a nuestro país, por lo que se considera que es un volumen de población muy escaso y durante periodos temporales limitados. Además, el reconocimiento de este derecho no conlleva necesariamente que vayan a precisar de una asistencia sanitaria en España, ya que se trata de estancias temporales que coinciden con sus periodos de estancia en España.
Se propone eliminar la parte de "*los centros sociosanitarios*" y la parte de "*los servicios accesorios que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico*", con lo que el artículo 8.1. quedaría así: *"1 La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios ~~o sociosanitarios~~, con ingreso del paciente o ambulatoriamente, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario ~~así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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~~. Asimismo, quedarán también incluidas las*	**Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia**	**No se acepta.** La redacción propuesta para el apartado primero del artículo octavo recoge el texto del vigente artículo 8 bis, que se pretende derogar con la norma, y que incluye a los centros sociosanitarios: *"Artículo 8 bis. Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.* *1. La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población." <u>Justificación:</u> La propuesta del Ministerio, en su literalidad, supone un problema para los sistemas sanitarios públicos de las CCAA, ya que se incluye dentro de la cartera común del SNS la rehabilitación que se realice en centros sanitarios y sociosanitarios incluyendo, de forma expresa, el transporte sanitario y todos aquellos 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. La inclusión de este epígrafe obligaría, de facto, a los servicios **sanitarios** autonómicos a hacerse cargo de todas las terapias que se realicen a personas usuarias en el ámbito de las distintas Consejerías competentes en materia de política social, sobrecargando el sistema sanitario con pacientes en situación de discapacidad y/o dependencia, cuyo tratamiento debería ser competencia exclusiva de los servicios sociales de cada CCAA.		*urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública*". También recoge el texto del vigente artículo 8 quáter, que se pretende derogar con la norma, relativo a los cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud: *"Artículo 8 quáter. Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud.* 1. *La cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud incluye todas <u>aquellas actividades, 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</u>, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario*". El texto que se establece de "servicios accesorios" es exactamente igual que el actualmente vigente. Por otro lado, el apartado primero del artículo 14 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La línea de separación entre la atención sanitaria y social debería ser la situación de discapacidad y dependencia. Una vez un paciente entrase en los servicios de atención a la discapacidad o en el Sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD), serían los servicios sociales quienes se encargasen del ofrecimiento de aquellas prestaciones no sanitarias que mejoren la patología de base (terapia ocupacional, musicoterapia, etc.). Lo contrario significaría que el sistema de salud de cada CCAA sufragaría el coste de todas estas intervenciones de los sistemas sociales (piscinas terapéuticas, terapia ocupacional, logopedia a pacientes en situación de dependencia o discapacidad, musicoterapia, cromatoterapia, etc, etc) desvirtuando la verdadera misión del sistema sanitario público. Por otro lado, también sería necesario eliminar la parte donde indica que "se incluirán los servicios accesorios que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico". ¿A qué servicios se refiere? ¿Podríamos considerar aquí tratamientos con animales, teatro, visitas culturales? Esta parte, escrita de forma genérica abre la puerta a la inclusión dentro de la cartera de servicios del SNS a una multitud de intervenciones que superan el marco de la atención sanitaria y pondrían una gran tensión financiera al sistema sanitario.		*calidad del Sistema Nacional de Salud*, en lo relativo a la prestación sociosanitaria, diferencia claramente entre servicios sanitarios, sociales y educativos. Y es en el aparatado segundo donde se establece la atención sanitaria en el ámbito sanitario.
Sin perjuicio de considerar correcto desde un punto de vista técnico el retorno a la reunificación de la cartera común de servicios, la redacción dada, no obstante, genera ciertas dudas y preocupaciones. En primer término, por la	**Consejería de Salud de la Región de Murcia**	**No se acepta**. La norma pretende recuperar la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
amplitud e inconcreción del concepto de "servicios accesorios" que resulta excesivamente amplio y difuso, manteniendo esta previsión actualmente recogida en el artículo 8 quáter que ahora se pretende derogar y que curiosamente no se contemplaba en la redacción original a la que se pretende retornar. Por ello sería importante, en el caso de mantener esta previsión de servicios accesorios que se concretará mínimamente su contenido. Por otra parte, aun cuando en la MAIN manifieste que su interés es la eliminación de nuevos copagos y que la Ley indique expresamente que la cartera común de servicios está financiada en su totalidad con cargo a los fondos públicos, lo cierto es que la reforma introducida no elimina el sistema de copago ya que añade a continuación "sin perjuicio de las especificidades establecidas en que dadas eso normativa específica", siendo precisamente estos reglamentos de desarrollo en donde se encuentra fijado este sistema. Por este motivo, sí hay que reflejar por lo que respecta a la modificación del artículo 9 del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, en la misma línea de lo apuntado en apartados anteriores, que la previsión de ampliar los colectivos exentos en el ámbito de la prestación ortoprotésica para equipararlos a las exenciones de la prestación farmacéutica, comporta un gasto sanitario añadido		común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma. El texto que se establece de "servicios accesorios" es exactamente igual que el actualmente vigente. Además, se homogeneizan los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica. Para ello, se modifica el *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*, por la que se amplía dicha exención a los siguientes colectivos: • f) personas beneficiarias del ingreso mínimo vital; • g) personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%;

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
que, aun cuando no suponga una cuantía muy elevada, ahonda también los problemas y déficits de financiación expuestos.		• h) 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; e i) pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros. Como consta en la MAIN, se ha calculado para la Región de Murcia un impacto presupuestario anual de 66.162,19 €.
Artículo 8. Cartera común de servicios del SNS. Punto 1, página 13. Propuesta de modificación: Añadir "*urgente y no urgente*" con el fin de que no haya lugar a equívocos en la interpretación del término "transporte sanitario" y ambas modalidades queden blindadas ante un potencial copago y claramente cubiertas de forma completa por financiación pública.	**Asociación Española Contra el Cáncer**	**Se acepta**. Se añade el texto "***urgente y no urgente,***" seguido de una coma después de "*transporte sanitario*" en el primer apartado del artículo octavo para evitar dudas interpretativas:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. *1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente, ambulatoriamente, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario* ***urgente y no urgente*** *así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población."*		
Punto 5, página 14. Sobre aportación por parte del usuario Propuesta de modificación: se propone añadir el texto siguiente: "*En el caso de que el usuario tenga que adelantar el pago completo de la prestación porque esta esté sujeta a procedimiento de reembolso, será necesario garantizar el cumplimiento de los plazos que se establezcan para dicho reembolso de los gastos por parte de las administraciones correspondientes. El plazo para realizar el reembolso en ningún caso excederá de los 6 meses y se sancionará económicamente, en beneficio del paciente y de manera automática, a la administración que los incumpla".*	**Asociación Española Contra el Cáncer**	**No se acepta**. Corresponde a las CCAA, INGESA y Mutualidades establecer los procedimientos de financiación, ya sea por reembolso al usuario o por abono directo al establecimiento. El artículo 1.2.c de la *Orden SCB/45/2019, de 22 de enero, por la que se modifica el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, se regula el procedimiento de inclusión, alteración y exclusión de*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"Cuatro. El artículo 8 queda redactado de la siguiente forma: "*Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.* *(.....)* *5. Para las prestaciones ortoprotésica, de productos dietoterápicos y de servicios accesorios se aprobarán, por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final.* ***En el caso de que el usuario tenga que adelantar el pago completo de la prestación porque esta esté sujeta a procedimiento de reembolso, será necesario garantizar el cumplimiento de los plazos que se establezcan para dicho reembolso de los gastos por parte de las administraciones correspondientes. El plazo para realizar el reembolso en ningún caso excederá de los 6 meses y se sancionará económicamente, en beneficio del paciente y de manera automática, a la administración que los incumpla".***		*la oferta de productos ortoprotésicos y se determinan los coeficientes de corrección*, establece que: "*2. En concreto, en lo referente a la prestación ortoprotésica suplementaria:* *c) Se establecen los coeficientes de corrección que permiten calcular los precios de Oferta para determinar el precio final de facturación definitiva de los productos ortoprotésicos a los responsables de prestación ortoprotésica, tanto cuando se abonan directamente a los establecimientos dispensadores, como cuando se reintegra el correspondiente gasto a los usuarios*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Punto 6, página 14. Propuesta de modificación: El Ministerio de Sanidad realizará anualmente una evaluación de los costes de la *aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como del cumplimiento de la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios incluidos en ella. Los informes de evaluación serán publicados para conocimiento y consulta de la ciudadanía atendiendo a los principios de transparencia y rendición de cuentas.* "Cuatro. El artículo 8 queda redactado de la siguiente forma: "*Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.* *(.....)* *6. El Ministerio de Sanidad realizará anualmente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como del cumplimiento de la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios incluidos en ella. Los informes de evaluación serán publicados para conocimiento y consulta de la ciudadanía atendiendo a los principios de transparencia y rendición de cuentas."*	**Asociación Española Contra el Cáncer**	**Se acepta parcialmente con una nueva redacción** para el apartado sexto del artículo octavo: Cuatro. El artículo 8 queda redactado de la siguiente forma: "*Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.* *(.....)* *6. El Ministerio de Sanidad realizará periódicamente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como del cumplimiento de la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios incluidos en ella."*
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.	**Sociedad Española de Salud Pública y**	**Se acepta parcialmente**. Se incorpora el término "longitudinalidad".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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 concurran 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	**Administración Sanitaria (SESPAS)**	No se incorpora el concepto de "cercana al domicilio" ya que se encuentra incluido en el de accesibilidad y conceptualmente está vinculado a la organización de los servicios sanitarios. Por otra parte, la norma no pretende modificar la cartera de servicios del SNS, sino unificar la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma. Las prestaciones de atención bucodental y los audífonos han sido y son objeto de diseño de políticas efectivas por parte de este Gobierno para avanzar en su ampliación. Así pues, en relación a la atención bucodental, el Ministerio de Sanidad sacó, el 18-02-2022, a audiencia e información pública el *Proyecto de Orden por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, que tiene, entre otros objetivos, la ampliación de la cartera de servicios de atención de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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.		salud bucodental, homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en todo el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso independientemente del lugar de residencia, y por otra parte, incrementar la correspondiente cartera de servicios comunes, con un enfoque fundamentalmente preventivo. Esta se realizará de manera progresiva siendo priorizados los siguientes colectivos: población infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial. Con respecto a los audífonos, la *Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, incrementa la edad de financiación de los audífonos, desde los 16 años hasta los 26 años de forma gradual.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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.		
Articulo ocho. - "Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud". Desde el cambio normativo con el RD 16/2012, UGT mantiene la reivindicación de que la cartera común no podía ser desagregada en diferentes apartados, contenidos, prestaciones y copagos distintos. Hace falta un gran acuerdo de	**UGT**	**No se realizan observaciones**. Están de acuerdo con que la norma unifique la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, establecer las garantías necesarias para

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
forma prioritaria y urgente que evite las desigualdades en salud y la falta de equidad del Sistema Nacional de Salud.		que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma.
Médicos del Mundo acoge con satisfacción la decisión de este Gobierno de cumplir con la responsabilidad de reformar, en lo relativo a la definición de la cartera de servicios, el Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones Es una decisión acertada volver a reagrupar en una sola cartera común de servicios cuya provisión estará cubierta de manera completa por financiación pública y que impida la introducción de nuevos copagos; así como la incorporación por igual de las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica y de servicios accesorios. Resulta también significativa la preocupación por incluir y visualizar que las prestaciones de salud pública también forman parte de la cartera común de servicios del SNS.	**Médicos del Mundo**	**No se realizan observaciones**. Están de acuerdo con que la norma unifique la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma.
Respecto del transporte sanitario no urgente, consideramos que los criterios para adjudicarse deben basarse en criterios sociales, especialmente para los casos de personas que necesitan acudir a un centro sanitario a dializarse o a recibir un tratamiento hospitalario (ya sea farmacológico u otro tipo), dada la frecuencia de los y la distancia al centro sanitario. Por otro lado, otro caso sería el del traslado de pacientes crónicos, como aquellos que se encuentran en hemodiálisis, que se encuentra actualmente en	**Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)**	**No se acepta**. Las prestaciones de la cartera común de servicios del SNS son para toda la población y no es objeto de la norma regular el transporte sanitario sino unificar la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
la cartera suplementaria, lo que implica que aquellos pacientes que en origen disfrutan de este servicio básico, cuando se desplacen por trabajo u otros motivos a otra Comunidad Autónoma, dependen de la disponibilidad en ésta última de este servicio.		prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma. En relación con el traslado de pacientes en hemodiálisis cuando se desplazan a una CCAA distinta de la de su residencia ya lo recoge el punto 4.2 del Anexo VIII del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, que establece lo siguiente: "4.*2 En el caso de pacientes sometidos a tratamientos periódicos, como diálisis o rehabilitación, que se desplazan a otra comunidad autónoma durante un periodo de tiempo, es esta comunidad la que, aplicando los criterios que utiliza para autorizar el uso de transporte sanitario en su ámbito, se hace cargo de facilitar esta prestación para recibir dichos tratamientos a los usuarios que lo requieran por causas estrictamente médicas*".
Al apartado cuarto del artículo primero. "*Modificación de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*". Redacción que se propone:	**Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos**	**No se acepta**. Las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público tal y como se establece en el *Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. *"1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros **y establecimientos** sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente o ambulatoriamente, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población.* *2. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante Real Decreto.* *3. La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en la persona, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como*		*las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios* Por otra parte, la prestación farmacéutica y ortoprotésica se realiza en la actualidad tanto de forma ambulatoria, a través de oficinas de farmacia y servicios de farmacia hospitalarios, como hospitalaria, a través de servicios de farmacia hospitalarios, por lo que eliminar este ámbito de las prestaciones sería perjudicial para la salud de la ciudadanía. La prestación de farmacia ambulatoria a través de servicios de farmacia hospitalarios no tiene aportación del usuario.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta y el derecho a la participación en salud. *4. La cartera común de servicios está financiada en su totalidad con cargo a los fondos públicos, salvo las singularidades establecidas en la normativa específica en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte del usuario* ***y se llevarán a cabo de forma ambulatoria.*** *5. Para las prestaciones ortoprotésica, de productos dietoterápicos y de servicios accesorios se aprobarán, por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final.* *6. El Ministerio de Sanidad realizará anualmente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.* Justificación Una de las principales novedades del Anteproyecto consiste en deshacer el régimen de categorización de las carteras que introdujo el Real Decreto-Ley		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
16/2012 de 20 de abril, que disgregó el art. 8 anteriormente vigente en cinco artículos (del 8 al 8 quinquies) estableciendo en estos la distinción actualmente vigente, que separó la cartera común del SNS en tres carteras: la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios. La cartera común suplementaria, donde se incluyen la prestación farmacéutica, ortoprotésica y con productos dietéticos, se caracteriza en la redacción actual de la Ley 16/2003, por la sujeción a la aportación del usuario y por prestarse de forma ambulatoria. Así, las prestaciones farmacéutica y ortoprotésica tendrán lugar en los establecimientos sanitarios habilitados a tal efecto, a saber, la red de farmacias comunitarias y los establecimientos de ortopedia, a través de los profesionales que los integran. En primer lugar, es preciso poner de relieve el defecto técnico advertido al señalarse que las actividades asistenciales comprendidas dentro de la nueva cartera reunificada se desarrollarán en “centros sanitarios o sociosanitarios” a pesar de que esta nueva cartera incorpora, como señalamos, las prestaciones actualmente incluidas en la cartera común suplementaria del SNS (art. 8 ter), las cuales, al prestarse ambulatoriamente, tiene lugar de forma mayoritaria en establecimientos sanitarios, principalmente en las oficinas de farmacia, de acuerdo con sus singularidades y con lo dispuesto en su regulación específica.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Este error viene motivado de trasladar al precepto la redacción del actual art. 8 bis, donde se regula la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS, y en la que solo se contemplan servicios prestados en centros sanitarios y sociosanitarios, los cuales están cubiertos de forma completa por financiación pública. Pero al reunificar las carteras, e incluir en el precepto la prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos y de servicios accesorios, se incluyen actividades asistenciales que no se prestan en centros sanitarios y sociosanitarios, sino que se prestan de forma ambulatoria en establecimientos sanitarios, debiendo la redacción del precepto evolucionar para reflejar esta circunstancia reconocida por el resto del ordenamiento. Así, para el caso, de la dispensación de medicamentos, tanto la Ley General de Sanidad (art. 103) como la Ley de Garantías (art. 3.6) establecen que la dispensación de medicamentos corresponde mayoritariamente a las oficinas de farmacia, con la excepción de los medicamentos de uso hospitalario y los aplicados dentro de un centro sanitario, que son dispensados por los servicios de farmacia.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Pero más allá de la dispensación de los medicamentos, y siguiendo con el marco jurídico, debemos tener en cuenta que en el artículo 16 de la propia Ley 16/2003, a la hora de definir la prestación farmacéutica, se hace una expresa alusión al conjunto de actividades profesionales asistenciales de los farmacéuticos, orientadas a la mejora de la salud de los pacientes, de la siguiente manera: *"La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios* ***y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas****, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad."* En este sentido, los servicios farmacéuticos son determinadas actividades realizadas por profesionales farmacéuticos cuya prestación desde las oficinas de farmacia está profusamente contemplada por la normativa farmacéutica y sanitaria en vigor y comprendidas, en general, en la prestación farmacéutica que, en atención a los objetivos del Anteproyecto, quiere resituarse dentro de la cartera común básica de servicios asistenciales. Así, tal y como destaca el artículo 2, apartado 1 del Decreto Recurrido, el artículo 86 de la Ley de Garantías define en los siguientes términos las funciones de las oficinas de farmacia: *"En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, ***velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad****.* *Asimismo,* ***participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos****, en particular a través de la dispensación informada al paciente. Una vez dispensado el medicamento* ***podrán facilitar sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que lo soliciten, en orden a mejorar el cumplimiento terapéutico, en los tratamientos y con las condiciones y requisitos que establezcan las administraciones sanitarias competentes****."* Por otra parte, la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia ("**Ley 16/1997**"), enumera en su artículo 1 los servicios que se prestan desde las oficinas de farmacia a la población del siguiente modo: *"En los términos recogidos en la Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril, y la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, en las que el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido, en su caso, de*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
ayudantes o auxiliares, ***deberá prestar los siguientes servicios básicos a la población****:* *1. La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios. 2. La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas.* *3.* ***La garantía de la atención farmacéutica****, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia.* *4. La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.* *5.* ***La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes****.* *6.* ***La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos****, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.* *7.* ***La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria****.*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
*8. **La colaboración con la Administración sanitaria** en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.* *9. **La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas**.* *10. La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia, de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas."* Todo ello sin entrar a citar la legislación autonómica de desarrollo de ordenación farmacéutica con un contenido similar o, en muchas ocasiones, más desarrollado. Finalmente, también es importante recordar que el 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, en su artículo 6, apartado 3, contempla expresamente la participación de las oficinas de farmacia en la atención farmacéutica en los hospitales, centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos. Entre otros servicios, estas normas contemplan (i) la garantía de la atención		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia, (ii) la información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes, (iii) dar consejo farmacéutico, informando sobre el uso correcto y racional de los medicamentos, (iv) la colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia, (v) la colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria, (vi) la colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, (vii) la actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, (viii) la realización de otras funciones de carácter sanitario que tradicionalmente o por estar contempladas en normas específicas pueden desarrollar los farmacéuticos , de acuerdo a su titulación o (ix) la atención de las prestaciones farmacéuticas del Sistema Nacional de Salud que, en su caso hayan sido concertadas según lo establecido en la legislación. El concepto de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) abarca la realización de cualquiera de estas actividades que suponen la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
ordenación de una actuación profesional ya reconocida legalmente a los farmacéuticos en todas las normativas y que, indudablemente, cuando se realicen en el marco del SNS, formarán parte de esta cartera común de servicios del SNS. De cara a concretar mejor el concepto de dichos SPFA, se pueden entender como aquellas actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad Dichos SPFA podrán ser los que se puedan definir para su inclusión en la cartera común de servicios del SNS y que se puedan complementar por otros, por las Autoridades Sanitarias competentes en el ámbito de sus correspondientes territorios. Debe tenerse en cuenta, además, que el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria antes citado, recoge también la necesidad de promover un mejor manejo de los problemas de salud de la ciudadanía, acompañándose todo ello de un uso más racional de los medicamentos. Se reconoce que la *"farmacia comunitaria puede desarrollar*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
su papel de agente de salud, en coordinación con los y las médicos/as, enfermeros/as y farmacéuticos/as de los equipos de Atención Primaria, para favorecer un mejor uso de los medicamentos". El desarrollo de los SPFA ya se contempla en dicho documento desde el momento que se recoge como un objetivo concreto la necesidad de "*Establecer protocolos de colaboración entre los equipos de Atención Primaria y las y los farmacéuticas/os comunitarias/os, con la coordinación de la/del farmacéutica/o de Atención Primaria, para la conciliación de la medicación, la optimización de la farmacoterapia, el aumento de la seguridad y efectividad de los tratamientos, la mejora de la adherencia y la reducción de la utilización inadecuada de los medicamentos*". Las oficinas de farmacia, en su innegable papel de colaboración en la prestación farmacéutica (servicio público), son un agente fundamental para el Sistema Nacional de Salud, en cuanto a que las oficinas de farmacia son el establecimiento sanitario más accesible para la población y por ello su actividad resulta de una indudable trascendencia en relación con la protección de la salud de ésta.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Por ello, debe subsanarse este fallo técnico, pues la reunificación de carteras debe dar lugar a una redacción que recoja todos los supuestos abarcados en la nueva cartera común, incluyendo aquellos servicios incluidos en la actualmente vigente cartera común suplementaria, entre los que se encuadra la prestación farmacéutica, ortoprotésica y de productos dietoterápicos, los cuales se prestan, de forma ambulatoria, en los establecimientos sanitarios que corresponda, con la debida sujeción a su regulación específica. Por otra parte, si bien el apartado 4 del nuevo art. 8 de la Ley 16/2003 implementado por el Anteproyecto continúa reconociendo la aportación del usuario y las singularidades que la normativa específica establece a este respecto para las prestaciones que conforman la actual cartera común suplementaria del SNS, se ha eliminado de la redacción propuesta la referencia a que este tipo de prestaciones tiene lugar mediante la dispensación ambulatoria, limitándose la referencia a este tipo de dispensación al señalar que las prestaciones de la cartera común pueden prestarse “con ingreso del paciente o ambulatoriamente” sin que se justifique la pertinencia de esta supresión. Nuevamente, teniendo en cuenta los objetivos del Anteproyecto expresados en su Memoria justificativa, resulta claro que la intención del mismo no es la de alterar la forma en la que se vienen desarrollando estas prestaciones en la actualidad, sino que, como refiere la Memoria justificativa (Oportunidad de la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
propuesta, apartado a.2) el principal propósito de la reunificación de carteras es el establecimiento de "*las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios*". Así, no existen motivos que justifiquen que la nueva reglamentación de la cartera común del SNS conlleve la omisión de que las prestaciones de la actual cartera común suplementaria se lleven a cabo de forma ambulatoria, en tanto que es claro que este no es uno de los objetivos de la norma, siendo la prestación ambulatoria de estos servicios un modelo especialmente eficaz. Debe tenerse en cuenta que la prestación ambulatoria tiene, entre sus ventajas, el aprovechamiento de una extensa implantación territorial de estos establecimientos que los hace accesibles a cualquier ciudadano y que garantiza la atención del profesional sanitario en todo nuestro país. En el caso de la prestación farmacéutica ambulatoria, esta se beneficia de la capilaridad de las de 22.137 farmacias que integran la red de farmacias comunitarias española, así como de los 54.555 farmacéuticos que ejercen profesionalmente en las mismas. A través de esta inmensa red, todo ciudadano español tiene la posibilidad de acceder al medicamento con facilidad aun residiendo en zonas rurales o de difícil acceso, siendo esta, en muchos puntos, la única conexión posible de la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
que disponen los habitantes de zonas despobladas o deprimidas. Se tratan, por tanto, de elementos de fijación poblacional y de freno para la despoblación. Además, y, por último, debe tenerse en cuenta que la redacción actualmente vigente de la Ley 16/2003 se sitúa, en línea con el resto de la normativa, y en concreto de la Ley de Garantías, que establece que la dispensación de medicamentos tendrá lugar en las oficinas de farmacia legalmente autorizadas, salvo para aquellos medicamentos sujetos a una particular vigilancia o para aquellos que sean usados dentro de las instituciones del SNS (art. 3.6). De hecho, a la hora de regular la aportación del usuario, dicha Ley se refiere a "**la prestación farmacéutica ambulatoria**". Por tanto, procede modificar el art. 1.4 del Anteproyecto, de forma que se subsane el defecto legislativo indicado, y de forma que el mismo señale expresamente que la prestación farmacéutica y la prestación ortoprotésica se llevarán a cabo mediante dispensación ambulatoria, en línea con la redacción vigente y con el resto de la normativa.		
Se mantiene la **aportación del usuario**, conforme a lo establecido en el Real Decreto 1030/2006 y Real Decreto-Ley 16/2012 y su complejo cuadro de exenciones en función de la renta y la situación de los beneficiarios, de prácticamente imposible comprobación en los	**Federación Española de Ortesistas Protesistas (FEDOP)**	**No se acepta**. En materia de copagos el objeto de la norma es establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y homogeneizar los colectivos exentos de la aportación

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
establecimientos de ortopedia, pues los servicios de salud de las comunidades autónomas no han establecido procedimientos para ello, dando lugar a que se abone dicha aportación del usuario en casos en que podría no hacerlo. **Siendo una penalización a los beneficiarios de la prestación ortoprotésica, proponemos su directa eliminación en dicha prestación**, modificando el texto del proyecto de ley, dando con ello realmente efecto a las declaraciones públicas desde el Gobierno contrarias a las aportaciones de los usuarios. No obstante, **no debemos confundir dicha aportación del usuario con la "mejora"** (como se conoce en el sector), **mediante la cual libremente el beneficiario de la prestación accede a una prestación más adecuada a sus necesidades personales, abonando la diferencia entre su precio final y el Importe Máximo de Financiación (IMF) establecido para ese tipo de producto.** <u>Justificación</u>		farmacéutica y ortoprotésica. Para ello, se modifica el *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*, por la que se amplía dicha exención a los siguientes colectivos: • f) personas beneficiarias del ingreso mínimo vital; • g) personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%; • h) 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; e i) pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros. En relación al catálogo de productos ortoprotésicos, tanto la *Orden SCB/45/2019, de 22 de enero, por la*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Nueva redacción del artículo 8.1. Parece acertada la vuelta a una única cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que comprenda todas las actividades asistenciales, incluyendo la prestación ortoprotésica. **8.3.** Es necesario garantizar la aplicación de los principios señalados en este punto, estando en entredicho los de máxima calidad y equidad, el primero de ellos en razón de los Importes Máximos de Financiación (IMF), a los que nos referiremos luego, y el segundo por las crecientes divergencias entre las comunidades autónomas en las prestaciones ortoprotésicas, que lejos de haberse atemperado por la aplicación de la Orden SCB/45/2019, parecen haber sido acicateadas por dicha norma. Es más fácil recibir una prestación ortoprotésica siendo un ciudadano de la Unión Europea desplazado en España que siendo español desplazado fuera de su comunidad autónoma. **8.4.** Se mantiene la aportación del usuario, conforme a lo establecido en el Real Decreto 1030/2006 y Real Decreto-Ley 16/2012 y su complejo cuadro de exenciones en función de la renta y la situación de los beneficiarios, de prácticamente imposible comprobación en los establecimientos de ortopedia, pues los servicios de salud de las comunidades autónomas no han establecido procedimientos para ello, dando lugar a que se abone dicha aportación del usuario en casos en que podría no hacerlo.		*que se modifica el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, se regula el procedimiento de inclusión, alteración y exclusión de la oferta de productos ortoprotésicos y se determinan los coeficientes de corrección* como la *Orden SND/44/2022, de 27 de enero, por la que se actualiza, en lo relativo al catálogo común de prótesis externas de miembro superior y miembro inferior, ortoprótesis para agenesias, sillas de ruedas, ortesis y productos para la terapia del linfedema, el Anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, establecen la actualización continua de la oferta, de acuerdo con lo previsto en la *Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Siendo una penalización a los beneficiarios de la prestación ortoprotésica, proponemos su directa eliminación en dicha prestación, modificando el texto del proyecto de ley, dando con ello realmente efecto a las declaraciones públicas desde el Gobierno contrarias a las aportaciones de los usuarios. No obstante, **no debemos confundir dicha aportación del usuario con la "mejora"** (como se conoce en el sector), mediante la cual libremente el beneficiario de la prestación accede a una prestación más adecuada a sus necesidades personales, abonando la diferencia entre su precio final y el Importe Máximo de Financiación (IMF) establecido para ese tipo de producto. Como hemos indicado, la aportación del usuario es una penalización al mismo, creada con la finalidad de disminuir el gasto público en determinados medicamentos y productos sanitarios de un consumo más generalizado, es una medida puramente financiera y de carácter negativo. Sin embargo, la "mejora", es una medida de carácter positivo, técnico y de reconocimiento del derecho que el paciente tiene a una prestación garantizando la máxima calidad (principio que inspira al Sistema Nacional de Salud, como recoge de nuevo el proyecto de ley) y de libre elección que no debe cercenarse por razones económicas, pues la "mejora" no supone, además, mayor gasto público.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Como veremos luego (apartado 8.5.b), **la "mejora" es imprescindible para la equidad del Sistema Nacional de Salud, para la continuidad de la prestación ortoprotésica y del propio sector de la Ortopedia.** **8.5.** El texto del anteproyecto plantea una serie de cuestiones relevantes para la Ortopedia, algunos contrarios a sus principios: **8.5.a)** Ha de establecerse un procedimiento mediante el cual la representación empresarial del sector de la Ortopedia, que corresponde a FEDOP, sea atendida por la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, donde están representadas todas las comunidades autónomas, INGESA y las mutualidades de funcionarios, ya que de ella depende de forma esencial la prestación ortoprotésica (condiciones y contenidos) que sea cubierta por el Sistema Nacional de Salud. No hay que confundirla con la participación en el Comité Consultivo o el Foro Abierto de Salud. Para diseñar una prestación sanitaria en las mejores condiciones es necesario escuchar a quienes materialmente la dispensan, conocedores de ventajas e		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
inconvenientes, de problemas y soluciones, obteniéndose de un esfuerzo conjunto los mejores resultados posibles para dicha prestación. **8.5.b)** Los Importes Máximos de Financiación (IMF), con los coeficientes de corrección a aplicar conforme a la Orden SCB/45/2019, **no pueden tener la consideración de precio final** sino, como su nombre indica, de la cuantía que el Sistema Nacional de Salud financiará por la prestación realizada. Además de que el régimen de libre mercado establecido por la Constitución en su artículo 38 impide que, sin más, se fijen los precios a los que las empresas del sector de la Ortopedia deben vender sus productos o prestar sus servicios, tanto fabricantes en serie y distribuidoras, como los establecimientos sanitarios de ortopedia autorizados, que son los que dispensan a los pacientes y usuarios sus prestaciones ortoprotésicas, máxime cuando es el propio Ministerio de Sanidad quien los fija a su criterio, sin que sean objeto de negociación o acuerdo con el sector. A lo anterior se suman varias otras razones para que los IMF no se consideren precios finales: 1- El principio de equidad por el que se rige el Sistema Nacional de Salud supone la adecuación a las necesidades propias de cada paciente, pues la equidad, que es dar a cada uno lo suyo, difiere de la igualdad (dar a todos lo mismo), y cada		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
paciente es un caso y tiene sus propias condiciones, algunas por encima del catálogo de material ortoprotésico que recoge productos medios, como hemos indicado. En consecuencia, habrá pacientes que siempre requieran productos por encima del IMF, resultando una discriminación intolerable el que pueda adquirirlos y recibir la financiación según el territorio de residencia o la mutualidad a la que esté adscrito (si admiten la prescripción de los productos comunicados a la oferta y de productos elaborados a medida que superen el IMF), resultando además monstruoso excluir al paciente de la financiación pública si su prestación -que le es necesaria para su vida diaria- supera el IMF y su servicio de salud no la prescribe. En el Sistema Nacional de Salud sólo se penaliza así a las personas que sufren una discapacidad. 2- Pacientes que llevan años disfrutando de productos superiores, abonando su diferencia, se ven abocados a perder la financiación pública por completo si quisieran seguir usándolos en una comunidad autónoma o mutualidad de funcionarios contraria a la prescripción de productos comunicados a la oferta o por ser elaborados a medida. 3- Los IMF contenidos en la Orden SCB/45/2019 y Orden SCB/480/2019 corresponden a productos ortoprotésicos de gama media-baja en el mercado, dándose la circunstancia de que el alza de costes (suministros, trasportes, materiales…) al que estamos sometidos de forma notoria tiene como		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
consecuencia que el IMF de algunos productos ya está por debajo del precio de mercado de los mismos, lo que impide la prestación ortoprotésica a ese IMF-precio, o fuerza poderosamente a la baja la calidad de los productos, contraviniendo lo previsto en el propio artículo 8.3 sobre que la prestación se hará garantizando la máxima calidad y seguridad, así como la previsión sobre su revisión contenida en el artículo 6 del Real Decreto 1506/2012. Para garantizar la continuidad de la prestación ortoprotésica, aun cuando no hubiera fondos para cubrirla por completo, debe admitirse que el paciente, en su caso, pueda abonar una diferencia sobre el IMF y el precio final, tanto en los productos en serie comunicados a la oferta, como en los elaborados a medida. El IMF no debe configurarse como precio, sino como financiación, como su nombre indica, permitiendo al paciente desembolsar cuando sea necesario, evitando sobrecostes y haciendo viable la continuidad de la prestación. 4- Si los IMF no se adecúan de manera continuada a los precios de mercado, con los actuales la investigación y desarrollo quedan excluidos si no se admite que los beneficiarios puedan optar por productos superiores, con una parte a su cargo. Nadie invertirá en nuevos productos si no se compensa económicamente, penalizando el desarrollo de la industria nacional o europea de productos		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
ortoprotésicos, viéndose abocado reducir la calidad de los mismos y a importar productos de bajo coste de terceros países ajenos a la UE. 5- Es esencial entender que **la prestación ortoprotésica es un servicio** que lleva aparejada la entrega de un producto, que debe ser adaptado de forma individualizada o es elaborado a medida del paciente, por lo que cada producto final es distinto, conformado a las necesidades del paciente. Se da la circunstancia de que en diversos productos es mayor el coste del servicio profesional (por la dedicación y carga de horas que supone la atención al paciente) que el precio de dicho producto para el Sistema Nacional de Salud, ya que la Orden SCB/45/2019 no quiso reconocer el trabajo real efectuado por el técnico ortopédico en cada prestación, fijando a su arbitrio un margen comercial sobre el precio del producto (ver 8.6) que no cubre estos costes. No se trata, pues, de entregar un producto fabricado en serie, con costes estándares y homogéneos, sino que cada prestación puede divergir, requiriendo distintos trabajos, materiales y componentes, con su consecuente repercusión económica. En consecuencia, el precio ha de poder fijarse en libre mercado por las empresas de ortopedia, por las fabricantes y distribuidoras en serie y los establecimientos sanitarios de ortopedia autorizados por las comunidades autónomas para realizar su dispensación, fijando las Administraciones Públicas los IMF, que serán sólo la financiación dispuestas a asumir para los productos ortoprotésicos		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de la cartera del Sistema Nacional de Salud, manteniendo tales IMF idénticos en todo el territorio nacional. **8.6.** El sistema establecido en el Real Decreto 1506/2012 y en la Orden SCB/45/2019, artículo 12, para el precio de oferta de los productos de la cartera de prestaciones ortoprotésicas sólo es viable si se cumple realmente la previsión del propio proyecto de ley y en artículo 6 del Real Decreto 1506/2012 respecto a la actualización de los IMF, de manera que el Comité asesor para la prestación ortoprotésica (en el que debe incluirse la representación del sector) valorare anualmente la adaptación de los mismos en razón de las variaciones de los precios de Oferta, los costes de los productos ortoprotésicos y demás factores previstos, adaptando los IMF a la realidad sanitaria de cada momento, a la situación socioeconómica y a las necesidades de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, previendo además la concurrencia de circunstancias excepcionales que determinen una variación sustancial en el coste de los productos ortoprotésicos, cual es la situación actual. De no ser así lleva en sí mismo la causa de la previsible crisis de dicha prestación, dado que son los fabricantes y distribuidores de productos fabricados en serie quienes presentan sus respectivos precios -constreñidos por el IMF marcado por el Ministerio de Sanidad-, y se determina el margen para el establecimiento de ortopedia en razón del precio final: un 30% hasta los 1.000 € y un 20% sobre lo		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
que exceda de dicha cantidad, más una cifra cerrada en razón de las adaptaciones al paciente que deban llevarse a cabo, con independencia de cualquier otra consideración sobre el servicio sanitario profesional, valorado en poco, que se presta en dichos establecimientos que se consideran más bien suministradores de bienes. Así pues, la subida de precios por los fabricantes, si son incluso dentro de los IMF establecidos, directamente disminuyen los márgenes de los establecimientos de ortopedia que dispensan la prestación, haciendo inviable económicamente su continuidad, teniendo en cuenta los grandes costes de operación que afrontan con tan exiguo margen comercial como el que se les ha asignado de forma imperativa. Aproximadamente la mitad se destina a pagar impuestos y cargas sociales y administrativas. En el caso de que, como ahora mismo, se deniegue por el Ministerio de Sanidad una revisión de los IMF, en una situación de variación sustancial al alza en el coste de los productos ortoprotésicos, consecuencia de condiciones por completo ajenas al sector, se pone en riesgo la continuidad de la prestación de determinados productos que están siendo sometidos a un encarecimiento que es de dominio público, insistimos que por completo ajeno a la voluntad del sector de la Ortopedia, debiendo considerar, además, que los IMF actuales cuentan ya con cerca de cinco años desde que fueron definidos por el Ministerio		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de Sanidad, antes de la publicación de la Orden SCB/45/2019, por lo que la negativa a su revisión ya está vulnerando lo dispuesto en la legislación aplicable. Los antecedentes son que el catálogo de productos ortoprotésicos anterior, el del extinto INSALUD, es del año 1995, por lo que ha tardado 24 años en actualizarse pues en 2000 sólo se incluyó el importe de la financiación en euros (sin modificar su cuantía), y en parte sigue en vigor, al ser aplicable a las prótesis de miembro superior e inferior. El IPC de junio de 1995 a junio de 2019 es del 67,4 % conforme al Instituto Nacional de Estadística, asumido por ortopedias y beneficiarios, lo que indica el cuantioso ahorro del Sistema Nacional de Salud durante esos años, que no se compensa en absoluto con los IMF ahora fijados.		
Artículo segundo *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* *Cinco. Artículo 13. Prestación de atención especializada*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Conforme a la exposición de motivos del propio proyecto de ley, la modificación a introducir en los artículos 13 y 14 de la Ley de Cohesión 16/2003, de 28 de mayo, responde al objetivo de clarificar el concepto de déficit funcional recuperable, para "*evitar posibles interpretaciones en el término "recuperable" que pudieran producir situaciones en su aplicación que no abordaran la globalidad de lo que comprende*". No obstante lo indicado en la exposición de motivos, tanto en **el apartado h) del artículo 13** como en el 2.c) del artículo 14, se elimina de la redacción el término recuperable y se sustituye por su definición, pudiendo dar lugar a distintas interpretaciones. Se propone, por tanto, que **la redacción propuesta siga incluyendo el término "recuperable" junto con la definición, de manera que ambos artículos se redacten del siguiente modo:** "*La rehabilitación en pacientes con déficit funcional **recuperable** encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual*'.	**Ministerio de Hacienda y Función Pública**	**No se acepta**. La redacción en el apartado 2.h) del artículo 13 y en el apartado 2.c) del artículo 14 de la norma es la del punto 8 del Anexo III del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. De no ser equivalente, sí sería potencial la generación de confusión. Evitar esto es justamente el objetivo de la modificación que se plantea.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Conforme a la exposición de motivos del propio proyecto de ley la modificación a introducir en los artículos 13 y 14 de la Ley de Cohesión 16/2003, responde al objetivo de clarificar el concepto de **déficit funcional recuperable**, en orden a evitar posibles interpretaciones en el término "recuperable" que pudieran producir situaciones en su aplicación que no abordaran la globalidad de lo que comprenden. No obstante lo indicado en la exposición de motivos, tanto en el apartado h) del artículo 13 como en el 2.c) del artículo 14 se elimina de la redacción el término recuperable y se sustituye por su definición, pudiendo dar lugar a distintas interpretaciones, que es precisamente lo que se pretende evitar. Por tanto, proponemos que a la redacción propuesta se le siga incluyendo el término "recuperable" junto con la definición, de manera que ambos artículos se redacten del siguiente modo: *"La rehabilitación en pacientes con déficit funcional **recuperable** encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual"*	**Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)**	**No se acepta**. La redacción en el apartado 2.h) del artículo 13 y en el apartado 2.c) del artículo 14 de la norma es la del punto 8 del Anexo III del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. De no ser equivalente, sí sería potencial la generación de confusión. Evitar esto es justamente el objetivo de la modificación que se plantea.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se propone modificar la redacción del numeral Cinco del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 13 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, para incluir a las prestaciones asociadas a la atención bucodental. Esta asociación considera imprescindible que se incluyan las prestaciones asociadas a la atención bucodental de forma completa en el catálogo de prestaciones de atención sanitaria especializada que incorpora el artículo 13 del Anteproyecto de Ley, debido a la importancia que dichas prestaciones presentan para la salud integral de las personas (tanto en materia de prevención, como de asistencia, diagnóstico y tratamiento), y en la medida en que actualmente tales prestaciones se configuran como servicios eminentemente privados en relación a los cuales en los últimos años, además, han proliferado negocios especulativos basados en un rápido crecimiento, sin garantías adecuadas y asociados a supuestos de mala gestión o directamente relacionados con casos de fraude intencionado contra los consumidores que ponen en serio riesgo la adecuada protección de la salud de los mismos. Necesariamente, ello también exige la revisión y actualización de los servicios comunes contemplados en la cartera del Sistema Nacional de Salud, sometidos al desarrollo reglamentario operado por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, con objeto de garantizar la atención bucodental integral y	**Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA**	**No se acepta**. No es objeto de la norma establecer la cartera de servicios del SNS, sino recuperar la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma. Las prestaciones de atención bucodental son objeto de diseño de políticas efectivas por parte de este Gobierno para avanzar en su ampliación. Así pues, el Ministerio de Sanidad sacó, el 18-02-2022, a audiencia e información pública el *Proyecto de Orden por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, que tiene, entre otros objetivos, la ampliación de la cartera de servicios de atención de salud bucodental, homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en todo el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso independientemente del lugar de residencia, y por

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
continuada de la población una vez superadas las posibilidades de la atención primaria.		otra parte, incrementar la correspondiente cartera de servicios comunes, con un enfoque fundamentalmente preventivo. Esta se realizará de manera progresiva siendo priorizados los siguientes colectivos: población infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial.
Se propone modificar la redacción del numeral Cinco del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 13 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, para incluir a las prestaciones asociadas a la atención bucodental. El Consejo considera imprescindible que se incluyan las prestaciones asociadas a la atención bucodental de forma completa en el catálogo de prestaciones de atención sanitaria especializada que incorpora el artículo 13 del Anteproyecto de Ley, debido a la importancia que dichas prestaciones presentan para la salud integral de las personas (tanto en materia de prevención, como de asistencia, diagnóstico y tratamiento), y en la medida en que actualmente tales prestaciones se configuran como servicios eminentemente privados en relación a los cuales en los últimos años, además, han proliferado negocios especulativos basados en un rápido crecimiento, sin garantías adecuadas y asociados a supuestos de mala gestión o directamente relacionados con casos de fraude intencionado contra los consumidores que ponen en serio riesgo la adecuada	**Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)**	**No se acepta**. No es objeto de la norma establecer la cartera de servicios del SNS, sino recuperar la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma. Las prestaciones de atención bucodental son objeto de diseño de políticas efectivas por parte de este Gobierno para avanzar en su ampliación. Así pues , el Ministerio de Sanidad sacó, el 18-02-2022, a audiencia e información pública el *Proyecto de Orden por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
protección de la salud de los mismos. Necesariamente, ello también exige la revisión y actualización de los servicios comunes contemplados en la cartera del Sistema Nacional de Salud, sometidos al desarrollo reglamentario operado por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, con objeto de garantizar la atención bucodental integral y continuada de la población una vez superadas las posibilidades de la atención primaria.		*establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, que tiene, entre otros objetivos, la ampliación de la cartera de servicios de atención de salud bucodental, homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en todo el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso independientemente del lugar de residencia, y por otra parte, incrementar la correspondiente cartera de servicios comunes, con un enfoque fundamentalmente preventivo. Esta se realizará de manera progresiva siendo priorizados los siguientes colectivos: población infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial.
Se propone modificar la redacción del numeral Cinco del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 13.2.h de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, devolver y mantener ~~o devolver~~ el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener su ~~la~~ máxima autonomía ~~del paciente y reintegrarlo~~ e integración continuada en su medio habitual."*	**Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA**	**No se acepta**. Modificar el orden de las palabras implicaría una obligación de devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, algo que, desafortunadamente, no es posible con el estado del arte del sistema sanitario en bastantes ocasiones. La redacción de apartado 2.h) del artículo 13 de la norma es la del punto 8 del Anexo III del *Real Decreto*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Pese a que la nueva redacción de que pretende dotarse a los preceptos referidos entendemos puede traducirse en la práctica en un tratamiento con mayor grado de integridad con respecto al déficit funcional recuperable que pudieran padecer numerosos pacientes, al contener alusiones expresas al mantenimiento del mayor grado de capacidad funcional e independencia (y frente a las limitaciones que presenta la redacción vigente, que genéricamente alude a la "*rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable*"), del mismo modo consideramos que dicha atención puede verse condicionada por las referencias a la reintegración que los citados artículos incorporan, pudiendo interpretarse que dicha rehabilitación, exclusivamente, alcanza hasta la reintegración inicial del paciente en su medio habitual tras la concurrencia de las circunstancias que han dado lugar al déficit funcional recuperable al que se ha hecho alusión.		*1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. De no ser equivalente, sí sería potencial la generación de confusión. Evitar esto es justamente el objetivo de la modificación que se plantea.
Se propone modificar la redacción del numeral Cinco del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 13.2.h de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, devolver y mantener ~~o devolver~~ el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener su ~~la~~ máxima*	**Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)**	**No se acepta**. Modificar el orden de las palabras implicaría una obligación de devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, algo que, desafortunadamente, no es posible con el estado del arte del sistema sanitario en bastantes ocasiones. La redacción de apartado 2.h) del artículo 13 de la norma es la del punto 8 del Anexo III del *Real Decreto*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
autonomía ~~*del paciente y reintegrarlo*~~ *e integración continuada en su medio habitual."* Pese a que la nueva redacción de que pretende dotarse a los preceptos referidos entendemos puede traducirse en la práctica en un tratamiento con mayor grado de integridad con respecto al déficit funcional recuperable que pudieran padecer numerosos pacientes, al contener alusiones expresas al mantenimiento del mayor grado de capacidad funcional e independencia (y frente a las limitaciones que presenta la redacción vigente, que genéricamente alude a la "*rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable*"), del mismo modo consideramos que dicha atención puede verse condicionada por las referencias a la reintegración que los citados artículos incorporan, pudiendo interpretarse que dicha rehabilitación, exclusivamente, alcanza hasta la reintegración inicial del paciente en su medio habitual tras la concurrencia de las circunstancias que han dado lugar al déficit funcional recuperable al que se ha hecho alusión.		*1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. De no ser equivalente, sí sería potencial la generación de confusión. Evitar esto es justamente el objetivo de la modificación que se plantea.
El artículo segundo, cinco cambia el 13 de la Ley de Cohesión en lo referente a la cartera de servicios común de atención especializada en lo que respecta al apartado h) respecto a rehabilitación. Llama la atención que no se aproveche para incluir en la cartera de servicios la interrupción voluntaria del embarazo que como se conoce no es atendida en los centros públicos en la inmensa mayoría de los casos, y que no se refleje tampoco la eutanasia (bien en atención	**Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)**	**No se acepta**. No es objeto de la norma establecer la cartera de servicios del SNS sino recuperar la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, establecer las garantías necesarias para

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
especializada o bien en AE y atención primaria como sucede con los cuidados paliativos).		que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma. Con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, se contempla en el punto 6.3.2 del Anexo II de Cartera de servicios comunes de atención primaria *del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. En relación a la eutanasia, el 25-06-2021 entró en vigor la *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*, por lo que es una norma con rango de ley la que la introdujo en la cartera común de servicios.
Se propone modificar la redacción del numeral Cinco del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, añadiendo el artículo 13.2.i en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así:	**Federación Down Galicia**	**No se acepta**. El artículo primero de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* ya establece que el objetivo de la misma es garantizar la calidad y el artículo segundo que la prestación de los servicios a los usuarios del SNS se realizará en condiciones de igualdad efectiva y calidad. El artículo 28 determina las garantías de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"i) La atención de calidad a las personas que, por las características particulares derivadas de una discapacidad, requieran adaptaciones en los protocolos establecidos para la población genera". Justificación: La atención de calidad a las personas que, por las características particulares derivadas de una discapacidad (Ej.: relación entre síndrome de Down y envejecimiento prematuro y acelerado), requieran adaptaciones en los protocolos establecidos para la población general (Ej.: adaptaciones en la edad de las revisiones, pruebas y/o procesos de vacunación...).		calidad y servicios de referencia. El capítulo VI de esta ley está dedicado expresamente a la calidad.
Solicitamos al Ministerio que valore la conveniencia o no del cambio de denominación de "**atención especializada**" por "**atención hospitalaria**" en la normativa nacional que se pretende modificar, en línea con lo que solicitado por las sociedades científicas y asociaciones de profesionales de atención primaria en los últimos años. *"Artículo 13. Prestación de atención **especializada**.* *1. La atención **especializada** comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya*	**Consejería de Sanidad de Castilla- La Mancha**	**No se acepta**. El concepto de atención hospitalaria es más restringido que el de atención especializada. La atención especializada puede ser extrahospitalaria, como es la que se produce en los Centros de Especialidades, Diagnóstico y Tratamiento (CEDT), que constituyen el segundo nivel asistencial junto con la atención prestada en los hospitales.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel. *2. La atención sanitaria **especializada** comprenderá:* *a) La asistencia especializada en consultas.* *b) La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.* *c) La hospitalización en régimen de internamiento.* *d) El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.* *e) La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.* *f) La atención paliativa a enfermos terminales.* *g) La atención a la salud mental.* *h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
*3. La atención **especializada** se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día."*		
El artículo 13 de la actual Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud – última consolidación 30/07/2018 – enumera entre las prestaciones de la atención especializada, punto 2 apartado *b) "la asistencia especializada en hospital de día, **médico y quirúrgico**"*. Los avances tecnológicos en materia diagnóstica y terapéutica han permitido aumentar la cartera de servicios de este tipo de servicios existiendo en la actualidad hospitales de día médico, quirúrgicos, polivalentes, monográficos con atención simultánea médico-quirúrgica, pediátricos, etc. Por ello, se propone no explicitar el tipo de hospital de día en este articulado.	**Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias**	**No se acepta**. El concepto de hospital de día es tanto para las actuaciones médicas como las quirúrgicas, incluyendo las relativas a las Unidades de Cirugía sin Ingreso (UCSI) o Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA).
En relación también a la cartera común de servicios, se da nueva redacción a los artículos 13 y 14 de la Ley, que regulan, respectivamente, las prestaciones de atención especializada y de la atención sociosanitaria. En ambos casos, en el listado de actividades que comprenden cada una de estas prestaciones está incluida la de pacientes con déficit funcional recuperable. La modificación propuesta en ambos artículos introduce para esta actividad una definición del término "recuperable", y ello según se indica con objeto de garantizar una interpretación homogénea de la norma. La definición que se incorpora no es otra que la que ya se recoge en el apartado 8 del anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, donde se	**Consejería de Salud de la Región de Murcia**	**No se acepta**. La aplicación de la nueva redacción de los artículos 13 y 14 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud,* así como los criterios para su homogeneización se tiene que realizar posteriormente con un desarrollo reglamentario y no dentro del articulado de la Ley.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
establece que es aquella "encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual". Dicho esto, es obligado reflejar que es loable procurar una interpretación homogénea de concepto previsto en la Ley, pero sin embargo esta definición actualmente recogida en la norma reglamentaria no es quizá lo suficientemente clarificadora y puede dar lugar a criterios dispares en su aplicación por parte de las diferentes Comunidades Autónomas.		
Se propone modificar la redacción del numeral Cinco del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica los artículos 13.2.d y 13.2.h de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedarían así: […] *"d) El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio* ***o en entornos residenciales****.* *[…]* *h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual,* ***previniendo la deficiencia y la intensificación de la discapacidad."***	**Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE)**	**No se acepta**. El concepto de hospitalización a domicilio no es el de la hospitalización en un domicilio particular sino la hospitalización donde tiene el domicilio el paciente, lo que incluye a los entornos residenciales. El concepto de prevención de la deficiencia y la intensificación de la discapacidad, ya está contenido en la redacción de la letra h).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En cuanto a la nueva redacción que el Anteproyecto de Ley concede del **artículo 13**, relativo a la prestación de atención especializada, de la todavía en vigor Ley 16/2003 consideramos que **se debe dar un mayor peso a las actividades de promoción de la salud y educación sanitaria orientadas a los pacientes y sus familias, prestando una especial atención a las patologías minoritarias.** Una herramienta adecuada para reforzar las actividades de promoción y educación sanitaria podría ser la Red de Escuelas de Pacientes ya existente, dotándola de mayor financiación y ampliando su estructura de forma equitativa en todo el territorio nacional.	**Cariotipo Lobby & Comunicación**	**No se acepta**. En relación con las enfermedades raras, el Ministerio de Sanidad cuenta con una estrategia y buenas prácticas.
Para la garantía de la continuidad de la atención integral que se menciona en el nuevo redactado del **artículo 13** de la Ley 16/2003, creemos que se le debería prestar una especial consideración al **tránsito del médico pediatra al especialista** en los casos de enfermedades minoritarias diagnosticadas en edad infantil.	**Cariotipo Lobby & Comunicación**	**No se acepta.** El apartado 3 del artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de* Salud, en la redacción dada por esta norma, ya establece que: "*La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, 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 y el derecho a la participación en salud*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En cuanto a **la nueva redacción que el Anteproyecto de Ley concede al artículo 13, relativo a la prestación de atención especializada, de la Ley 16/2003, consideramos que se debe contar con la red de oficinas de farmacia para reforzar esa atención** mediante los nuevos servicios que, impulsados por la necesidad sanitaria causada por la pandemia de la COVID-19, ya se están ofreciendo en la actualidad —en algunos casos con carácter provisional— y que precisan de un marco regulatorio estable, que les conceda continuidad, siempre de acuerdo al reparto competencial establecido en materia de ordenación farmacéutica. La dispensación de medicamentos de dispensación farmacéutica y hospitalaria, el seguimiento de la adherencia al tratamiento, labores de farmacovigilancia o campañas de prevención y de promoción de la salud, tanto a través de las oficinas físicas de farmacia, como mediante la atención domiciliaria ofrecida por estas, son prestaciones que deberían ser contempladas como parte, tanto de la atención especializada, como de la atención primaria.	**Sociedad Cooperativa Farmacéutica Española D.S. (Cofares)**	**No se acepta**. La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.
De acuerdo a lo expuesto en la alegación anterior, **consideramos igualmente necesario que la modificación de la Ley 16/2003 aborde la modificación de los artículos 11, 12 y 16, relativos a prestaciones de salud pública, de atención primaria y a prestación farmacéutica respectivamente, contemplándose en ellos la colaboración activa de la red de farmacias comunitarias como pieza estratégica del Sistema Nacional de Salud** por su cercanía al ciudadano.	**Sociedad Cooperativa Farmacéutica Española D.S. (Cofares)**	**No se acepta**. La colaboración entre oficinas de farmacia y el Sistema Nacional de Salud se establece en el artículo 105 del *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Cualquier medida que se adopte en materia sanitaria debe ser accesible para toda la ciudadanía, al margen de sus patologías, en todos los niveles asistenciales, e independientemente de sus recursos o del lugar de residencia, género, origen o edad, como ya destacábamos en la exposición de motivos. La red de farmacias comunitarias y, estrechamente ligadas a esta red, las entidades autorizadas de distribución de medicamentos y productos sanitarios, tanto desde las oficinas físicas de farmacia, como a través de los servicios digitales, llegan a todos los ciudadanos, y cubren, muy especialmente, las necesidades de las personas que habitan en zonas rurales donde las carencias del Sistema Nacional de Salud se ven agudizadas por el envejecimiento de la población y la pérdida de peso demográfico.		La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.
Artículo 13 Prestación de atención especializada. El apartado h sobre "la rehabilitación en pacientes con déficit funcional", amplía el concepto rehabilitador y recuperador de los pacientes. Parece una apuesta por la atención sociosanitaria, como luego queda reflejado en la modificación del artículo 14. Sin embargo, se debería indicar de forma más explícita la importancia y relevancia de la Atención primaria en un articulado	**CCOO**	**No se acepta**. El artículo 12 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de* Salud ya establece en su artículo 12.2.e la rehabilitación básica como una de las prestaciones de la atención primaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
específico. La Atención Primaria va a actuar de nexo, catalizador y efectuará la gestión y seguimiento de este tipo de pacientes. Por tanto, consideramos que debería expresarse de forma más ejecutiva.		
Articulo trece. - "Prestación de atención especializada". En el apartado h sobre "la rehabilitación de pacientes con déficit funcional", es necesario remarcar y explicar la importancia de la Atención Primaria como eje primordial que gestionara a estos pacientes.	**UGT**	**No se acepta**. El artículo 12 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de* Salud ya establece en su artículo 12.2.e la rehabilitación básica como una de las prestaciones de la atención primaria.
Artículo segundo *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* *Seis. Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.*		
Conforme a la exposición de motivos del propio proyecto de ley, la modificación a introducir en los artículos 13 y 14 de la Ley de Cohesión 16/2003, de 28 de mayo, responde al objetivo de clarificar el concepto de déficit funcional recuperable, para "*evitar posibles interpretaciones en el término "recuperable" que pudieran producir situaciones en su aplicación que no abordaran la globalidad de lo que comprende*".	**Ministerio de Hacienda y Función Pública**	**No se acepta**. La redacción en el apartado 2.h) del artículo 13 y en el apartado 2.c) del artículo 14 de la norma es la del punto 8 del Anexo III del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
No obstante lo indicado en la exposición de motivos, tanto en el **apartado** h) del artículo 13 como en el **2.c) del artículo 14**, se elimina de la redacción el término recuperable y se sustituye por su definición, pudiendo dar lugar a distintas interpretaciones. Se propone, por tanto, que **la redacción propuesta siga incluyendo el término "recuperable" junto con la definición**, de manera que ambos artículos se redacten del siguiente modo: "*La rehabilitación en pacientes con déficit funcional* ***recuperable*** *encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual*'.		De no ser equivalente, sí sería potencial la generación de confusión. Evitar esto es justamente el objetivo de la modificación que se plantea.
Conforme a la exposición de motivos del propio proyecto de ley la modificación a introducir en los artículos 13 y 14 de la Ley de Cohesión 16/2003, responde al objetivo de clarificar el concepto de **déficit funcional recuperable**, en orden a evitar posibles interpretaciones en el término "recuperable" que pudieran producir situaciones en su aplicación que no abordaran la globalidad de lo que comprenden.	**Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)**	**No se acepta**. La redacción en el apartado 2.h) del artículo 13 y en el apartado 2.c) del artículo 14 de la norma es la del punto 8 del Anexo III del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
No obstante lo indicado en la exposición de motivos, tanto en el apartado h) del artículo 13 como en el 2.c) del artículo 14 se elimina de la redacción el término recuperable y se sustituye por su definición, pudiendo dar lugar a distintas interpretaciones, que es precisamente lo que se pretende evitar. Por tanto, proponemos que a la redacción propuesta se le siga incluyendo el término "recuperable" junto con la definición, de manera que ambos artículos se redacten del siguiente modo: *"La rehabilitación en pacientes con déficit funcional **recuperable** encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual"*		*Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. De no ser equivalente, sí sería potencial la generación de confusión. Evitar esto es justamente el objetivo de la modificación que se plantea.
Se propone modificar la redacción del numeral Seis del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 14 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "*Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su*	**CERMI (discapacidad)**	**No se acepta**. Lo propuesto para una nueva letra en el artículo 14.2 ya está contenido en la redacción de la letra c) dada por la norma "*La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral. *2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine y en cualquier caso comprenderá:* *a) Los cuidados sanitarios de larga duración.* *b) La atención sanitaria a la convalecencia.* ***c) La prevención de la intensificación de los efectos de la enfermedad, la discapacidad o la dependencia, a fin de mantener o elevar el máximo nivel de autonomía personal del paciente.*** ***d) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual".*** Justificación Es preciso ampliar los contenidos de la prestación sociosanitaria en el ámbito del Sistema Nacional de Salud agregando expresamente la prevención de la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
intensificación de los efectos de la enfermedad, la discapacidad o la dependencia, todo ello con el propósito de mantener e incluso aumentar el mayor grado posible de autonomía personal del paciente.		
Se propone modificar la redacción del numeral Seis del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 14 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "*Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral.* *2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine y en cualquier caso comprenderá:* *a) Los cuidados sanitarios de larga duración.*	**Plataforma del Tercer Sector**	**No se acepta**. Lo propuesto para una nueva letra en el artículo 14.2 ya está contenido en la redacción de la letra c) dada por la norma "*La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
b) La atención sanitaria a la convalecencia. ***c) La prevención de la intensificación de los efectos de la enfermedad, la discapacidad o la dependencia, a fin de mantener o elevar el máximo nivel de autonomía personal del paciente.*** ***d) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual”.*** Justificación Es preciso ampliar los contenidos de la prestación sociosanitaria en el ámbito del Sistema Nacional de Salud agregando expresamente la prevención de la intensificación de los efectos de la enfermedad, la discapacidad o la dependencia, todo ello con el propósito de mantener e incluso aumentar el mayor grado posible de autonomía personal del paciente.		
Se propone modificar la redacción del numeral Seis del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 14 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así:	**Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física (PREDIF)**	**No se acepta**. Lo propuesto para una nueva letra en el artículo 14.2 ya está contenido en la redacción de la letra c) dada por la norma “*La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria. *1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral.* *2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine y en cualquier caso comprenderá:* *a) Los cuidados sanitarios de larga duración.* *b) La atención sanitaria a la convalecencia.* ***c) La prevención de la intensificación de los efectos de la enfermedad, la discapacidad o la dependencia, a fin de mantener o elevar el máximo nivel de autonomía personal del paciente.*** ***d**) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual".*		*funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual".*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Justificación En relación a la prestación de atención sociosanitaria, pedimos que se amplíen los contenidos de la misma y que se agregue, "expresamente" "la prevención de la intensificación de los efectos de la enfermedad, la discapacidad o la dependencia, a fin de mantener o elevar el máximo nivel de autonomía personal del paciente".		
Se propone modificar la redacción del numeral Seis del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 14 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "*Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquell**as personas** ~~enfermos~~, generalmente **pacientes** crónicos **y/o personas con discapacidad,** que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral.*	**Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE)**	**Se acepta parcialmente**. Se da una nueva redacción al apartado 1 del artículo 14 de *la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. No se acepta el texto que se propone añadir a la letra c): "*previniendo la deficiencia y la intensificación de la discapacidad*" que ya está contenido en la redacción de la letra c) dada por la norma: "*La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine y en cualquier caso comprenderá: *a) Los cuidados sanitarios de larga duración.* *b) La atención sanitaria a la convalecencia.* *c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual**, previniendo la deficiencia y la intensificación de la discapacidad"**.*		
Se propone modificar la redacción del numeral Seis del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 14 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social*	**Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS)**	**Se acepta parcialmente**. Se añade el texto *", con discapacidad"* en el apartado 4 del artículo 14 de *la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* No se acepta lo propuesto para una nueva letra en el artículo 14.2 que ya que está contenido en la redacción de la letra c) dada por la norma *"La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral. *2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine y en cualquier caso comprenderá:* *a) Los cuidados sanitarios de larga duración.* *b) La atención sanitaria a la convalecencia.* ***c) La prevención de enfermedades y deficiencias e intensificación de enfermedades, discapacidades y situaciones de dependencia, con el fin de mantener o incrementar la máxima autonomía personal.*** ***d)** La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.* *3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.* *4. Esta coordinación será reforzada mediante la constitución de órganos de coordinación sociosanitaria en cada comunidad y ciudad autónoma que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para*		*grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia, con discapacidad o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados." Justificación Para mantener e incluso incrementar el nivel de autonomía personal, se hace necesario incorporar referencia a la prevención de enfermedades y deficiencias y la prevención de su intensificación.		
Se propone modificar la redacción del numeral Seis del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 14 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social*	**Dirección General de los Derechos de las Personas con Discapacidad**	**No se acepta**. Lo propuesto para una nueva letra en el artículo 14.2 ya está contenido en la redacción de la letra c) dada por la norma "*La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral. *2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine y en cualquier caso comprenderá:* *a) Los cuidados sanitarios de larga duración.* *b) La atención sanitaria a la convalecencia.* ***c) La prevención de la intensificación de los efectos de la enfermedad, la discapacidad o la dependencia, a fin de mantener o elevar el máximo nivel de autonomía personal del paciente.*** *d) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual".* Justificación Es preciso ampliar los contenidos de la prestación sociosanitaria en el ámbito del Sistema Nacional de Salud agregando expresamente la prevención de la intensificación de los efectos de la enfermedad, discapacidad o la dependencia		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
tal y como se especifica en el artículo 11 de la Ley General de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este sentido, este centro directivo está por mandato legal un Plan nacional de Prevención de las Deficiencias e Intensificación de la Discapacidad, con el propósito de mantener e incluso aumentar el mayor grado posible de autonomía personal del paciente.		
Se propone modificar la redacción del numeral Seis del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 14 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "*Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *4. Esta coordinación será reforzada mediante la constitución de órganos de coordinación sociosanitaria en cada comunidad y ciudad autónoma que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se* ***analizará la viabilidad de disponer en las comunidades autónomas e INGESA*** ~~*dispondrá*~~ *de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados*"	**Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del SNS** **(COMISIÓN MINISTERIAL** **DE ADMINISTRACIÓN DIGITAL)**	**No se acepta**. Establecer un sistema de información compartido entre las áreas social y sanitaria es un objetivo para alcanzar la necesaria coordinación entre estos dos ámbitos en beneficio de los pacientes, sin perjuicio de lo establecido en la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* y 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*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Justificación: En cuanto a la prestación de la atención sociosanitaria, atendiendo al alcance del sistema de información que se menciona, el análisis de necesidades TIC varía sustancialmente. Si la compartición de información entre ambas áreas se realizara en la forma de un documento conjunto de situación sociosanitaria, las necesidades TIC detectadas **solo serían factibles de asumir** desde los sistemas de información ya implementados en la actualidad en el área sanitaria, como la Historia clínica digital interoperable, si existiera en cada CCAA una historia socio sanitaria previa, diferente a la historia clínica individual, de la que pudiera extraerse el Conjunto Mínimo de Datos necesario; en la actualidad **no todas las CCAA disponen de ella**. Si, por el contrario, el planteamiento es que profesionales de servicios sociales puedan acceder a información clínica y profesionales sanitarios a información social, y analizando únicamente la viabilidad tecnológica, sin tener en cuenta consideraciones legales o competenciales, como los aspectos de tratamiento de datos sanitarios por parte de personal no sanitarios, ello supondría establecer mecanismos de interoperabilidad y de compartición de información entre las plataformas tecnológicas de ambas áreas, que son responsabilidad de las respectivas consejerías de Salud y de Servicios Sociales autonómicos, por lo tanto, ésta dependerá del estado de las mismas y de los recursos de lo que se disponga para ello en dichos ámbitos.		
El artículo segundo, seis se refiere al cambio del 14 de la Ley de Cohesión (LC) y cambia lo referente a la atención sociosanitaria y faltaría un aspecto importante	**Federación de Asociaciones para la**	**No se acepta**. El artículo 12 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
como es recalcar el papel de la Atención Primaria en la continuidad del servicio sociosanitario.	**Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)**	*de Salud* ya establece en su artículo 12.2.e la rehabilitación básica como una de las prestaciones de la atención primaria.
Los menores con alteraciones del desarrollo y aquellos en situación de riesgo, desde una perspectiva biopsicosocial, deben tener cabida como población susceptible de atención sociosanitaria. En el apartado 1 del artículo 14 se debe ampliar el ámbito subjetivo actual, restringido a *enfermos, generalmente crónicos*, y se debe considerar como potencialmente receptores de la prestación no solo a los menores, sino **a sus familias y entorno**. "*Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos **enfermos, generalmente crónicos**, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral*."	**Plataforma por la Atención Temprana y los Derechos de la Infancia con Diversidad Funcional (PATDI)**	**No se acepta**. La nueva redacción dada por la norma al apartado primero del artículo 14 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* ya incluye el concepto "*a sus familias y entorno*" dentro de: "*y de acuerdo con sus condiciones personales*".
El contenido de la prestación debe recoger la función **habilitadora**, y no solo rehabilitadora, de la atención sociosanitaria. En ese sentido, en el apartado 2.c	**Plataforma por la Atención Temprana y los Derechos de la**	**No se acepta**. El tratamiento sanitario es rehabilitador. La función habilitadora, generalmente cuando los menores sufren algún déficit desde edad

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
del art.14, se debe reforzar terminológicamente el carácter habilitador de la prestación. ["*Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *(…)* *2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine y en cualquier caso comprenderá:* *a) Los cuidados sanitarios de larga duración.* *b) La atención sanitaria a la convalecencia.* *c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual*".]	**Infancia con Diversidad Funcional (PATDI)**	temprana que les dificulta o impide un desempeño ocupacional competente, forma parte del ámbito social.
La prestación sociosanitaria se debe caracterizar por la primacía de un enfoque integral, orientado hacia la atención de las necesidades individuales de las personas, el mantenimiento del usuario en su entorno conforme a su momento vital y la priorización del enfoque preventivo. La norma debe recoger también un enfoque preventivo en su redacción.	**Plataforma por la Atención Temprana y los Derechos de la Infancia con Diversidad Funcional (PATDI)**	**No se acepta**. Se ha ampliado la redacción del artículo 14.2.c de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* para incorporar una atención más integral a las personas, generalmente pacientes crónicos y/o personas con

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La actuación simultánea y sinérgica de diferentes servicios públicos debe entenderse tal cual, no como la motivación para la creación de otro nivel administrativo de prestación diferente al social, sanitario o educativo denominado sociosanitario que genere más ineficiencias y atente contra los principios de normalización y desinstitucionalización consustanciales a la atención temprana. La continuidad y la coordinación articulada a través de los órganos contemplados en los apartados 3 y 4 del artículo 14 deben, igualmente, contemplar las consideraciones anteriores en lo referente a la ampliación del ámbito subjetivo, del contenido de la prestación y del enfoque de la atención sociosanitaria. *["Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *(...)* *3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.* *4. Esta coordinación será reforzada mediante la constitución de órganos de coordinación sociosanitaria en cada comunidad y ciudad autónoma que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para responder de forma integral, coordinada*		discapacidad y aumentar la coordinación entre las áreas social y sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados."]		
Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria. Punto 4, línea 5, página 15. Propuesta de modificación: …se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento *de los resultados* de los planes … "Seis. El artículo 14 queda redactado de la siguiente forma: "*Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *4. Esta coordinación será reforzada mediante la constitución de órganos de coordinación sociosanitaria en cada comunidad y ciudad autónoma que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión* y el seguimiento ***de los resultados*** de los planes de atención individualizados."	**Asociación Española Contra el Cáncer**	**No se acepta.** El objetivo inicial del nuevo apartado 4 en el artículo 14 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* es impulsar la existencia de planes conjuntos entre el ámbito social y sanitario.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se propone modificar la redacción del numeral Seis del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 14 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral.* ***Así como, para garantizar el acceso a dietas de exclusión derivadas de enfermedades crónicas.*** *2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine y en cualquier caso comprenderá:* *a) Los cuidados sanitarios de larga duración.* *b) La atención sanitaria a la convalecencia.* *c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e*	**Federación de Asociaciones de Celiacos de España (FACE)**	**No se acepta**. El programa de ayudas destinado a financiar la compra de alimentos elaborados, tratados o preparados especialmente para responder a las necesidades particulares de los enfermos celiacos, entra dentro del ámbito social. El punto 3.2 del *Anexo VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, establece que son productos dietéticos financiables: *"aquellos productos que hayan recibido resolución favorable de la autoridad competente como alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales, de acuerdo con lo establecido en el apartado 4 del artículo 10 del Real Decreto 2685/1976, de 16 de octubre, por el que se aprueba la Reglamentación Técnico-Sanitaria para la Elaboración, Circulación y Comercio de Preparados Alimenticios para Regímenes Dietéticos y/o Especiales e incluidos en la oferta (nomenclátor) de productos dietéticos. El procedimiento para la inclusión de productos en la oferta se establecerá por orden ministerial. En ningún*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual. ***d) Programa de ayudas destinado a financiar la compra de alimentos elaborados, tratados o preparados especialmente para responder a las necesidades particulares de los enfermos celiacos. Se regulará por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.*** *3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.* *4. Esta coordinación será reforzada mediante la constitución de órganos de coordinación sociosanitaria en cada comunidad y ciudad autónoma que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados."* <u>Justificación</u>		*caso se incluirán los productos que efectúen publicidad dirigida al público en general."*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La enfermedad celiaca es una patología multisistémica con base autoinmune provocada por el gluten y otras proteínas de origen vegetal como las gliadinas, en individuos genéticamente susceptibles. El único tratamiento de esta enfermedad es la dieta sin gluten de por vida. Las trasgresiones (voluntarias o involuntarias) de este tratamiento podrían conllevar una no recuperación del daño intestinal, perpetuando la malabsorción de nutrientes en el intestino y pudiendo generarse déficits que a largo plazo desencadenasen el desarrollo de enfermedades de carácter grave e irreversible. Por este motivo es crucial el acceso a alimentación adecuada sin gluten por parte del colectivo. No obstante, en personas con menos recursos económicos o culturales, este hecho no es tan sencillo. Para contextualizar, es importante recalcar el elevado coste de los productos específicos sin gluten, ya que el único tratamiento existente para los enfermos celiacos es realizar una dieta libre de estos durante toda su vida y aunque este tipo de productos procesados debe reservarse para ocasiones especiales, la ingesta de productos básicos como el pan, la pasta o la harina, resulta imprescindible, ya que forman parte de la dieta mediterránea. En el último Informe de Precios elaborado por la Federación de Asociaciones de Celiacos de		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
España se constata que la cesta de la compra de las familias con un miembro celiaco se gastan casi 1.000 euros más anualmente. Actualmente Hacienda recoge IVA superreducido para panes comunes (dejando fuera al pan de molde que es el formato de presentación más habitual para el pan sin gluten)y harinas panificables (dejando fuera mixes comerciales que no incluyan en su denominación el "panificables" y harinas de cereales o pseudocereales minoritarios) pero desde las asociaciones de pacientes entendemos que al ser este el único tratamiento debería ampliarse el IVA superreducido a todos los panes sin gluten, todas las harinas sin gluten y toda la pasta sin gluten, ya que todos ellos, independientemente de su formato son alimentos de primera necesidad. Varios países europeos ofrecen ayudas destinadas a las personas celiacas. En Reino Unido, por ejemplo, los alimentos especiales se compran con prescripción médica y son gratuitos hasta los 16 años y a partir de los 65; en las edades intermedias se abona un copago al año. En Francia, la Seguridad Social abona a cada niño celiaco una determinada cantidad al mes y otra a los adultos por los alimentos especiales adquiridos, justificados con las etiquetas. En otros países se contemplan deducciones y beneficios fiscales.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El Informe sobre la situación de las personas celiacas elaborado en 2017 por el Defensor del Pueblo, incluye entre sus conclusiones: *"23. Al igual que ocurre con otros colectivos de personas con necesidades alimentarias especiales por razón de salud, el gasto en la cesta de la compra de alimentación de las personas con enfermedad celíaca es superior a la media, situación especialmente gravosa para las familias con más de un celíaco. El encarecimiento se debe al mayor precio de los productos sustitutivos sin gluten, aunque también con la necesidad de suplir el aporte calórico y nutricional del trigo y demás cereales con gluten con otros alimentos frescos, y que garanticen la ausencia de contaminación cruzada. En el caso de los enfermos celíacos, la dieta sin gluten supone su único tratamiento médico, por lo que esa diferencia de gasto merece medidas públicas de compensación.* *24. La alternativa de intervenir respecto del mayor costo de los productos específicos sin gluten o sustitutivos a través de los impuestos indirectos, especialmente el IVA, no lograría un impacto suficiente, dado el precio unitario de cada producto y teniendo en cuenta que ya se aplica el tipo superreducido (4 %) al pan común y a las harinas panificables tratadas específicamente para eliminar el gluten.* *25. La introducción de deducciones o el incremento del mínimo personal y familiar en el impuesto sobre la renta de las personas físicas ofrecerían resultados más efectivos como modo de compensar el gasto adicional por tratamiento médico que requieren los enfermos celíacos. Por razones de equidad dicha regulación debiera tener alcance estatal y enmarcarse en la atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas.* *26. Las iniciativas adoptadas en los últimos años por algunas administraciones autonómicas y locales en materia de ayudas directas a los enfermos celíacos se han caracterizado por la falta de regularidad y la heterogeneidad. El modelo aplicado por las mutualidades*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
administrativas a este respecto ha resultado más estable, aunque presenta diferencias notables en cuanto a la cobertura. *27. En países de nuestro entorno se ha optado por establecer ayudas a los enfermos celíacos como parte de las prestaciones de los sistemas públicos de salud, financiando de manera parcial la adquisición de determinados productos. En el marco de nuestro Sistema Nacional de Salud esta opción se podría contemplar en el desarrollo de la cartera sociosanitaria. No obstante, a la hora de examinar esta posibilidad habría que tener en cuenta otros factores relevantes como no perjudicar la facilidad de acceso de los pacientes a estos productos, así como un análisis sobre eficiencia de los gastos asociados a la gestión de la prestación."* Y entre las recomendaciones dirigidas el extinto Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se recoge: *"3. Estudiar las necesidades sociales vinculadas a la enfermedad celíaca y a otras enfermedades crónicas, al objeto de definir un marco coherente de prestaciones sociosanitarias."* Además, la Asamblea del Consejo de la Juventud de España ha aprobado una resolución en la que se incluye la siguiente medida "Coordinar con las administraciones sanitarias las medidas de impulso sociosanitario de los colectivos de pacientes con enfermedades crónicas, como la enfermedad		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
celíaca, cuyo tratamiento integral supone un incremento de costes económicos, para establecer las correspondientes medidas de compensación." Se concluye añadiendo que esta medida está alineada con la Estrategia Desarrollo Sostenible 2030, Estrategia NAOS, Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social y la Estrategia Europea de Derechos de la Infancia.		
ARTÍCULO SEGUNDO. MODIFICACIÓN DE LA LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ***Seis. El artículo 14 queda redactado de la siguiente forma:*** *"Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral.* ***Así como, para garantizar el acceso a dietas de exclusión derivadas de enfermedades crónicas.***	**Asociación Juvenil FACE-Joven**	**No se acepta**. El programa de ayudas destinado a garantizar el acceso a dietas de exclusión derivadas de enfermedades crónicas, así como un programa de ayudas destinado a financiar la compra de alimentos elaborados, tratados o preparados especialmente para responder a las necesidades particulares de los enfermos celiacos, entran dentro del ámbito social. El punto 3.2 del *Anexo VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, establece que son productos dietéticos financiables:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine y en cualquier caso comprenderá: *a) Los cuidados sanitarios de larga duración.* *b) La atención sanitaria a la convalecencia.* *c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.* *d)* ***Programa de ayudas destinado a financiar la compra de alimentos elaborados, tratados o preparados especialmente para responder a las necesidades particulares de los enfermos celiacos. Se regulará por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.*** (…) <u>Justificación</u> Se introduce una nueva letra d en el apartado segundo del artículo 14 destinado a solucionar la problemática de las personas celiacas que procedemos a explicar:		*"aquellos productos que hayan recibido resolución favorable de la autoridad competente como alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales, de acuerdo con lo establecido en el apartado 4 del artículo 10 del Real Decreto 2685/1976, de 16 de octubre, por el que se aprueba la Reglamentación Técnico-Sanitaria para la Elaboración, Circulación y Comercio de Preparados Alimenticios para Regímenes Dietéticos y/o Especiales e incluidos en la oferta (nomenclátor) de productos dietéticos. El procedimiento para la inclusión de productos en la oferta se establecerá por orden ministerial. En ningún caso se incluirán los productos que efectúen publicidad dirigida al público en general."*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La enfermedad celiaca es una patología multisistémica con base autoinmune provocada por el gluten y otras proteínas de origen vegetal como las gliadinas, en individuos genéticamente susceptibles. El único tratamiento de esta enfermedad es la dieta sin gluten de por vida. Las trasgresiones (voluntarias o involuntarias) de este tratamiento podrían conllevar una no recuperación del daño intestinal, perpetuando la malabsorción de nutrientes en el intestino y pudiendo generarse déficits que a largo plazo desencadenasen el desarrollo de enfermedades de carácter grave e irreversible. Por este motivo es crucial el acceso a alimentación adecuada sin gluten por parte del colectivo. No obstante, en personas con menos recursos económicos o culturales, este hecho no es tan sencillo. Para contextualizar, es importante recalcar el elevado coste de los productos específicos sin gluten, ya que el único tratamiento existente para los enfermos celiacos es realizar una dieta libre de estos durante toda su vida y aunque este tipo de productos procesados debe reservarse para ocasiones especiales, la ingesta de productos básicos como el pan, la pasta o la harina, resulta imprescindible, ya que forman parte de la dieta mediterránea. En el último Informe de Precios elaborado por la Federación de Asociaciones de Celiacos de		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
España se constata que la cesta de la compra de las familias con un miembro celiaco se gastan casi 1.000 euros más anualmente. Actualmente Hacienda recoge IVA superreducido para panes comunes (dejando fuera al pan de molde que es el formato de presentación más habitual para el pan sin gluten)y harinas panificables (dejando fuera mixes comerciales que no incluyan en su denominación el "panificables" y harinas de cereales o pseudocereales minoritarios) pero desde las asociaciones de pacientes entendemos que al ser este el único tratamiento debería ampliarse el IVA superreducido a todos los panes sin gluten, todas las harinas sin gluten y toda la pasta sin gluten, ya que todos ellos, independientemente de su formato son alimentos de primera necesidad. Varios países europeos ofrecen ayudas destinadas a las personas celiacas. En Reino Unido, por ejemplo, los alimentos especiales se compran con prescripción médica y son gratuitos hasta los 16 años y a partir de los 65; en las edades intermedias se abona un copago al año. En Francia, la Seguridad Social abona a cada niño celiaco una determinada cantidad al mes y otra a los adultos por los alimentos especiales adquiridos, justificados con las etiquetas. En otros países se contemplan deducciones y beneficios fiscales.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El Informe sobre la situación de las personas celiacas elaborado en 2017 por el Defensor del Pueblo, incluye entre sus conclusiones: *"23. Al igual que ocurre con otros colectivos de personas con necesidades alimentarias especiales por razón de salud, el gasto en la cesta de la compra de alimentación de las personas con enfermedad celíaca es superior a la media, situación especialmente gravosa para las familias con más de un celíaco. El encarecimiento se debe al mayor precio de los productos sustitutivos sin gluten, aunque también con la necesidad de suplir el aporte calórico y nutricional del trigo y demás cereales con gluten con otros alimentos frescos, y que garanticen la ausencia de contaminación cruzada. En el caso de los enfermos celíacos, la dieta sin gluten supone su único tratamiento médico, por lo que esa diferencia de gasto merece medidas públicas de compensación.* *24. La alternativa de intervenir respecto del mayor costo de los productos específicos sin gluten o sustitutivos a través de los impuestos indirectos, especialmente el IVA, no lograría un impacto suficiente, dado el precio unitario de cada producto y teniendo en cuenta que ya se aplica el tipo superreducido (4 %) al pan común y a las harinas panificables tratadas específicamente para eliminar el gluten.* *25. La introducción de deducciones o el incremento del mínimo personal y familiar en el impuesto sobre la renta de las personas físicas ofrecerían resultados más efectivos como modo de compensar el gasto adicional por tratamiento médico que requieren los enfermos celíacos. Por razones de equidad dicha regulación debiera tener alcance estatal y enmarcarse en la atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas.* *26. Las iniciativas adoptadas en los últimos años por algunas administraciones autonómicas y locales en materia de ayudas directas a los enfermos celíacos se han caracterizado por la falta de regularidad y la heterogeneidad. El modelo aplicado por las*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
mutualidades administrativas a este respecto ha resultado más estable, aunque presenta diferencias notables en cuanto a la cobertura. *27. En países de nuestro entorno se ha optado por establecer ayudas a los enfermos celíacos como parte de las prestaciones de los sistemas públicos de salud, financiando de manera parcial la adquisición de determinados productos. En el marco de nuestro Sistema Nacional de Salud esta opción se podría contemplar en el desarrollo de la cartera sociosanitaria. No obstante, a la hora de examinar esta posibilidad habría que tener en cuenta otros factores relevantes como no perjudicar la facilidad de acceso de los pacientes a estos productos, así como un análisis sobre eficiencia de los gastos asociados a la gestión de la prestación."* Y entre las recomendaciones dirigidas el extinto Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se recoge: *"3. Estudiar las necesidades sociales vinculadas a la enfermedad celíaca y a otras enfermedades crónicas, al objeto de definir un marco coherente de prestaciones sociosanitarias."* Además, la Asamblea del Consejo de la Juventud de España ha aprobado una resolución en la que se incluye la siguiente medida "Coordinar con las administraciones sanitarias las medidas de impulso sociosanitario de los colectivos de pacientes con enfermedades crónicas, como la enfermedad		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
celíaca, cuyo tratamiento integral supone un incremento de costes económicos, para establecer las correspondientes medidas de compensación." Se concluye añadiendo que esta medida está alineada con la Estrategia Desarrollo Sostenible 2030, Estrategia NAOS, Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social y la Estrategia Europea de Derechos de la Infancia.		
Se propone modificar la redacción del numeral Seis del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 14.2.c de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, devolver y mantener ~~o devolver~~ el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener su ~~la~~ máxima autonomía ~~del paciente y reintegrarlo~~ e integración continuada en su medio habitual."* Pese a que la nueva redacción de que pretende dotarse a los preceptos referidos entendemos puede traducirse en la práctica en un tratamiento con mayor grado de integridad con respecto al déficit funcional recuperable que pudieran padecer numerosos pacientes, al contener alusiones expresas al mantenimiento del mayor grado de capacidad funcional e independencia (y frente a las	**Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA**	**No se acepta**. Modificar el orden de las palabras implicaría una obligación de devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, algo que, desafortunadamente, no es posible con el estado del arte de la ciencia actual. La redacción de apartado 2.c del artículo 14 de la norma es la del punto 8 del Anexo III del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
limitaciones que presenta la redacción vigente, que genéricamente alude a la "*rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable*"), del mismo modo consideramos que dicha atención puede verse condicionada por las referencias a la reintegración que los citados artículos incorporan, pudiendo interpretarse que dicha rehabilitación, exclusivamente, alcanza hasta la reintegración inicial del paciente en su medio habitual tras la concurrencia de las circunstancias que han dado lugar al déficit funcional recuperable al que se ha hecho alusión.		
Se propone modificar la redacción del numeral Seis del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 14.2.c de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, devolver y mantener ~~o devolver~~ el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener su ~~la~~ máxima autonomía ~~del paciente y reintegrarlo~~ e integración continuada en su medio habitual."* Pese a que la nueva redacción de que pretende dotarse a los preceptos referidos entendemos puede traducirse en la práctica en un tratamiento con mayor grado de integridad con respecto al déficit funcional recuperable que pudieran padecer numerosos pacientes, al contener alusiones expresas al mantenimiento del mayor grado de capacidad funcional e independencia (y frente a las	**Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)**	**No se acepta**. Modificar el orden de las palabras implicaría una obligación de devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, algo que, desafortunadamente, no es posible con el estado del arte de la ciencia actual. La redacción de apartado 2.c del artículo 14 de la norma es la del punto 8 del Anexo III del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
limitaciones que presenta la redacción vigente, que genéricamente alude a la "*rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable*"), del mismo modo consideramos que dicha atención puede verse condicionada por las referencias a la reintegración que los citados artículos incorporan, pudiendo interpretarse que dicha rehabilitación, exclusivamente, alcanza hasta la reintegración inicial del paciente en su medio habitual tras la concurrencia de las circunstancias que han dado lugar al déficit funcional recuperable al que se ha hecho alusión.		
El artículo 14, entre otros, abarca la prestación sociosanitaria. La redacción de este apartado, incorpora una parte enfocada en la atención a la cronicidad y en la prevención terciaria pero también hace referencia a los cuidados sanitarios de larga duración desde un punto de vista más cercano al ámbito social/dependencia que al puramente asistencial. Si bien este aspecto ya se abordaba en la Ley 16/2003, se introducen algunos aspectos que aumentan las competencias sociales en relación con las de tratamiento y rehabilitación de un paciente con patología crónica. Se define también por primera vez, la necesidad de constituir órganos de coordinación sociosanitaria que faciliten la cooperación entre el ámbito social, sanitario, así como el educativo. Es innegable que en la práctica real los dos ámbitos asistenciales están íntimamente relacionados, pero es importante tener en cuenta que, la atención sociosanitaria, está vinculada en muchas comunidades a los servicios sociales, bien de la propia comunidad (Consejería de Asuntos Sociales) o de titularidad	**Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias**	**No se acepta**. Las CC.AA. tienen competencias exclusivas en materia de asistencia social. La Constitución Española atribuye la competencia exclusiva en esta materia (art. 148.1.20) a las CC.AA. La norma no atribuye en qué niveles de atención se debe prestar, como se indica en apartado segundo del artículo 14: *"2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine".* Así pues, el objetivo que se persigue es establecer herramientas estructurales sólidas, como son los sistemas de información, que permitan la necesaria coordinación entre estos dos ámbitos en beneficio de los pacientes, sin perjuicio de lo establecido en la *Ley*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
local (Cabildos, Diputaciones, etc.). Esto supone la necesidad de especificar mecanismos estructurales complejos que aúnen la coordinación efectiva de un alto volumen de Instituciones diferentes, con especial problemática en el ámbito de la creación de sistemas de información compartido *"que permitan la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados"*, lo que va a generar conflictos competenciales en relación a los datos mínimos de especial relevancia que no vulneren todo lo relacionado con la normativa de Protección de Datos, especialmente sensibles, en vigor. A todo lo anterior se une que no podemos imputar a los servicios de salud competencias de los servicios sociales para las que, en muchos casos, ni existe preparación estructural ni presupuestaria.		*Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* y 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*..
De modo específico el artículo 14 ha introducido una modificación puntual en relación a la prestación sociosanitaria para incluir una mención específica al ámbito educativo. Al respecto indicar únicamente que absolutamente imprescindible potenciar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, y también con el sector educativo, si bien este propiamente no debe ser considerado como agente directo de esta prestación.	**Consejería de Salud de la Región de Murcia**	**No se realizan observaciones**. Están de acuerdo en incluir "*y en su caso educativos*" para coordinar los servicios educativos con los sanitarios y sociales en la prestación sociosanitaria.
Por otra parte, el apartado 4 de dicho artículo 3 ter establece que "*las comunidades autónomas y el INGESA en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que*	**Ministerio de Hacienda y Función Pública**	**No se acepta.** El INGESA puede regular los niveles de atención en los que se debe llevar a cabo la atención sociosanitaria del apartado 2 del artículo 14 de la *Ley*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo". Esta previsión parece que deberá materializarse a través de una disposición de carácter general que regule dichas circunstancias, por lo que no parece adecuado mantener la referencia a que el INGESA "fijará" ningún procedimiento, al carecer esta entidad gestora de potestad normativa alguna. Se sugiere, por tanto, aclarar en este párrafo sobre quién recaerá la competencia regulada para el caso del INGESA. **Esta misma consideración se hace respecto a la previsión contenida en el artículo 14.2**: *"(...), la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine* (...)" -, incluido en el artículo segundo, apartado seis, de este anteproyecto de ley.		*16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. El apartado primero del artículo 15 del *Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo*, dispone que el INGESA conserve el régimen jurídico, económico, presupuestario y patrimonial y la misma personalidad jurídica y naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social que el extinguido INSALUD. Le corresponderá la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito de las Ciudades de Ceuta y de Melilla y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo dispuesto por la disposición transitoria tercera de la "*Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*".
"Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria. 1. *La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral.*	**Sindicato de Enfermería (SATSE)**	**No se acepta**. No es objeto de la norma establecer la planificación de necesidades de profesionales sanitarios y coordinar las políticas de recursos humanos del SNS que se van a llevar a cabo por el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios del Ministerio de Sanidad, de acuerdo a lo establecido en el *Real Decreto 640/2014, de 25 de*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
2. …… 3. *La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.* 4. *Esta coordinación será reforzada mediante la constitución de órganos de coordinación sociosanitaria en cada comunidad y ciudad autónoma que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados."* Nos congratulamos de que se tenga en cuenta el ámbito educativo en lo relativo a la asistencia sanitaria y sociosanitaria pues en él tiene cabida la promoción de la salud, detección de problemas, seguimiento, integración y prevención de secuelas, todas estas acciones muy necesarias para preservar y promover la salud de todos los niños y niñas en edad escolar (no sólo para el caso de niños y niñas con enfermedades crónicas ya diagnosticadas). Y en este sentido, consideramos que este anteproyecto de ley tiene la oportunidad de incorporar una mención concreta a la presencia de profesionales sanitarios, como es el caso de la enfermera escolar, que podría desarrollar en esta materia una labor esencial, no solo asistencial, sino como gestora de casos que logre una adecuada coordinación e interlocución con los distintos dispositivos y niveles de asistencia.		*julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios*. Tampoco lo es en cuanto a establecer los profesionales en el marco educativo.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En el desarrollo que se realiza en este Anteproyecto de Ley de la prestación de atención sociosanitaria, y que modifica el artículo 14 de la Ley 16/2003, deberían contemplarse planes integrales de coordinación sociosanitaria como una herramienta de refuerzo de la coordinación entre el ámbito social y el sanitario, en cuya elaboración participarán tanto las organizaciones de pacientes como las sociedades científicas.	**Cariotipo Lobby & Comunicación**	**No se acepta**. No es objeto de la norma establecer planes integrales de coordinación sociosanitaria, que quedarían supeditado a un desarrollo posterior. Respecto a los planes integrales de coordinación sociosanitaria, el IMSERSO y el Ministerio de Sanidad han elaborado el *Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España*.
Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria. Parece una acertada definición la que se indica en el Anteproyecto de Ley. Se remarca en la justificación del documento la necesidad de una prestación conjunta de atención sociosanitaria, además de lamentar que no existiera en momentos tan graves como los vividos durante la pandemia. Por todo ello, consideramos que sería indispensable concretar más en estas propuestas y considerar de forma inmediata normativas comunes, sobre mínimos y que eviten las desigualdades entre diferentes territorios, de los servicios sociales, sanitarios y educativos, si se precisara, de cada una de las CCAA.	**CCOO**	**No se acepta.** Siguiendo las directrices de técnica normativa el desarrollo normativo mediante reales decretos u órdenes para establecer normativas comunes se realizan con posterioridad a la promulgación legislativa.
Artículo catorce. - "Prestación de atención sociosanitaria". Es indispensable explicar más esta propuesta necesaria y establecer unos mínimos para las Comunidades Autónomas que eviten las desigualdades que se producen en los territorios.	**UGT**	**No se acepta.** Siguiendo las directrices de técnica normativa el desarrollo normativo mediante reales decretos u órdenes para establecer normativas

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		comunes se realizan con posterioridad a la promulgación legislativa.
El artículo 14 queda redactado de la siguiente forma: "*Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.* *(...)* *4. Esta coordinación será reforzada mediante la constitución de órganos de coordinación sociosanitaria en cada comunidad y ciudad autónoma**, con la participación de las provincias, municipios y demás administraciones territoriales intracomunitarias con competencias en materia de salud pública,** que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados."* Justificación: En materia de salud pública, sin perjuicio de las competencias de las demás administraciones públicas, las provincias, municipios y otras	**Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP)**	**No se acepta**. Las CCAA tienen competencias exclusivas en materia de asistencia social. La Constitución Española atribuye la competencia exclusiva en esta materia (art. 148.1.20) a las CCAA, así como en materia de sanidad porque la Constitución Española, en su artículo 148.1.21.0, establece que las CCAA podrán asumir competencias en materia de Sanidad e Higiene. De acuerdo con este marco constitucional, todos los Estatutos de Autonomía de las CCAA han asumido competencias en materia de sanidad e higiene, al amparo del artículo 148.1.21 de la Constitución Asimismo, la Constitución Española atribuye al Estado, en su artículo 149.1.16.ª, la competencia exclusiva sobre sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos. Corresponde, por tanto, a las CCAA establecer la coordinación entre las áreas social y sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
administraciones territoriales ejercen competencias que tienen atribuidas según las condiciones previstas en la legislación vigente de régimen local, en diversas normas comunitarias, nacionales y autonómicas que otorgan su ejecución a los municipios, así como en la Ley 14/1986 General de Sanidad de 25 de abril (artículo 42). Concretamente pueden asumir responsabilidades en relación al obligado cumplimiento de las normas y los planes sanitarios, como el desarrollo de programas de promoción de la salud, educación sanitaria y protección de grupos sociales con riesgos específicos, así como en la gestión sanitaria en caso de disponer de centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad provincial o municipal. Es por ello que consideramos necesaria su participación en los órganos de coordinación sociosanitaria previstos en la presente ley.		
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 mermada eficacia y sostenibilidad tiene que ver con factores complejos que aquí no son abordados. Asimismo, sugerimos **que se explicite** que: "***Los centros***	**Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)**	**No se acepta**. Entre los objetivos de la ley no se encuentran regular a los proveedores de la prestación sociosanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
proveedores de la prestación sociosanitaria deberán realizar una memoria anual que será publicada en la página web de la entidad competente".		
La atención temprana. Respecto a la necesaria coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, se dice en la exposición de motivos del nuevo texto que lo que se persigue con la modificación es la especificación de mecanismos estructurales que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas. Se reformula el artículo 14 de la Ley 16/2003 definiendo la prestación de atención sociosanitaria como "*el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral. "* Sin embargo y aunque en el primer apartado se hace mención expresa a los *"servicios educativos*" que pudieran resultar necesarios para la atención integral de niños y adolescentes consideramos necesario que se establezca un apartado específico dedicado a la atención temprana para garantizar la cobertura de las	**Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)**	**No se acepta**. La atención temprana supone una actualización de la cartera común de servicios del SNS, que dispone de un procedimiento establecido, en concreto en el *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
necesidades de los niños y adolescentes desde el primer momento siempre con el objetivo último de facilitar su autonomía y reinserción en el ámbito educativo, incluyéndola como servicio en la cartera común.		
En relación con la modificación del artículo 14, sobre la prestación sociosanitaria, en su apartado 2, la plataforma CH2025 opina que debería especificarse que **la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención, no sólo de cada comunidad autónoma y/o INGESA, sino también por 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.** "Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria. *(...)* *2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma, ~~y~~ el INGESA, 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 determine y en cualquier caso comprenderá:"*	**Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025)**	**No se acepta.** De acuerdo a la disposición adicional cuarta de extensión del contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU), como integrantes del Sistema Nacional de Salud en su calidad de entidades gestoras de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, de las Fuerzas Armadas y del Personal al Servicio de la Administración de Justicia, respectivamente, tendrán que garantizar el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como las garantías sobre accesibilidad, movilidad, calidad, seguridad, información y tiempo recogidas en esta ley, de acuerdo con lo dispuesto en su normativa específica. Exceptuando las excepciones en materia de salud pública que se recogen en el apartado segundo.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se solicita la modificación del apartado 4 del artículo 14 con la inclusión del siguiente párrafo: *"4. Esta coordinación será reforzada mediante la constitución de órganos de coordinación sociosanitaria en cada comunidad y ciudad autónoma que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados* ***y siempre en consideración a las competencias y atribuciones establecidas a las profesiones sanitarias en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, su normativa de desarrollo, así como las disposiciones concordantes".***	**Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España**	**No se acepta**. No es objeto de la norma regular las competencias y atribuciones de las profesiones sanitarias.
Artículo segundo *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* *Siete.* Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En el artículo segundo, apartado Siete, la división del apartado segundo del artículo 67, página 15, debe adecuarse a lo dispuesto en la directriz 31 de las directrices de técnica normativa "*Cuando deba subdividirse un apartado, se hará en párrafos señalados con letras minúsculas, ordenadas alfabéticamente: a), b), c). Cuando el párrafo o bloque de texto deba, a su vez, subdividirse, circunstancia que ha de ser excepcional, se numerarán las divisiones con ordinales arábigos (1.º, 2.º, 3.º o 1.ª, 2.ª, 3.ª, según proceda)*". *"2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes y ciudadanas más representativas en dicho nivel.* *Sus funciones serán la de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, sobre:* ~~*1.º*~~ *Los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico.*	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
~~2.º~~ *Los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta.* ~~3.º~~ *Las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario.* ~~4.º~~ *Los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política del personal del Sistema Nacional de Salud.* ~~5.º~~ *Cuantas otras materias le atribuya el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud."*		
Se propone modificar la redacción del numeral Siete del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 67 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.* *1. La participación social en el Sistema Nacional de Salud se ejercerá a través de:* *a) El Comité Consultivo.* *b) El Foro Abierto de Salud.* *c) El Foro Virtual.*	**CERMI (discapacidad)**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
*2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes, **de la discapacidad** y ciudadanas más representativas en dicho nivel.* *(….)* *El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.* *c) Seis representantes de la Administración local.* *d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.*		Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal. *f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes, **de la discapacidad** y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal.*" Justificación Se plantea que en la composición del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud se cite expresamente a las organizaciones de la discapacidad, por el peso y magnitud que estas tienen en el ámbito de la salud y el social, que constituyen operadores de especial interés, con su presencia, para una mejor gobernanza del Sistema.		
Se propone modificar la redacción del numeral Siete del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 67 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "*Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.* *1. La participación social en el Sistema Nacional de Salud se ejercerá a través de:* *a) El Comité Consultivo.*	**Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS)**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
b) El Foro Abierto de Salud. *c) El Foro Virtual.* *2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes, **de la discapacidad** y ciudadanas más representativas en dicho nivel.* *(….)* *El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.*		personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
c) Seis representantes de la Administración local. *d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.* *e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.* *f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes, **de la discapacidad** y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal."* Justificación En virtud del principio de diálogo civil y en consideración de la relevancia que para las personas con discapacidad y sus familias tiene el derecho a la salud y a la atención sanitaria.		
Se propone modificar la redacción del numeral Siete del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 67 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: "*Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.* *1. La participación social en el Sistema Nacional de Salud se ejercerá a través de:*	**Plataforma del Tercer Sector**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
a) El Comité Consultivo. *b) El Foro Abierto de Salud.* *c) El Foro Virtual.* *2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes, **de la discapacidad** y ciudadanas más representativas en dicho nivel.* *(....)* *El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.*		las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
b) Nueve representantes de las comunidades autónomas. *c) Seis representantes de la Administración local.* *d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.* *e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.* *f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes, **de la discapacidad** y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal."* Justificación Se plantea que en la composición del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud se cite expresamente a las organizaciones de la discapacidad, por el peso y magnitud que estas tienen en el ámbito de la salud y el social, que constituyen operadores de especial interés, con su presencia, para una mejor gobernanza del Sistema.		
Se propone modificar la redacción del numeral Siete del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 67 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así:	**Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE)**	**Se acepta con una redacción alternativa**. Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud. *1. La participación social en el Sistema Nacional de Salud se ejercerá a través de:* *a) El Comité Consultivo.* *b) El Foro Abierto de Salud.* *c) El Foro Virtual.* *2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes,* ***personas con discapacidad*** *y ciudadanas más representativas en dicho nivel.* *(….)* *El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.*		órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
b) Nueve representantes de las comunidades autónomas. *c) Seis representantes de la Administración local.* *d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.* *e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.* *f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes, **de personas con discapacidad** y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal."*		
Se propone modificar la redacción del numeral Siete del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 67 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud para incluir a las Sociedades Científicas en el Comité Consultivo con un número de miembros acorde con el número y protagonismo que tienen los profesionales sanitarios y en concreto los médicos en nuestro sistema sanitario. FACME insiste en que: a) No nos parece razonable ni aceptable que se prescinda de la participación de FACME como representante de las Sociedades Científico Médicas en el Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud	**FACME (Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas)**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
b) Se modifique el Anteproyecto de Ley de Equidad, Universalidad y Cohesión, incorporando a dicho Comité Consultivo a los profesionales a través de sus Sociedades Científicas, reconociendo así el valor estratégico que su participación tiene para contribuir a la sostenibilidad y calidad en el funcionamiento de nuestro sistema sanitario.		Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.
Desde la Alianza General de Pacientes, en representación de las organizaciones asociadas, celebramos la llegada del **Anteproyecto de Ley de Medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud** (SNS), el cual recoge una de las demandas que desde hace tiempo reclamamos desde nuestra Alianza. Hemos sido impulsores junto a Cronicidad Horizonte 2030, en la tramitación de la PNL para la incorporación de las organizaciones de pacientes en el CISNS, aprobada en el Congreso de los Diputados. Desde que esta futura ley habla principalmente de “equidad”, sería importante que este principio se cumpliese en relación a otros colectivos que ya forman parte de este Comité, de manera equitativa (valga la redundancia) y así, de esta manera, lo pacientes podamos tener una presencia acorde a la sociedad civil que representamos, a través del **Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del SNS**.	**Alianza General del Pacientes**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Es importante que, en una sociedad abierta y deliberativa, se cuente con la voz de los pacientes, y que además sea escuchada. Es hora de tener el espacio de participación tan aclamado y prometido desde hace mucho tiempo, y al que tenemos derecho, según consta en la Constitución Española. Estamos preparados y formados para participar, colaborar e incidir en las decisiones que se tomen en políticas de Salud y enriquecer con nuestras aportaciones y visión, el funcionamiento del SNS. Abogamos por la equidad asistencial, en todos los niveles, por facilitar la atención y los tratamientos específicos sin encontrar barreras ni discriminación para los pacientes según el código postal donde se viva. Sin embargo, esta futura norma no muestra acciones llevaderas para que esta equidad se consiga, y es algo que nos sorprende, por lo tanto, desde la AGP observamos que no se garantiza la universalidad. Y esto nos preocupa. Desde luego, estamos encantados y confiamos en compartir asientos con los representantes de las otras plataformas de pacientes, en este Comité, para continuar colaborando y aportando nuestras ideas. Estamos seguros que la futura ley se aprobará y nos permitirá reunirnos, pues es evidente, que un Comité Consultivo que no fuese a reunirse, y escuchar nuestra voz, no tendría ningún resultado si estamos pensando en cambios y evolución.		Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Me permito traer una metáfora y compartirla con Usted, querida ministra: “Sin cambios… no hay mariposas” Seguiremos aportando nuestra visión y nuestro apoyo, en la actualidad a través, de la DG de Salud Pública, Calidad e Innovación del ministerio de sanidad.		
Se propone modificar la redacción del numeral Siete del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 67 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: *“El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.* *c) Seis representantes de la Administración local.*	**Foro Español de Pacientes**	**No se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales. *e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.* *f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes ~~y de las organizaciones ciudadanas~~ más representativas en el ámbito estatal."* Justificación En el Anteproyecto de Ley de Equidad, antes mencionado, se da acogida a nuestra propuesta. Nos hubiera agradado mostrar satisfacción por el avance que esto puede suponer, pero no podemos aplaudir la redacción que ahora quiere darse al artículo 67 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, ya que al regular el derecho a la participación de los pacientes en el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial, se les coloca en una posición peor que a sindicatos y empresarios. Éstos tendrán 8 representantes cada uno, en tanto que las asociaciones de pacientes tendrían que compartir otros 8 puestos con asociaciones ciudadanas indeterminadas en su carácter, número y firma de designación. Nos parece que se pone en riesgo el ejercicio de un derecho aún antes de ponerse en funcionamiento. En consecuencia, reclamamos 8 puestos para quienes representamos a los pacientes.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se propone modificar la redacción del numeral Siete del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 67 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: *"El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.* *c) Seis representantes de la Administración local.* *d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.* *e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.* *f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes ~~y de las organizaciones ciudadanas~~ más representativas en el ámbito estatal."* <u>Justificación</u>	**Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)**	**No se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Aunque la nueva redacción del artículo 67 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS supone un avance al reconocer la participación de los pacientes en el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial, tal y como viene reivindicando el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) desde hace tiempo, sorprende que los representantes de los pacientes hayan de compartir su Grupo con otras asociaciones ciudadanas, a diferencia de lo que sucede con Sindicatos y Organizaciones Empresariales, que tienen Grupos propios, a pesar de Sindicatos y Organizaciones de Empresarios no tienen en el sistema sanitario una presencia ni un protagonismo comparable con las Asociaciones de Pacientes. En consecuencia, reclamamos 8 puestos para quienes representamos a los pacientes y **que se garantice que entre ellos figure el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC**), que notoriamente es quien representa a quienes padecen una de las patologías más graves y con mayor impacto personal, familiar, sanitario y social.		
Apelamos a la revisión del artículo 67.2 del Anteproyecto de Ley con objeto de garantizar la participación permanente de las asociaciones de consumidores y usuarios más representativas de ámbito estatal en el citado órgano, interesando que, de entre los ocho miembros representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas, al menos**, se asegure la participación en la norma de dos representantes de las asociaciones de consumidores y usuarios más representativas designados por el Consejo de Consumidores y usuarios.**	**Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA**	**No se acepta**. El propósito de la norma no es establecer las concretas organizaciones que vayan a formar parte, extremo que se establecerá reglamentariamente como indica el propio artículo 67 de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, sino atender la demanda reiterada de abrir la participación en el mismo a las organizaciones de pacientes y de ciudadanos.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Adicionalmente, instamos la incorporación en el precepto que nos ocupa de previsiones que mandaten a las comunidades autónomas a que, en el ámbito de las respectivas competencias que ostentan, integren la participación social en sus sistemas sanitarios públicos, en garantía del derecho de participación consagrado en la CE.		
Apelamos a la **revisión del artículo 67.2 del Anteproyecto de Ley con objeto de garantizar la participación permanente de las asociaciones de consumidores y usuarios más representativas de ámbito estatal en el citado órgano, interesando que, de entre los ocho miembros representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas, al menos, se asegure la participación en la norma de dos representantes de las asociaciones de consumidores y usuarios más representativas designados por el Consejo de Consumidores y usuarios.** Adicionalmente, **instamos la incorporación en el precepto que nos ocupa de previsiones que mandaten a las comunidades autónomas a que, en el ámbito de las respectivas competencias que ostentan, integren la participación social en sus sistemas sanitarios públicos, en garantía del derecho de participación consagrado en la CE.**	**Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)**	**No se acepta**. El propósito de la norma no es establecer las concretas organizaciones que vayan a formar parte, extremo que se establecerá reglamentariamente como indica el propio artículo 67 de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, sino atender la demanda reiterada de abrir la participación en el mismo a las organizaciones de pacientes y de ciudadanos.
Aunque el artículo 67.1 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS) configura tres órganos distintos (el Comité Consultivo, el Foro Abierto de Salud y el Foro Virtual) para la participación social (uno de ellos con vocación de permanencia),	**Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA**	**No se acepta**. Siguiendo las directrices de técnica normativa, el desarrollo reglamentario que regule el Foro Virtual y el Foro Abierto de Salud deben

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
lo cierto es que **apenas aborda el desarrollo de dos de los órganos que contempla y parca respecto del Comité Consultivo.** Más concretamente y, en lo que se refiere al **Foro Virtual**, el artículo referido se limita a señalar en su cuarto apartado que el mismo "*se mantendrá a través de la red informática*", obviando la asignación y regulación de función, composición, funcionamiento y convocatoria alguna que efectivamente asegure una adecuada participación social, y otorgando, por ende, un amplio margen de discrecionalidad para su articulación (estrechamente vinculada a la voluntad o el grado de compromiso político con la participación que concurra en un determinado momento). Análogas circunstancias concurren con respecto al **Foro Abierto de Salud** ya que, si bien el mismo se destina al estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud, exclusivamente se contempla la posibilidad de convocatoria por parte de la persona titular del Ministerio de Sanidad, pudiendo igualmente entenderse que la participación se condiciona a la determinación que en cada momento considere la persona titular del mencionado Ministerio en función de la materia cuyo tratamiento corresponda. En relación a lo anterior, FACUA considera proporcional y adecuado **que la norma aborde una regulación lo suficientemente ambiciosa con respecto a los**		realizarse con posterioridad a la promulgación legislativa y no recogerse en la norma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
citados órganos que asegure la convocatoria, funcionamiento y participación social plural en los mismos, por lo que instamos el desarrollo de los apartados 3 y 4 del artículo 67 del Anteproyecto de Ley a efectos de hacerlo efectivo.		
Pese a que la exposición de motivos de la norma sometida a valoración reconoce que en la participación ciudadana la contribución para la mejora de la salud de las personas, la reducción de las desigualdades sociales, el enriquecimiento del contenido de las políticas públicas y la legitimación de la toma de decisiones en el proceso de elaboración de políticas sanitarias, lo cierto es que la redacción del artículo 67 cuya incorporación se pretende en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, presenta importantes carencias que pueden poner seriamente en cuestión la necesaria y adecuada participación a la que se aspira. Tal es así que, aunque el citado precepto (en su apartado primero) configura tres órganos distintos (el Comité Consultivo, el Foro Abierto de Salud y el Foro Virtual) para la participación social (uno de ellos con vocación de permanencia), lo cierto es que **apenas aborda el desarrollo de dos de los órganos que contempla y parca respecto del Comité Consultivo.** Más concretamente y, en lo que se refiere al Foro Virtual, el artículo referido se limita a señalar en su cuarto apartado que el mismo "*se mantendrá a través de la red informática*", obviando la asignación y regulación de función,	**Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)**	**No se acepta**. Siguiendo las directrices de técnica normativa, el desarrollo reglamentario que regule el Foro Virtual y el Foro Abierto de Salud deben realizarse con posterioridad a la promulgación legislativa y no recogerse en la norma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
composición, funcionamiento y convocatoria alguna que efectivamente asegure una adecuada participación social, y otorgando, por ende, un amplio margen de discrecionalidad para su articulación (estrechamente vinculada a la voluntad o el grado de compromiso político con la participación que concurra en un determinado momento). Análogas circunstancias concurren con respecto al Foro Abierto de Salud ya que, si bien el mismo se destina al estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud, exclusivamente se contempla la posibilidad de convocatoria por parte de la persona titular del Ministerio de Sanidad, pudiendo igualmente entenderse que la participación se condiciona a la determinación que en cada momento considere la persona titular del mencionado Ministerio en función de la materia cuyo tratamiento corresponda. En relación a lo anterior, El Consejo considera proporcional y adecuado que la norma aborde una regulación lo suficientemente ambiciosa con respecto a los citados órganos que asegure la convocatoria, funcionamiento y participación social plural en los mismos, por lo que instamos el desarrollo de los apartados 3 y 4 del artículo 67 del Anteproyecto de Ley a efectos de hacerlo efectivo.		
Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud Página 16, (sobre miembros del Comité Consultivo del SNS), punto f). Propuesta de modificación: Ocho representantes de las organizaciones de pacientes y de	**Asociación Española Contra el Cáncer**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
las organizaciones ciudadanas *cuyo ámbito de trabajo sea la acción en salud*, más representativas en el ámbito estatal. *"El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.* *c) Seis representantes de la Administración local.* *d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.* *e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.* *f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas* ***cuyo ámbito de trabajo sea la acción en salud*** *más representativas en el ámbito estatal."*		participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento. En concreto se incluye lo propuesto por la AECC.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se propone modificar la redacción del numeral Siete del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 67 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.* *(...)* *El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.* *c) Seis representantes de la Administración local.* *d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.* *e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.*	**Fundación Ciudadana Civio**	**No se acepta**. La declaración de conflictos de intereses de los miembros del Comité Consultivo debe regularse por un reglamento de funcionamiento interno y no por el texto de la norma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal. ***Todos los agentes participantes en el Comité Consultivo deben hacer pública una declaración de conflictos de intereses de los últimos cinco años, desglosando las cantidades económicas percibidas en el caso de vínculos de tipo financiero. Dicha declaración se hará pública a través de la página web del Ministerio de Sanidad y será accesible por parte de cualquier ciudadano que desee consultarla en aras de garantizar los principios de interés general y transparencia formulados en la legislación*.** Justificación La Constitución Española de 1978 establece en su artículo 103 la exigencia de que la Administración Pública sirva con objetividad los **intereses generales**, obligación que reconoce a su vez la legislación ordinaria a través de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Dentro de sus actuaciones, los poderes públicos –incluyendo el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y, como órgano dependiente, su Comité Consultivo- han de guiarse por el principio de transparencia, cuya materialización debe resultar compatible con el derecho de participación ciudadana en los asuntos públicos.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En ese sentido, la legislación en materia sanitaria también positiviza el **principio de transparencia** como un principio general de las actuaciones que realicen tanto las Administraciones públicas como aquellas personas jurídicas de carácter privado en el marco de las acciones llevadas a cabo en el ámbito de la salud pública y de la salud colectiva, siguiendo lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Además, el artículo 7 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, obliga a las administraciones sanitarias a garantizar el máximo nivel de transparencia en todos aquellos procesos mediante los que se adopten decisiones relacionadas con los medicamentos y los productos sanitarios. Si bien la modificación del artículo 67 que plantea el Anteproyecto de Ley puede considerarse como un buen punto de partida para **materializar el derecho fundamental de participación en asuntos públicos de gran relevancia, como ocurre en el ámbito sanitario**, la norma resulta incompleta si este mismo precepto no se guía por el principio jurídico de la transparencia como criterio informador del ordenamiento. Ello es debido a que las asociaciones de pacientes, que juegan un papel esencial en el debate público, también mantienen estrechos vínculos con la industria farmacéutica, lo que puede		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
afectar al interés general que debe orientar las actuaciones sanitarias y a la independencia en la labor consultiva a desempeñar en este órgano. En 2016, según datos recabados por la Fundación Ciudadana Civio, las empresas farmacéuticas destinaron 5,9 millones de euros en concepto de patrocinios, servicios o donaciones a más de 390 asociaciones españolas de pacientes (Álvarez del Vayo, 2018). Entre las organizaciones que más financiación recibieron de la industria farmacéuticas en dicho ejercicio cabe destacar el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (365.013 euros), la Coordinadora Estatal de VIH y Sida (164.423 euros), la Asociación Apoyo Positivo (158.310 euros), la Federación Española de Enfermedades Raras (155.016 euros) o la Asociación de Pacientes de Psoriasis y Familiares (153.874 euros), por citar solo algunos ejemplos relevantes (Álvarez del Vayo, 2018). Estas transferencias económicas también se realizan por parte de la industria farmacéutica hacia profesionales sanitarios (Belmonte & Bernardo, 2018), sociedades científicas y médicas (Belmonte, Álvarez del Vayo, Cabo, et al., 2017) y hospitales públicos (Belmonte, Álvarez del Vayo, & Díaz Poblete, 2017). Los vínculos económicos entre las asociaciones de pacientes y la industria farmacéutica no se producen de manera exclusiva en España. Una reciente revisión sistemática publicada en *British Medical Journal* en 2020 destacó que la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
financiación de las entidades por parte de las empresas farmacéuticas es algo común, con una prevalencia que oscila entre el 20 y el 83% (Fabbri et al., 2020). El trabajo también señaló que los grupos de pacientes financiados por la industria privada suelen mantener posiciones más favorables al patrocinador (Fabbri et al., 2020). Es decir, estas relaciones económicas pueden **plantear conflictos de intereses evidentes**, que no siempre se divulgan de manera adecuada ni completa (McCoy et al., 2017) y que terminan convirtiendo a las asociaciones de pacientes, según otro análisis, centrado en Reino Unido y publicado en *British Medical Journal* en 2019, en grupos "aparentemente independientes" que "promueven nuevos medicamentos, a menudo con perfiles clínicos, precios o coste-efectividad problemáticos" (Ozieranski, Rickard, & Mulinari, 2019). Con el objetivo de minimizar cualquier riesgo de sesgo en los juicios y las opiniones emitidas en el Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, la Fundación Ciudadana Civio considera imprescindible que el conjunto de agentes participantes en dicho órgano, incluidas las mencionadas asociaciones de pacientes, **publiquen sus declaraciones de conflictos de intereses, incluyendo los vínculos económicos que puedan tener con las empresas farmacéuticas, desglosando asimismo las cantidades económicas recibidas en los últimos cinco años.** Solo así será posible compatibilizar el derecho a participar en asuntos públicos dentro del ámbito sanitario con el principio de interés general, reduciendo el riesgo de que intereses particulares y privados puedan afectar de		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
manera negativa a las actuaciones realizadas en este ámbito de gran trascendencia.		
Se propone modificar la redacción del numeral Siete del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 67 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.* *1. La participación social en el Sistema Nacional de Salud se ejercerá a través de:* *a) El Comité Consultivo.* *b) El Foro Abierto de Salud.* *c) El Foro Virtual.* *2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, ~~así como~~ y especialmente de las organizaciones de pacientes y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán la de informar, asesorar y formular propuestas sobre*	**Federación de Asociaciones de Celiacos de España (FACE)**	**No se acepta**. Todos los participantes tienen el mismo nivel representativo y se mantiene un equilibrio en las magnitudes de la representación.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, sobre: *1.º Los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico.* *2.º Los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta.* *3.º Las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario.* *4.º Los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política del personal del Sistema Nacional de Salud.* *5.º Cuantas otras materias le atribuya el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.* *El Comité Consultivo recibirá los anteproyectos de ley y los proyectos de disposiciones generales en materia sanitaria elaborados por la Administración General del Estado, así como los informes anuales sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, los análisis y estudios que se elaboren sobre las prestaciones a las cuales se refiere el capítulo I de esta ley y se remitan al Consejo Interterritorial ; asimismo, por iniciativa propia o del Consejo Interterritorial,*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
formulará propuestas de cuantas medidas estime oportunas acerca de la política sanitaria. *El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno.* *Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.* *c) Seis representantes de la Administración local.* *d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.* *e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.* *f) ~~Ocho~~ **Doce** representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal.* *3. El Foro Abierto de Salud se constituirá, con carácter temporal, a convocatoria de la persona titular del Ministerio de Sanidad, para el estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud. En él podrán*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
participar las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones que en cada momento se determine según la materia a tratar. *4. El Foro Virtual se mantendrá a través de la red informática."* <u>Justificación</u> Las modificaciones realizadas en este artículo modifican el número de vocalías del Comité Consultivo destinadas a incrementar la representación de organizaciones especializadas en el objeto del órgano, sin causar un prejuicio a las organizaciones generalistas -sindicatos y organizaciones empresariales.		
Se propone modificar la redacción del numeral Siete del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 67 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así: *"Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.* *1. La participación social en el Sistema Nacional de Salud se ejercerá a través de:* *a) El Comité Consultivo.*	**Asociación Juvenil FACE-Joven**	**No se acepta**. Todos los participantes tienen el mismo nivel representativo y se mantiene un equilibrio en las magnitudes de la representación.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
b) El Foro Abierto de Salud. *c) El Foro Virtual.* *2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, ~~así como~~ y especialmente de las organizaciones de pacientes y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán la de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, sobre:* *1.º Los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico.* *2.º Los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta.* *3.º Las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario.* *4.º Los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política del personal del Sistema Nacional de Salud.*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
5.º Cuantas otras materias le atribuya el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *El Comité Consultivo recibirá los anteproyectos de ley y los proyectos de disposiciones generales en materia sanitaria elaborados por la Administración General del Estado, así como los informes anuales sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, los análisis y estudios que se elaboren sobre las prestaciones a las cuales se refiere el capítulo I de esta ley y se remitan al Consejo Interterritorial ; asimismo, por iniciativa propia o del Consejo Interterritorial, formulará propuestas de cuantas medidas estime oportunas acerca de la política sanitaria.* *El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno.* *Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.* *c) Seis representantes de la Administración local.* *d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal. *f) ~~Ocho~~ **Doce** representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal.* *3. El Foro Abierto de Salud se constituirá, con carácter temporal, a convocatoria de la persona titular del Ministerio de Sanidad, para el estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud. En él podrán participar las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones que en cada momento se determine según la materia a tratar.* *4. El Foro Virtual se mantendrá a través de la red informática."* Justificación Las modificaciones realizadas en este artículo modifican el número de vocalías del Comité Consultivo destinadas a incrementar la representación de organizaciones especializadas en el objeto del órgano, sin causar un prejuicio a las organizaciones generalistas -sindicatos y organizaciones empresariales.		
El artículo 67 queda redactado de la siguiente forma: *"Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.*	**Sindicato de Enfermería (SATSE)**	**No se acepta**. El propósito de la norma no es establecer las concretas organizaciones que vayan a formar parte, extremo que se establecerá

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
(...) *2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán la de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, sobre:* *1.º Los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico.* *2.º Los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta.* *3.º Las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario.* *4.º Los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política del personal del Sistema Nacional de Salud.* *5.º Cuantas otras materias le atribuya el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.*		reglamentariamente como indica el propio artículo 67 de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, sino atender la demanda reiterada de abrir la participación en el mismo a las organizaciones de pacientes y de ciudadanos.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El Comité Consultivo recibirá los anteproyectos de ley y los proyectos de disposiciones generales en materia sanitaria elaborados por la Administración General del Estado, así como los informes anuales sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, los análisis y estudios que se elaboren sobre las prestaciones a las cuales se refiere el capítulo I de esta ley y se remitan al Consejo Interterritorial ; asimismo, por iniciativa propia o del Consejo Interterritorial, formulará propuestas de cuantas medidas estime oportunas acerca de la política sanitaria. *El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve representantes de las comunidades autónomas. c) Seis representantes de la Administración local.* *d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.* *e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal." Entendemos pertinente que del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud (SNS) también formen parte las organizaciones sindicales mayoritarias, que son las que representan realmente a la globalidad de los profesionales sanitarios del SNS, representación que se renueva cada cuatro años a través de las pertinentes elecciones sindicales. El SNS es un ámbito muy específico y complejo que está ligado al Consejo Interterritorial de Salud, en el que se valoran y formulan propuestas acerca de política sanitaria, por lo que en nuestra opinión no se puede prescindir de esta representación personificada en los principales sindicatos del SNS los cuales van a aportar una visión profesional de los temas a tratar. Por lo tanto, sugerimos que **entre los 8 representantes de las organizaciones sindicales se incluya a todas aquellas organizaciones sindicales que formen parte del Foro Marco para el Diálogo Social**, al ser este un órgano dependiente de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, la cual a su vez está vinculada al Consejo Interterritorial.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se propone la modificación del art. 67 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de la Salud, de forma que se integre en el Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud a una representación de las organizaciones colegiales del ámbito de la salud, y entre ellas, a la organización colegial podológica. En relación al art. 67 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Este artículo regula el Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud, que tiene entre sus funciones la de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, sobre: 1. Los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico. 2. Los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta. 3. Las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario.	**Consejo General de Colegios de Podólogos de España**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
4. Los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política del personal del Sistema Nacional de Salud. El Comité Consultivo recibirá los anteproyectos de ley y los proyectos de disposiciones generales en materia sanitaria elaborados por la Administración General del Estado, así como los informes anuales sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, los análisis y estudios que se elaboren sobre las prestaciones a las cuales se refiere el capítulo I de esta ley y se remitan al Consejo Interterritorial; asimismo, por iniciativa propia o del Consejo Interterritorial, formulará propuestas de cuantas medidas estime oportunas acerca de la política sanitaria. Sin embargo, **en su composición no se cuenta con los consejos y colegios profesionales**, ya que a través del mismo se establece que se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes y ciudadanas más representativas en dicho nivel.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Por otra parte, no se puede obviar que, entre las funciones de los colegios, conforme al art. 5.d., de la Ley de Colegios Profesionales, está el participar en los consejos y organismos consultivos de la administración. Por ello, y sin perjuicio de la participación en otros consejos y organismos consultivos que tenga establecida la administración, en atención al objeto del Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud, debería lograrse la participación de los consejos y colegios profesionales del ámbito sanitario, en cuanto que conocedores directos de las necesidades sanitarias de la población, de las características específicas de cada una de sus profesiones, y de la posibilidad real de poder aplicar aquellas medidas que desde el Consejo se quieran proponer a los órganos de la administración.		
Otro de los aspectos susceptibles de revisión sería la nueva redacción del artículo 67 de la Ley 16/2003, pues, aunque este regula el derecho a la participación de los pacientes en el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial, no lo hace en condición de igualdad con respecto a las organizaciones empresariales y sindicales. Mientras que estas contarán con 8 representantes respectivamente, las organizaciones de pacientes deberán compartir 8 representantes con organizaciones ciudadanas indeterminadas en su carácter, número y forma de designación.	**Cariotipo Lobby & Comunicación**	**No se acepta.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Por otra parte, consideramos que la modificación de la Ley 16/2003 debería incluir un artículo que regule los mecanismos del Sistema Nacional de Salud para ofrecer campañas formativas dirigidas a las organizaciones de pacientes que permitan a estas una participación efectiva y notable en el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del SNS.		personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.
En relación a esta Ley se introduce una modificación puntual en el artículo 67 para incorporar en el Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud 8 representantes, los mismos que los previstos para organizaciones sindicales y empresariales, en representación de "organizaciones de pacientes y organizaciones ciudadanas más representativas". Sobre este punto hay que evidenciar la ambigüedad y poca concreción de este sector de participación, siendo aconsejable definir un poco más qué se entiende por organizaciones ciudadanas y no posponer su definición al posterior desarrollo reglamentario.	**Consejería de Salud de la Región de Murcia**	**No se acepta**. El propósito de la norma no es establecer las concretas organizaciones que vayan a formar parte, extremo que se establecerá reglamentariamente como indica el propio artículo 67 de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, sino atender la demanda reiterada de abrir la participación en el mismo a las organizaciones de pacientes y de ciudadanos. En el mismo sentido, el artículo tampoco establece las organizaciones empresariales o sindicales que lo componen.
Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.	**CCOO**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
De acuerdo en que se haga posible la representación ciudadana en las estrategias de salud propuestas por la Administración y en sus órganos de participación. El Comité Consultivo es un órgano de participación de agentes sociales, con 30 miembros en total. Con la nueva disposición se pasaría a 48 titulares, una cifra claramente poco operativa. Se necesita una definición más explícita de este tipo de organizaciones, se incluye a organizaciones de pacientes y de ciudadanos, con lo que puede llegar a suponer esto, especialmente por la posibilidad de entrada en este consejo de organizaciones financiadas por el sector privado. Parece más lógico crear un Comité, o similar, de carácter civil que permita escuchar y participar a las organizaciones de pacientes y otras asociaciones ciudadanas, sin diluir la participación del Consejo de Participación regulado en este artículo. Entendemos que si bien resulta conveniente la participación de la ciudadanía, a fin de evitar que el Comité Consultivo actualmente formado, pase de 30 a 48 miembros, haciendo poco operativo su funcionamiento, proponemos que el actual Foro Abierto de Salud, se transforme en un foro,		participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
no de carácter temporal, sino de carácter permanente y en el que participe la sociedad civil, en concreto, las organizaciones u asociaciones de pacientes y de ciudadanos, si bien, deberá establecerse reglamentariamente qué condiciones deben cumplir dichas organizaciones u asociaciones para formar parte de dicho Foro.		
Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud. El RD 16/2003 establecía el marco del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, y en él se mantenía el espíritu tripartito de la LGSS, en que están la Administración Publica y los agentes sociales más representativos. La condición de sindicatos más representativos según el Artículo Sexto de la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical, que dice: *1. La mayor representatividad sindical reconocida a determinados sindicatos les confiere una singular posición jurídica a efectos, tanto de participación institucional como de acción sindical.* *2. Tendrán la consideración de sindicatos más representativos a nivel estatal:* *a) Los que acrediten una especial audiencia, expresada en la obtención, en dicho ámbito del 10 por 100 o más del total de delegados de personal de los miembros*	**UGT**	**Se acepta con una redacción alternativa**. Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de los comités de empresa y de los correspondientes órganos de las Administraciones públicas. *b) Los sindicatos o entes sindicales, afiliados, federados o confederados a una organización sindical de ámbito estatal que tenga la consideración de más representativa de acuerdo con lo previsto en la letra a).* *3. Las organizaciones que tengan la consideración de sindicato más representativo según el número anterior, gozarán de capacidad representativa a todos los niveles territoriales y funcionales para:* *a) Ostentar representación institucional ante las Administraciones públicas u otras entidades y organismos de carácter estatal o de Comunidad Autónoma que la tenga prevista.* *b) La negociación colectiva, en los términos previstos en el Estatuto de los Trabajadores.* *c) Participar como interlocutores en la determinación de las condiciones de trabajo en las Administraciones públicas a través de los oportunos procedimientos de consulta o negociación.* *d) Participar en los sistemas no jurisdiccionales de solución de conflictos de trabajo.*		Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
e) Promover elecciones para delegados de personal y comités de empresa y órganos correspondientes de las Administraciones públicas. *f) Obtener cesiones temporales del uso de inmuebles patrimoniales públicos en los términos que se establezcan legalmente.* *g) Cualquier otra función representativa que se establezca.* Nos parece conveniente la participación de la representación ciudadana en las estrategias de salud propuestas por la Administración y en sus órganos de participación. Pero su participación efectiva está en el Foro abierto de salud, el cual es temporal y pueden participar estas asociaciones de pacientes, consumidores, etc., del cual no forman parte los Agentes Sociales. Se podría dar carácter estable a esta Foro, para que pudieran participar las asociaciones de pacientes y demás organizaciones ciudadanas. Respecto a su inclusión en el Comité Consultivo necesitaría de una definición más completa y explicita para este tipo de organizaciones, máxime cuando en estos momentos solo se encuentran los Agentes Sociales y las Administraciones públicas.		
Médicos del Mundo somos una asociación firmemente defensora del derecho a la participación de las y los titulares de derechos en todas las decisiones que	**Médicos del Mundo**	**No se acepta**. El número de representantes tiene una representación equilibrada. De cualquier forma, se

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
afectan a sus vidas. Por este motivo, queremos dar la bienvenida al Comité Consultivo, aunque llama la atención su amplia composición (48 integrantes). Nos preocupa que exista un exceso de representación de las administraciones públicas (18+6), las cuales cuentan con otros cauces y procedimientos para participar en los procesos de definición de políticas públicas sanitarias. Probablemente también se da un exceso de participación agentes económicos, patronal y sindicatos (16), mientras se observa un déficit de representantes de la sociedad civil que, además, agrupa a entidades con orientaciones e intereses diferentes (solo 8 que engloban tanto organizaciones de pacientes como de consumidores/usuarios y ONG especializadas en salud).		traslada que con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.
No se propone ninguna modificación del artículo 67, la Federación Española de Diabetes (FEDE) solicita formar parte del Comité Consultivo del SNS.	**Federación Española de Diabetes (FEDE)**	**No se acepta**. El propósito de la norma no es establecer las concretas organizaciones que vayan a formar parte, extremo que se establecerá reglamentariamente como indica el propio artículo 67 de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
1.- La Federación Española de Diabetes (FEDE) representa los intereses y necesidades del colectivo de pacientes crónicos más prevalente en España. En nuestro país hay cerca de 20 millones de pacientes con enfermedades crónicas, de los que 6.000.000 tienen diabetes. Es decir, que los pacientes con diabetes suponen el 30% del total, una cifra muy alta y por encima de otras patologías tales como VIH, cáncer o Enfermedades neurodegenerativas. **2.- La Federación Española de Diabetes (FEDE) es la única entidad que representa los intereses del colectivo de personas con diabetes en España**, no habiendo otra en el territorio nacional con esta potestad. **3.- La Federación Española de Diabetes (FEDE) no está integrada en ninguna plataforma nacional transversal de pacientes crónicos**, ya que no forma parte ni de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), ni de la Alianza General de Pacientes (AGP) ni del Foro Español de Pacientes (FEP). Por ello, estas entidades no representan, en ningún caso, los intereses de los pacientes con diabetes. **4.- La Federación Española de Diabetes (FEDE) tiene una amplia trayectoria asociativa, avalada por más de 35 años de experiencia** tanto a nivel nacional, como autonómica y local, con un total de 168 organizaciones de pacientes con diabetes repartidas por todo el territorio nacional Esta capilaridad es clave, sobre todo teniendo en cuenta la transferencia de la Sanidad, en muchos ámbitos, a las CC AA. **5.- La Federación Española de Diabetes (FEDE) comparte el objetivo del Ministerio de Sanidad de velar por la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud**. Y es que, a día de hoy, la carga económica de la diabetes corresponde al 8,2% del total del presupuesto sanitario, lo que implica 5.809 millones de euros anuales, de los cuales		*Nacional de Salud*, sino atender la demanda reiterada de abrir la participación en el mismo a las organizaciones de pacientes y de ciudadanos. En el mismo sentido, el artículo tampoco establece las organizaciones empresariales o sindicales que lo componen.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
2.143 millones son debidos a las complicaciones de la enfermedad, muchos de ellos prevenibles, y que contribuiría a mejorar los resultados en salud y evitar las 25.000 muertes prematuras por diabetes que se producen cada año en España.		
El actual artículo 5, apartado segundo, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, garantiza la participación en los servicios públicos de salud de las organizaciones empresariales y sindicales mediante su presencia en el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. ASPE valora positivamente la decisión de incorporar a las asociaciones de pacientes al citado Comité Consultivo, en el que, como decimos, ya participan las organizaciones sindicales y empresariales más representativas. Toda participación enriquece el contenido de las políticas públicas y legitima la toma de decisiones en el proceso de elaboración de las políticas sanitarias. Sin embargo, coincidimos con el legislador en que aún queda margen para ampliar el derecho a la participación ciudadana y empresarial en salud. Por ese motivo, reclamamos, como ya hemos hecho en ocasiones anteriores, que la sanidad privada esté representada directamente, a través de ASPE, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ya que con la composición actual se obvia que la sanidad privada forma parte del SNS y que	**Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)**	**No se acepta**. El propósito de la norma no es establecer las concretas organizaciones que vayan a formar parte, extremo que se establecerá reglamentariamente como indica el propio artículo 67 de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, sino atender la demanda reiterada de abrir la participación en el mismo a las organizaciones de pacientes y de ciudadanos. En el mismo sentido, el artículo tampoco establece las organizaciones empresariales o sindicales que lo componen.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
representa gran parte de los recursos y actividad sanitaria que se realiza en nuestro país. En el ámbito concreto de la sanidad, son muchos los ejemplos de colaboración exitosa entre la Administración, agentes sociales y sociedad civil. Algunos de ellos son el Convenio entre la Organización de Trasplantes y la Alianza de la sanidad Privada Española para la Colaboración Técnica, Científica y Docente en el ámbito de la donación y el trasplante de órganos y tejidos, publicado en el BOE a fecha 20 de febrero de 2019, o, más recientemente, la coordinación para el tratamiento y hospitalización de los enfermos por coronavirus o la administración de las vacunas.		
Ampliar la composición del Consejo Consultivo El Anteproyecto de Ley introduce (Artículo segundo, siete) a representantes de los pacientes y de las organizaciones ciudadanas en el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial. No podemos más que saludar este avance. Desde la Fundación IDIS siempre hemos defendido el dar voz a los pacientes en el sistema.	**Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Con ser importante la participación de los pacientes, nos parece también relevante la participación de los profesionales, principalmente representados por sus sociedades científicas, agrupadas en FACME o a través de las organizaciones representativas. Proponemos la modificación de la composición del Consejo Consultivo del Consejo Interterritorial para incluir en el mismo a: • representación de pacientes • representación de profesionales (fundamentalmente a través de las sociedades científicas) Asimismo, modificar el reglamento de este Consejo Consultivo, de tal manera que sea requerido un informe preceptivo del mismo, no vinculante, para determinadas decisiones de cambio del sistema.		personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.
El segundo, siete cambia el 67 de la LC y modifica la composición del consejo consultivo del SNS incluyendo representación de organizaciones de pacientes y de ciudadanos lo cual parece razonable, aunque debería de asegurarse que no entren en el mismo organizaciones financiadas por el sector privado (aseguramiento, tecnología o empresas farmacéuticas).	**Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)**	**No se acepta**. Establecer una declaración de conflictos de intereses de los miembros y de las organizaciones que la forman debe regularse por el reglamento de funcionamiento interno, que figura en el artículo 67, y no por el contenido de la norma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El artículo segundo, siete, 5º, establece la composición del Comité Consultivo del Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud, y cuando se hace mención a sus miembros se lee: “b) Nueve representantes de las comunidades autónomas”. Conforme al Apartado V. Apéndices, c) Denominaciones oficiales, de las DTN, quizá podría hacerse mención, también, a las “Ciudades con Estatuto de Autonomía”. “*El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve representantes de las comunidades autónomas* ***y las ciudades con Estatuto de Autonomía****.* *c) Seis representantes de la Administración local.* *d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.* *e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.*	**Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación**	**Se acepta**. El Consejo Interterritorial del SNS, del cual el Consejo Consultivo es el órgano mediante el que se hace efectiva la participación social, está constituido por el Ministro de Sanidad y Consumo, y por los Consejeros competentes en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía y, por lo tanto, se modifica la redacción de la letra b) en el apartado segundo del artículo 67 para incluir a las ciudades con Estatuto de Autonomía.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal."		
El artículo 67 queda redactado de la siguiente forma: "*Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.* *1. La participación social en el Sistema Nacional de Salud se ejercerá a través de:* *a) El Comité Consultivo.* *b) El Foro Abierto de Salud.* *c) El Foro Virtual.* *2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional* ***de los colegios profesionales y de*** *las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán la de informar, asesorar y formular propuestas*	**Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP)**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, sobre: *1.º Los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico.* *2.º Los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta.* *3.º Las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario.* *4.º Los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política del personal del Sistema Nacional de Salud.* *5.º Cuantas otras materias le atribuyan el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.* *El Comité Consultivo recibirá los anteproyectos de ley y los proyectos de disposiciones generales en materia sanitaria elaborados por la Administración General del Estado, así como los informes anuales sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, los análisis y estudios que se elaboren sobre las prestaciones a las cuales se refiere el capítulo I de esta ley y se remitan al Consejo Interterritorial ; asimismo, por iniciativa propia o del*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Consejo Interterritorial, formulará propuestas de cuantas medidas estime oportunas acerca de la política sanitaria. *El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:* *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.* *c) Seis representantes de la Administración local.* ***d) Ocho representantes de las profesiones colegiadas españolas del ámbito de la sanidad.*** ***e)** Ocho representantes de las organizaciones empresariales.* ***f)** Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.* ***g)** Ocho representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal.* *3. El Foro Abierto de Salud se constituirá, con carácter temporal, a convocatoria de la persona titular del Ministerio de Sanidad, para el estudio,*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
*debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud. En él podrán participar las organizaciones, **colegios profesionales**, consejos, sociedades o asociaciones que en cada momento se determine según la materia a tratar.* *4. El Foro Virtual se mantendrá a través de la red informática."* Justificación Si se quiere hacer realmente efectiva y útil la participación social en el Sistema Nacional de Salud, resulta lógico e imprescindible que se cuente con aquellos profesionales que desempeñan su labor en el ámbito de la sanidad, pues sus aportaciones resultan necesarias para cumplir con la finalidad que se pretende. Por ello, el Comité Consultivo deberá integrar a los representantes de sus colegios profesionales, e igualmente contemplar su participación en el Foro Abierto de Salud.		
Sorprende, negativamente, la omisión, entre los componentes del Comité Consultivo de una mención a miembros representantes de la Organización Médica Colegial. Los asuntos a tratar en aquel órgano son de capital importancia en el mundo sanitario (Sus funciones, dice el texto normativo propuesto, "serán la de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema	**Organización Médica Colegial de España (OMC) - Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)**	**Se acepta con una redacción alternativa**. Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Nacional de Salud"). En estas cuestiones no puede estar ausente la OMC. En sus Estatutos Generales, Artículo 3.4. se contiene la expresión de su función colaborativa con los poderes públicos en materia de salud[9]. Es insoslayable la presencia de la OMC a través de un número de representantes paralelo a los que aportarán las organizaciones empresariales, sindicales o de pacientes y ciudadanía. 9 *La colaboración con los poderes públicos en la consecución del derecho a la protección de la salud de todos los españoles y la más eficiente, justa y equitativa regulación de la asistencia sanitaria y del ejercicio de la Medicina, así como cuantos corresponde y señala la Ley de Colegios Profesionales.*		permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.
Al apartado séptimo del artículo segundo. "*Modificación de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*". Redacción que se propone: "Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud. *1. La participación social en el Sistema Nacional de Salud se ejercerá a través de:*	**Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
a) El Comité Consultivo. *b) El Foro Abierto de Salud.* *c) El Foro Virtual.* *2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones* ***profesionales,*** *sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes y ciudadanas más representativas en dicho nivel.* *Sus funciones serán la de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, sobre:* *1º. Los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico.* *2º. Los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta.*		personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
3º. Las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario. *4º. Los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política del personal del Sistema Nacional de Salud.* *5º. Cuantas otras materias le atribuya el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.* *El Comité Consultivo recibirá los anteproyectos de ley y los proyectos de disposiciones generales en materia sanitaria elaborados por la Administración General del Estado, así como los informes anuales sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, los análisis y estudios que se elaboren sobre las prestaciones a las cuales se refiere el capítulo I de esta ley y se remitan al Consejo Interterritorial ; asimismo, por iniciativa propia o del Consejo Interterritorial, formulará propuestas de cuantas medidas estime oportunas acerca de la política sanitaria.* *El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente: *a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.* *c) Seis representantes de la Administración local.* *d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.* *e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.* *f) **Ocho representantes de los Consejos Generales de las profesiones sanitarias**.* *g) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal.* *3. El Foro Abierto de Salud se constituirá, con carácter temporal, a convocatoria de la persona titular del Ministerio de Sanidad, para el estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud. En él podrán participar las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones que en cada momento se determine según la materia a tratar.* *4. El Foro Virtual se mantendrá a través de la red informática.*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Justificación El art. 67 de la Ley 16/2003 define las funciones del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, uno de los canales a través de los cuales se ejerce la participación social en el SNS. En concreto, corresponde a este órgano "*informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud*". El Anteproyecto propone, además de aumentar el número de algunos sus integrantes (en concreto, de los pertenecientes a los diferentes niveles de la Administración) incluir dentro de este organismo a las organizaciones de pacientes y organizaciones ciudadanas más representativas del ámbito estatal. Sin perjuicio de esta propuesta, que consideramos completamente pertinente, debemos poner de relieve la imperiosa necesidad existente de incorporar a las organizaciones colegiales de las profesiones sanitarias a este órgano, de forma que se cuente con la perspectiva y experiencia de los profesionales del sector sanitario. En ese sentido, resulta llamativo que mientras que las organizaciones sindicales cuentan con una legítima representación para sus fines, relativos a la promoción de los intereses económicos y sociales de los trabajadores desde una perspectiva laboral (Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical), y relacionados con las funciones del Comité en cuanto a las		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
funciones asesoras respecto a las políticas relativas a las políticas de personal, la representación del personal sanitario desde una perspectiva profesional -no solo en cuanto a su relación laboral con la Administración- no se encuentra reflejada a través del organismo legitimado para expresarla, que es la organización colegial. Debe tenerse en cuenta que los profesionales sanitarios constituyen uno de los principales ejes del SNS, siendo agentes activos a través de los cuales se desarrolla la asistencia sanitaria a los pacientes y uno de los recursos esenciales del Estado, como ha puesto de manifiesto la situación de pandemia vivida en los últimos años. Por ello, dado su esencial papel en el SNS resulta indispensable aprovechar los conocimientos y experiencia que estos profesionales albergan, y de las que son depositarias sus respectivas organizaciones colegiales. De este modo, acudiendo a las funciones que la legislación -y en concreto la Ley de Colegios Profesionales- atribuye a la organización colegial (entre ellas, la ordenación de la profesión), puede constatarse como estas se encuentran conectadas de forma estrecha con las tareas atribuidas al Comité Consultivo. Así, en relación con estas funciones (informar, asesorar y formular propuestas sobre temas específicos que tengan impacto sobre el SNS), cabe destacar, entre		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
otros, los siguientes fines que son propios de la organización colegial según la LCP: ▪ Ordenar la actividad profesional que le concierne, velando especialmente por la ética, la dignidad profesional y los derechos de los destinatarios del servicio (art. 5.i). ▪ Informar los proyectos o disposiciones que se refieran a las condiciones generales de las funciones profesionales concernidas (art. 2.2). ▪ Ostentar, en su ámbito, la representación y defensa de la profesión ante la Administración (art. 5.g). ▪ Colaborar con la Administración a través de la realización de estudios, emisión de informe y otras actividades que les puedan ser solicitadas o que partan de su iniciativa (art. 5.b). ▪ Iniciativas que redunden en beneficio de la protección de los usuarios de los servicios de sus colegiados (art. 5.a). ▪ Tratar de conseguir el mayor nivel de empleo de los colegiados, colaborando con la Administración a tal efecto (art. 9.m) El ejercicio de estas funciones responde, como se señala en las Consideraciones Generales, al mandato que las organizaciones colegiales recibieron por medio del art. 36 de la CE mediante la encomienda no solo de velar por los intereses privados de sus colegiados, sino también la obligación		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de perseguir fines de interés público, entre los que se encuentra la ordenación de la profesión que les compete, así como el deber de velar por la protección de los ciudadanos y sus derechos frente al ejercicio profesional de sus miembros (a este respecto, vid. la STC 84/2014 de 29 de mayo, entre otras muchas anteriores). Esta función tiene un reflejo claro en las profesiones sanitarias, donde la función de la organización colegial persigue que sus funciones redunden en una mayor y mejor protección de la salud de la población. En concreto, este Consejo General tiene entre sus fines la colaboración con las Administraciones de ámbito estatal para promover y facilitar a través de los profesionales farmacéuticos, el más eficiente, justo y equitativo desarrollo de la asistencia sanitaria y, en particular, la farmacéutica, participando para ello, en los diferentes procesos de revisión de los proyectos legislativos que se promueven, para aportar sugerencias que busquen un adecuado ejercicio de la profesión de farmacéutico, en beneficio de la calidad asistencial. Así mismo, el Código de Deontología de la Profesión Farmacéutica (2018), promovido por el Consejo General y aprobado por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, recoge el compromiso de la profesión farmacéutica con los ciudadanos a los cuales presta sus servicios, como un complemento de la normativa sanitaria como garantía de la calidad de atención y el mantenimiento		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de los principios éticos profesionales demandados por la sociedad y que lleva a cabo el profesional con su compromiso de mejora de la salud y la calidad de vida de las personas, animales y medioambiente. Por ello, dada la íntima conexión entre las funciones de la organización colegial y las desarrolladas por el Comité Consultivo, así como la necesidad de incorporar al mismo a la organización que representa a todos los profesionales sanitarios de un mismo ramo con carácter nacional, que es el Consejo General, procede la modificación del art. 1.7 del Anteproyecto, de forma que estas corporaciones queden incorporadas al Comité y se puedan aportar al mismo la experiencia y la visión de los profesionales sanitarios. Ello permitirá que los Consejos Generales, en su condición de representantes oficiales de los profesionales sanitarios, puedan participar en condiciones de igualdad, con las organizaciones de pacientes, sindicales y empresariales, en el diseño y puesta en marcha de las políticas sanitarias.		
Primeramente, se solicita la modificación del punto 2 del artículo 67 ya que, de la participación actual dentro del Comité Consultivo compuesta por las administraciones y los sindicatos y organizaciones empresariales, se amplía a que puedan pertenecer organizaciones de pacientes y de ciudadanía. Lamentablemente, los Consejos de Colegios sanitarios, únicos representantes de las profesiones sanitarias, conocedores de primera mano de los problemas existentes en el Sistema Nacional de Salud y por ello, las organizaciones más	**Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
capacitadas para proponer soluciones siguen sin poder participar. Por lo cual se propone la siguiente **modificación del artículo 67.2**: *"2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes y ciudadanas más representativas en dicho nivel* ***y los Consejos de los Colegios de las profesiones sanitarias más representativas****".* Así mismo, en consecuencia con la anterior propuesta de modificación, se solicita también la **modificación del último párrafo del artículo 67.2**: *"El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:*		en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
*a) Nueve **Seis** representantes de la Administración General del Estado.* *b) Nueve **Seis** representantes de las comunidades autónomas.* *c) Seis **Cuatro** representantes de la Administración local.* *d) Ocho **Cuatro** representantes de las organizaciones empresariales.* *e) Ocho **Cuatro** representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.* *f) Ocho **Cuatro** representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal.* ***g) Cuatro representantes de los Consejos de Colegios de las profesiones sanitarias más representativas".***		
Nueva redacción del artículo 67. Insistimos en que el sector de la Ortopedia debe estar representado en el Comité Consultivo dentro de los ocho representantes de las organizaciones empresariales contemplados en la letra d).	**Federación Española de Ortesistas Protesistas (FEDOP)**	**No se acepta**. El propósito de la norma no es establecer las concretas organizaciones que vayan a formar parte, extremo que se establecerá reglamentariamente como indica el propio artículo 67 de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, sino atender la demanda reiterada

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		de abrir la participación en el mismo a las organizaciones de pacientes y de ciudadanos.
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.	**Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En la modificación del art.67 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (pág. 15), se propone corregir la siguiente errata: *"2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, (…) Sus funciones serán ~~la~~ [las] de informar, asesorar y formular propuestas (…)"*	**Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**	**Se acepta**. .
En relación con la modificación del artículo 67, sobre el Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud, la plataforma CH2025 quiere enfatizar la necesidad de participación, **inclusión e implicación del mayor número los actores que forman parte del ecosistema sanitario**. En este sentido, la plataforma considera que el Comité Consultivo debería considerar la participación de un mayor número y multidisciplinariedad de representantes, más allá de organizaciones de pacientes y ciudadanas. Así, **la plataforma CH2025 recomienda que este Comité cuente también con asociaciones comunes de varios estamentos y representantes de organizaciones de profesionales sanitarios, colegios profesionales y sociedades científicas**. Asimismo, la plataforma CH2025 enfatiza la necesidad de que la elección y participación de los representantes en los órganos del Consejo de Participación	**Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025)**	**Se acepta con una redacción alternativa**. Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Social se realice de forma transparente, haciendo públicos los criterios y bases que se utilizaran en tal proceso de designación de miembros. Por ello, la plataforma CH2025 anima al Consejo a **tomar en consideración la recomendación de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) sobre los principios de buenas prácticas para procesos deliberativos para la toma de decisiones públicas.** Por último, reconociendo la agilidad en la toma de decisiones y búsqueda de consensos en materia sanitaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano permanente de coordinación entre los Servicios Autonómicos de Salud y la Administración General del Estado, la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025), como actor multisectorial y con alto grado de representatividad (entre sus miembros se encuentran organizaciones, asociaciones de pacientes, consejos generales e industria) pone de relieve su **disposición y voluntad de participación y colaboración con los órganos que configuran el Consejo de Participación Social**. Eso es, **el Comité Consultivo, el Foro Abierto de Salud en todas aquellas cuestiones que afecten o puedan afectar a la cronicidad y el Foro Virtual.**		Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento. Cabe destacar que el propósito de la norma no es establecer las organizaciones concretas que vayan a formar parte, extremo que se establecerá reglamentariamente como indica el propio artículo 67 de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, sino atender la demanda reiterada de abrir la participación en el mismo a las organizaciones de pacientes y de ciudadanos.
Foro Abierto de Salud	**Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)**	**Se acepta con una redacción alternativa.** El artículo 67 establece que el Foro Abierto de Salud es convocado por la persona titular del Ministerio de Sanidad, lo que permite abordar más ágilmente

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Desde la POP consideramos que el Foro Abierto de Salud previsto en el apartado 3 del artículo 67 de la Ley de Cohesión debería depender directamente de la Secretaría de Estado de Sanidad, para que puedan abordarse todas las temáticas necesarias de manera trasversal.		asuntos específicos, y estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad.
Participación de los pacientes Como comentábamos en la introducción de este documento creemos que es el momento de formalizar la participación de los pacientes como receptores de las políticas y estrategias sanitarias que se acuerden y trabajen en el seno del ministerio de sanidad. En este sentido, en la actual Ley de Cohesión, vemos diferentes artículos donde se debería incluir expresamente a las organizaciones de pacientes: - Elaboración de las iniciativas sectoriales de investigación donde se comenta la posibilidad de contar con organizaciones del ámbito de la salud pero no se especifica asociaciones de pacientes (**art. 45**) - Elaboración de un sistema de información sanitaria que utilizarían las comunidades autónomas y que debería contener información sobre las	**Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)**	**Se acepta con una redacción alternativa.** Con objeto de disponer de un órgano de asesoramiento de mayor alcance se reformula la propuesta de inclusión de participación ciudadana y profesional, de tal forma que se establece el Foro Abierto de Salud como el órgano mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación ciudadana y profesional en el SNS y se ejerce la participación institucional de las organizaciones colegiales, sociedades científicas y las organizaciones o asociaciones de pacientes, de personas con discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel. Sus funciones serán asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS. Se desarrolla la composición del mismo y otras cuestiones relevantes para su adecuado funcionamiento.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
distintas organizaciones de pacientes existentes. Aquí sí se especifica y debería mantenerse. (**art. 53**) - Comité Consultivo del Consejo Interterritorial (**art. 67.2**). Aquí se han incorporado las organizaciones de pacientes. Sin embargo también se nombra otro tipo de organizaciones, sin especificar qué tipo ni cuántas serán de pacientes y cuántas serán de otro tipo. Creemos necesario que se garanticen 8 organizaciones de pacientes dentro del Comité, y si es necesario incorporar otro epígrafe que articule la participación de esa otra tipología de entidades. - Creación de Redes de Conocimiento para difundir el conocimiento científico en la sociedad en las que expresamente se prevé la participación del tercer sector (asociaciones, fundaciones….). (**art. 68**)		
Artículo tercero. *Modificación del 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.*		
Se simplifica enormemente el trámite administrativo.	**CCOO**	**Se acepta**. Se modifica la MAIN en el sentido de que con la nueva redacción del APL se reducen los trámites administrativos a los españoles residentes en el exterior porque no se requiere, entre las condiciones para acceder a la asistencia sanitaria en España, el que

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		las disposiciones en materia de Seguridad Social del Estado de referencia no cubran la asistencia sanitaria en el extranjero. La Resolución de 25 de febrero de 2008 (BOE núm. 53 de 1 de marzo de 2008), conjunta de la Dirección General de Emigración y de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por la que se regula el procedimiento para acceder a la asistencia sanitaria en los españoles trabajadores por cuenta ajena que residen en el exterior exige para su tramitación un "*certificado emitido por la institución de Seguridad Social competente en el país de procedencia acreditativo de que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria*". También, de acuerdo al procedimiento establecido en la Resolución de 25 de febrero de 2008, es necesario un: "*Informe de la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales o de la Sección Laboral y de Asuntos Sociales o, en su defecto, de los Consulados o Secciones consulares de las Embajadas en el país de procedencia, relativo a la legislación vigente en el mismo respecto de la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria y su incidencia en la situación del interesado*."

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Se trata de un certificado que no es fácil de obtener ya que las instituciones de la Seguridad Social de otros países no están obligadas a emitir ningún tipo de certificado a España, no están obligadas a seguir las instrucciones de una administración extranjera. Y hay países, como Canadá, en los que sus sistemas sanitarios proporcionan ayudas, pero muy limitadas, a sus residentes cuando necesitan asistencia sanitaria en el extranjero. Ayudas que no coincide ni técnica ni jurídicamente con el concepto de "exportación del derecho" de la prestación sanitaria pero que suponen una pequeña compensación económica por los gastos sanitarios contraídos en otros países. Y es por esta razón, que las provincias canadienses, gestoras de la asistencia sanitaria en ese país, no emiten los certificados de no exportación del derecho.
Respecto de la modificación del artículo 26 del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, damos por reproducidos y nos remitimos a las consideraciones efectuadas respecto de la propuesta de modificación del artículo 3, apartado 2, letra d) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS.	**Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia**	**Se acepta parcialmente.** El segundo párrafo del apartado primero del artículo tres de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* ya establece que: "*Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas." Sin embargo, la lectura del artículo 3.2.d puede dar lugar a interpretar que es un derecho aplicable a todos los españoles de origen residentes en el exterior, cuando no lo es en el caso de los españoles que pudiesen exportar ese derecho desde sus países de residencia. Según las sentencias del Tribunal Constitucional [Sentencia del Tribunal Constitucional nº 31/2010, de 28 de junio (cuestión de inconstitucionalidad nº 8045/2006) y Sentencia del Tribunal Constitucional nº 90/2009, de 20 de abril (cuestión de inconstitucionalidad nº 5234/2002)] y del Tribunal Supremo [Sentencia del Tribunal Supremo nº 1748/2012, de 23 de febrero de 2012 (recurso nº 603/2008)], las exposiciones de motivos y los

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		preámbulos de las leyes y los reales decretos carecen de valor normativo pero sí tienen valor interpretativo. Se modifica, por tanto, el texto de la **exposición de motivos** añadiendo lo siguiente (negrita): *"En el artículo segundo se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud con varios objetivos de gran calado, siendo estos:* *A) En relación al acceso universal al SNS, persigue ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares que les acompañen**, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura, dado que el apartado segundo del artículo***

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		tercero de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud desarrolla los supuestos contemplados en el apartado primero. Así como *garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. Adicionalmente incluye, dentro de los supuestos que permiten ser titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación*". Hay que tener en cuenta que, en lo referente a la ampliación de derechos que se propone, que actualmente está contemplado este derecho, pero solo para los españoles de origen, trabajadores o pensionistas, residentes en el exterior, y para los familiares que les acompañaran, según establece la actual redacción del artículo 26 del *Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		españoles residentes en el exterior y retornados. La norma amplía el número de españoles beneficiarios de este derecho a los españoles de origen que residen en el extranjero, pero no trabajan, en sus desplazamientos temporales a nuestro país, por lo que se considera que es un volumen de población muy escaso y durante periodos temporales limitados. Además, el reconocimiento de este derecho no conlleva necesariamente que vayan a precisar de una asistencia sanitaria en España, ya que se trata de estancias temporales que coinciden con sus periodos de estancia en España.
La nueva redacción del Artículo 26 del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, sobre asistencia sanitaria para españoles de origen desplazados temporalmente al territorio nacional y para los familiares que les acompañen, emplea una mención sumamente genérica cuando dice que su derecho a la atención sanitaria se sujetará a "los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria". A nada compromete esta mención y se echa de menos la descripción que contiene ahora este Artículo, aún vigente, sobre entidades y organismos intervinientes en este asunto, así como sus connotaciones económicas.	**Organización Médica Colegial de España (OMC) - Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)**	**No se acepta**. La redacción del artículo 26 del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero es del mismo tenor que la de otras normas que hacen referencia a la legislación vigente sanitaria, como es la del artículo 12 de la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*: *"Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria.*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria". La asistencia sanitaria para los españoles de origen residentes en el exterior y para los familiares que les acompañen en sus desplazamientos temporales a España se recoge en el artículo 3.2.d de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* en la redacción dada por esta norma.
Artículo cuarto. *Modificación del 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*		
El articulo cuatro modifica el RD 1506/2012 para excluir de copago ortoprotésico a los grupos que lo están en el caso de la prestación farmacéutica y evidentemente mejora la situación actual.	**Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)**	**No se proponen cambios**.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La aportación de los usuarios a la prestación ortoprotésica vuelve a quedar enmarcada en el Anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, dentro de la cartera de servicios comunes del SNS. Este Anteproyecto ya retorna este tipo de prestación a la cartera común de servicios del SNS, entendemos que es una reseña clara de las características del copago en estas situaciones. Sin embargo, no existe ninguna nueva propuesta de cambio en los copagos, como había anunciado el Ministerio de Sanidad, farmacéuticos, ortroprótesis o dietoterapias que mejoren los ya establecidos, sobre todo en personas vulnerables.	**CCOO**	**No se acepta**. Es objeto de la norma cambiar los copagos establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma. Sí se homogeneizan los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica. Para ello, se modifica el *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*, por la que se amplía dicha exención a los siguientes colectivos: • f) personas beneficiarias del ingreso mínimo vital; • g) personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%; • h) 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; e i)

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros. En relación a la modificación de la prestación farmacéutica, está previsto que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.*
Artículo cuarto. - Modifica el 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. Las situaciones de copago en estas situaciones quedan reflejadas en este anteproyecto.	**UGT**	**No se proponen cambios.**
1.- Que se contemple en la normativa la posibilidad de adquisición con cargo al Sistema Nacional de Salud, de un producto correspondiente una determinada tipología incluida en el catálogo, que no se encuentre incluido en la Oferta exclusivamente por superar el importe máximo de financiación. En ese caso, **el usuario abonará la diferencia entre el importe máximo de financiación**	**Andalucía Inclusiva** **COCEMFE**	**No se acepta**. La norma homogeneiza los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica. Para ello, se modifica el *Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
correspondiente al tipo de producto y el precio de venta del producto adquirido, además de la aportación que le corresponda, aplicada sobre el importe máximo de financiación de su tipo de producto (de acuerdo con lo previsto en el art. 5.5. del Real Decreto 1506/2012 de 2 de Noviembre) 2.- El nivel de renta debería ser el dato que discrimine para que las tipologías TSI 001, TSI 002 y TSI 003 estén por un lado exentas de copago y por otros exentas de adelantar el importe de los productos. 3- El resto de rentas el adelanto del importe solo se aplicará para compras inferiores a 250 euros 4- Reducción del tiempo de renovación por parte de los responsables de la prestación, en casos debidamente justificados.		*ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica*, por la que se amplía dicha exención a los siguientes colectivos: • f) personas beneficiarias del ingreso mínimo vital; • g) personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%; • h) 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; e i) pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros. El apartado 5 del artículo 5 del *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*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		máximos de financiación en prestación ortoprotésica permite la adquisición un tipo de producto de ortoprótesis externas incluido en cartera de servicios que no se encuentre incluido en la oferta exclusivamente por superar el importe máximo de financiación: "*5. No obstante, si a un usuario le indica el especialista un determinado tipo de producto de ortoprótesis externas incluido en cartera de servicios, podrá adquirir con cargo al Sistema Nacional de Salud un producto correspondiente a dicho tipo que no se encuentre incluido en la Oferta exclusivamente por superar el importe máximo de financiación, si así lo prevé la normativa de la correspondiente comunidad autónoma, INGESA, Instituto Social de la Marina o mutualidad de funcionarios. En ese caso, el usuario abonará la diferencia entre el importe máximo de financiación correspondiente al tipo de producto y el precio de venta del producto adquirido, además de la aportación que le corresponda, aplicada sobre el importe máximo de financiación de su tipo de producto*". En relación al catálogo de productos ortoprotésicos, tanto la Orden SCB/45/2019, de 22 de enero, por la

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		que se modifica el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, se regula el procedimiento de inclusión, alteración y exclusión de la oferta de productos ortoprotésicos y se determinan los coeficientes de corrección como la *Orden SND/44/2022, de 27 de enero, por la que se actualiza, en lo relativo al catálogo común de prótesis externas de miembro superior y miembro inferior, ortoprótesis para agenesias, sillas de ruedas, ortesis y productos para la terapia del linfedema, el Anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, establecen la actualización continua de la oferta, de acuerdo con lo previsto en la *Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud*. Como se indica en el preámbulo de la *Orden SCB/45/2019, de 22 de enero*: "*En el catálogo común*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		se recoge para cada tipo de producto su vida media, que es el tiempo medio de duración en condiciones normales de uso, con la finalidad de garantizar una calidad de los productos que se financien por el Sistema Nacional de Salud. No ha de confundirse con el periodo de renovación, que será establecido por los responsables de prestación ortoprotésica en cada ámbito para todos los productos, excepto para los que sean de uso temporal que no requieren renovación". En el punto 4.2.a) del Anexo I de la *Orden SCB/45/2019, de 22 de enero*, se señala que es responsabilidad de las CCAA, INGESA y mutualidades establecer el procedimiento para evitar que los usuarios tengan que adelantar el importe: "*a) Cada responsable de prestación ortoprotésica determinará el procedimiento de obtención de dicha prestación en su ámbito, así como las condiciones de acceso, de indicación y prescripción, de gestión, de elaboración y de aplicación de su catálogo y, si procede, de préstamo, alquiler, recuperación y reparación de los artículos. Este procedimiento contemplará la posibilidad de que el usuario no tenga que adelantar el importe de los productos cuando se*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		trate de personas con escasos recursos económicos o de productos de elevado importe".
Tras revisar los datos de prescripción ortoprotésica de los años 2019 y 2020, y cruzar los NASI con los TSI de cada paciente, observamos que del total de 60.679 prescripciones, pertenecen a los pacientes exentos con una TSI 001 un total de 3.396 pacientes, lo que supone el 5,5% del total de prescripciones estarían exentas por esta vía. En caso de que el Ministerio quisiera también mantener exentos de pago a aquellas personas con una discapacidad superior al 33%, esto supondría un total de 3.200 personas (5,2% del total). En resumen, la suma de ambos escenarios supondría que el 10,5% de las prescripciones estarían exentas del copago. En cualquier caso, sería exigible al Gobierno de España el incremento presupuestario para hacer frente al gasto que supondría tanto la exención del copago en la ortoprótesis como en el las nuevas inclusiones en cartera de servicios. Recuerdo que las últimas inclusiones en cartera han venido sin incremento presupuestario adicional.	**Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia**	**No se acepta**. No es objetivo de la norma modificar el sistema de financiación autonómica establecido en la *Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias*. Al respecto, el Ministerio de Hacienda ha remitido a todas las comunidades autónomas de régimen común y a las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla un documento para iniciar el debate sobre la reforma de la financiación autonómica, con fecha 3-12-2021, el "INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL CÁLCULO DE LA POBLACIÓN AJUSTADA". El nuevo modelo de financiación autonómica prevé que el peso del gasto sanitario se incremente entre 2 y 7 puntos y de esta manera su incidencia en el reparto pase del 38% actual, al 40 o incluso al 45%. El peso del gasto sanitario en la población ajustada aumentaría respecto al sistema actual y pasaría de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		tener una ponderación del 38% a una entre el 40 y el 45%.
Artículo cuarto. Aportación de usuario. **Abogamos por su eliminación**, dando por reproducida la alegación 8.4. [Nota: referente a la nueva redacción del artículo 8.1 de Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud]	**Federación Española de Ortesistas Protesistas (FEDOP)**	**No se acepta**. Es objeto de la norma establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma. Sí se homogeneizan los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica. Para ello, se modifica el *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*, por la que se amplía dicha exención a los siguientes colectivos: • f) personas beneficiarias del ingreso mínimo vital; • g) personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%;

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		• h) 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; e i) pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.
Artículo quinto. *Modificación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.*		
En la modificación de la redacción del artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, (pág. 17) se propone la siguiente adición: *2. El Fondo de Garantía Asistencial estará destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y **[el INGESA en el caso de las]** ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común de servicios a las personas que son titulares del*	**Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**	**Se acepta**. Mejora técnica. Conforme a lo dispuesto en el apéndice V.c) de la Directrices de técnica normativa, aprobadas por Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de julio de 2005, su denominación oficial es "*las Ciudades de Ceuta y de Melilla*": *2. El Fondo de Garantía Asistencial estará destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y **el INGESA en el caso de las** ciudades de Ceuta y **de** Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales.		*realicen en el marco de la aplicación de la cartera común de servicios a las personas que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales.*
Artículo 3. Fondo de Garantía Asistencial (página 17) Propuesta de modificación: Se propone la adición de un punto 5. El Ministerio de Sanidad evaluará anualmente los resultados de la aplicación de este fondo a efectos de: impacto sobre la movilidad de las personas enfermas que requieran asistencia sanitaria y acceso a centros y unidades de referencia en otra comunidad autónoma diferente a aquella donde residen. El artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, queda redactado en los siguientes términos: *"Artículo 3. Fondo de Garantía Asistencial.* *1. Se crea el Fondo de Garantía Asistencial, con carácter extrapresupuestario, con el objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos entre*	**Asociación Española Contra el Cáncer**	**No se acepta**. La modificación de la redacción del artículo 3 del *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril* es relativa al Fondo de Garantía Asistencial que cubre los desplazamientos entre CCAA y las ciudades de Ceuta y de Melilla de los usuarios del SNS por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria en sus desplazamientos temporales. La atención de los pacientes en un servicio de referencia se financia con cargo a otro fondo, el Fondo de Cohesión Sanitaria previsto en el artículo 4 de la *Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía*, como se indica en el apartado segundo del artículo 28 de garantías de calidad y

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de personas que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud. *2. El Fondo de Garantía Asistencial estará destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común de servicios a las personas que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales.* *3. Con el fin de realizar una adecuada gestión y seguimiento del Fondo de Garantía Asistencial, se procederá a establecer los mecanismos de reconocimiento de estas personas en el sistema de información de tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud.* *4. La determinación de los supuestos, tipos de atención sanitaria e importes a liquidar a cada servicio de salud se establecerá mediante disposición reglamentaria al efecto.* **5. El Ministerio de Sanidad evaluará anualmente los resultados de la aplicación de este fondo a efectos de: impacto sobre la movilidad de las personas enfermas que requieran asistencia sanitaria y acceso a centros y unidades de referencia en otra comunidad autónoma diferente a aquella donde residen***".*		servicios de referencia de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Solicitamos que el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, incluya en su artículo 5 la **modificación del artículo 6 del Real Decreto-ley 16/2012**, de 20 de abril en los siguientes términos: ***"Artículo 6. Medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos.*** *1. Será obligatorio el establecimiento de un servicio de farmacia* ~~***hospitalaria***~~ *propio en:* *a) Todos los hospitales que tengan cien o más camas.* *b) Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos.* *c) Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.* *2. No obstante lo anterior, la consejería responsable en materia de prestación farmacéutica de cada comunidad autónoma podrá establecer acuerdos o convenios con los centros mencionados en el apartado anterior eximiéndoles de dicha exigencia, siempre y cuando dispongan de un depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia* ~~***hospitalaria del hospital***~~ *de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente.*	**Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)**	**No se acepta.** La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR. De cualquier forma se traslada que no está en agenda la modificación planteada.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
3. Asimismo, los centros hospitalarios, los centros de asistencia social que presten asistencia sanitaria específica y los centros psiquiátricos que no cuenten con un servicio de farmacia ~~***hospitalaria***~~ *propio y que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un depósito, que estará vinculado a un servicio de farmacia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio*~~***, en el caso de los hospitales del sector público,***~~ *y a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado."* <u>Justificación</u> Proponemos llevar a cabo una modificación que suprima la limitación que supone la obligatoriedad de establecer un servicio de farmacia hospitalaria en los centros indicados en el artículo. En la actualidad, esta limitación no está en consonancia con la realidad de los centros sociosanitarios en diferentes comunidades autónomas. La desaparición de la vinculación obligatoria a un servicio de farmacia hospitalaria se fundamenta de la siguiente manera: **a) Todos los hospitales que tengan cien o más camas**. En este caso resulta redundante indicarlo, dado que, de conformidad con el artículo 85 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sanitarios, resulta obligatorio que el servicio sea de farmacia hospitalaria, siendo requisito indispensable que estén bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. **b) Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos**. En este caso, el establecimiento de servicios de farmacia distintos a los hospitalarios puede permitir una mejora de la gestión, abriendo nuevas posibilidades tal como ocurre con algunas comunidades autónomas (Cantabria, es un ejemplo de ello). La creación de servicios de farmacia sociosanitarios, dependientes de las estructuras de farmacia de los propios servicios de salud autonómicos, permite una mayor flexibilidad y aprovechamiento de los recursos existentes con el consiguiente ahorro. Entendemos que de esta manera, se puede decidir qué servicio de farmacia puede prestar la mejor asistencia posible, ya sea de atención primaria, hospitalario o de centros socio sanitario, cuya creación ya es una realidad y se plantea en leyes de ordenación farmacéutica (como el anteproyecto de la nueva Ley de Ordenación farmacéutica de la Comunidad de Madrid). De este modo se permite a las comunidades autónomas la elección de cuál es el servicio de farmacia que mejor asistencia puede ofrecer en cada caso, adaptando sus recursos de la manera más eficaz posible. **c) Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.** Por el mismo motivo expuesto en el apartado a), resulta redundante exigir que el servicio de farmacia que se deba establecer sea hospitalario, dado que lo centros psiquiátricos de estas características, son centros hospitalarios, de acuerdo con lo dispuesto en		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.		
Que se incluya expresamente la dispensación de tratamientos para las enfermedades raras y medicamentos huérfanos con cargo al FOGA. <u>Justificación</u> De las temáticas incluidas en el presente anteproyecto de ley, la más relevante desde la óptica de las enfermedades raras es la consistente en fortalecer la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), facilitando la viabilidad de desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA). El FOGA fue creado con el objeto de garantizar la cohesión y la equidad, a través de la compensación a las Comunidades Autónomas (CC.AA.) de las atenciones que sus servicios de salud presten a personas, que gocen de la condición de asegurado o de beneficiario del SNS, en sus desplazamientos temporales, en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la cartera suplementaria.	**Asociación Española de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos (AELMHU)**	**No se acepta**. La modificación de la redacción del artículo 3 del *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril* es relativa al Fondo de Garantía Asistencial que cubre los desplazamientos entre CCAA y las ciudades de Ceuta y de Melilla de los usuarios del SNS por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria en sus desplazamientos temporales. La atención de los pacientes en un servicio de referencia se financia con cargo a otro fondo, el Fondo de Cohesión Sanitaria previsto en el artículo 4 de la *Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía*, como se indica en el apartado segundo del artículo 28 de garantías de calidad y servicios de referencia de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Sin embargo, al no haberse llevado a cabo el desarrollado reglamentario previsto en el artículo 3.4 del Real Decreto-ley 16/2012 el "**Informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Ejercicio 2017**" del Tribunal de Cuentas, sostiene que desde 2013 el Ministerio de Sanidad viene compensando con cargo al FOGA sólo la atención primaria en desplazamientos de corta duración, a través del "FOGA-Atención primaria" y el gasto farmacéutico, a través del "FOGA-Farmacia". En este sentido, **el citado informe aclara que en el supuesto del FOGA-Farmacia, únicamente se están compensando las dispensaciones a través de oficinas de farmacia, quedando excluida la dispensación farmacéutica hospitalaria**. El Tribunal de Cuentas considera que el FOGA no cumple con sus objetivos y en la práctica, solo supone un sistema de compensación parcial de los costes de asistencia sanitaria entre CC.AA., por lo que recomienda que el Ministerio de Sanidad impulse la modificación de la normativa vigente con el fin de articular un mecanismo que, de forma efectiva, contribuya a la igualdad de acceso a la prestación sanitaria en toda España.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Desde AELMHU celebramos que el actual Gobierno considere a las enfermedades raras una prioridad, manifestando en su acuerdo de gobierno su compromiso de "integrar las necesidades de las enfermedades raras en la planificación global de la cobertura universal, garantizando el acceso a diagnóstico y tratamiento de todas las personas, independientemente de dónde vivan y la patología con la que convivan" (punto 2.2.11. del acuerdo). Asimismo, **nos congratulamos por el acuerdo alcanzado por múltiples fuerzas parlamentarias en el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica**, de julio de 2020, en el que se abogaba por "primar el apoyo al desarrollo de productos para necesidades consideradas importantes o mal atendidas (por ejemplo, determinadas enfermedades raras)", en su apartado 52; y por "activar el Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) como mecanismo de compensación de la asistencia sanitaria entre comunidades autónomas, para favorecer la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, así como la libertad de movimientos de los pacientes dentro del Sistema Nacional de Salud" (apartado 61.3). **Consideramos, también, de relevancia todas las actuaciones encaminadas al cumplimiento de los objetivos del Componente 18 del Plan de Recuperación y Resiliencia**, particularmente en lo relativo al refuerzo de la cohesión del sistema y la reducción de desigualdades en el tratamiento de enfermedades raras y de		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
alta complejidad, **así como la aprobación de una Proposición no de Ley en el Pleno del Congreso de los Diputados, en mayo de 2021, en la que las diferentes fuerzas acordaron unánimemente (346 a favor) instar al Gobierno a integrar las necesidades de las enfermedades raras en la planificación global de la cobertura universal de forma efectiva**, garantizando el acceso al diagnóstico y tratamiento de todas las personas, independientemente de la enfermedad que padezcan y de acuerdo a criterios de equidad mediante, el impulso y la actualización de la Estrategia en Enfermedades Raras del SNS y el trabajo conjunto en el marco de la Unión Europea. Por todo ello, dada la importancia de esta política para el Ejecutivo, desde AELMHU nos hemos puesto a disposición del Ministerio de Sanidad con el fin de solucionar conjuntamente las dificultades de acceso a los tratamientos huérfanos que actualmente existe en nuestro país, presentando ante la Dirección General de Cartera Básica y Farmacia del SNS un documento de propuestas para mejorar el acceso y la equidad en España. En este sentido, coincidimos con el Ejecutivo en que la falta de desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) actúa en contra de la equidad en el acceso a todos los pacientes, particularmente aquellos que padecen patologías minoritarias.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Sin embargo, tal y como refiere el propio Tribunal de Cuentas, **el FOGA-Farmacia únicamente está compensando las dispensaciones a través de oficinas de farmacia, quedando excluida la dispensación farmacéutica hospitalaria**, lo que de facto supone la exclusión de los tratamientos de las enfermedades raras y los medicamentos huérfanos de este fondo. Ello es particularmente grave dado que, así como en otras áreas terapéuticas no son tan comunes los traslados entre CC.AA., según los datos que arroja la última actualización del Estudio de situación de Necesidades Sociosanitarias de las Personas con Enfermedades Raras en España (2016-2017), liderado por la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) y el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias (Centro CREER), una de cada cuatro personas afectadas por este tipo de enfermedad afirmaba haber tenido que desplazarse fuera de su Comunidad Autónoma en los dos últimos años para conseguir un diagnóstico. Además, casi la mitad de los encuestados aseguraba tener dificultades para acceder a los productos sanitarios o medicamentos que necesitaba debido a, entre otras, que debía "obtenerse en otro país u otra Comunidad Autónoma".		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Artículo quinto. Modificación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. El artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, queda redactado en los siguientes términos: *"Artículo 3. Fondo de Garantía Asistencial.* *……..* *3. Con el fin de realizar una adecuada gestión y seguimiento del Fondo de Garantía Asistencial, se procederá a establecer los mecanismos de reconocimiento de estas personas en el sistema de información de tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud."* Creemos que la modificación de este artículo es una muy buena oportunidad para incluir una referencia expresa a que la tarjeta sanitaria individual debe ser única e interoperable en todo el territorio nacional, a fin de evitar los problemas que genera el que cada servicio de salud cuente aún con una tarjeta sanitaria con formato y capacidades técnicas diferentes que dificulta el uso de cada	**Sindicato de Enfermería (SATSE)**	**No se acepta.** Ya se dispone de una tarjeta sanitaria individual que se encuentra regulada por el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual. En concreto, en su artículo segundo establece que: "*La tarjeta sanitaria individual emitida por cualquiera de las Administraciones sanitarias competentes será válida en todo el Sistema Nacional de Salud, y permitirá el acceso a los centros y servicios sanitarios del sistema en los términos previstos por la legislación vigente*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
tarjeta en el resto de servicios de salud, obligando a los ciudadanos a realizar gestiones administrativas que deberían ser innecesarias.		
Promoción en la Ley de la interoperabilidad Creemos que para facilitar la movilidad entre comunidades lo más crítico es la interoperabilidad de la información de la historia clínica entre todos los niveles asistenciales con independencia de su titularidad. El Anteproyecto de Ley plantea una reforma del Fondo de Garantía Asistencial, con el fin de asegurar los desplazamientos entre comunidades autónomas. Como no puede ser de otra forma, la propuesta nos parece razonable. Sin embargo, creemos que el principal problema que dificulta la movilidad entre comunidades autónomas no son solo, ni siquiera principalmente, las dificultades financieras, sino de información. De forma gráfica, esta situación fue denunciada por Tomás Castillo, antiguo Presidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, cuando decía (1): *"Los pacientes crónicos vamos cargados cada vez más de medicamentos, porque no nos garantizan el suministro en otra comunidad distinta a la nuestra. O de informes, ya que tampoco se puede compartir la historia clínica"*.	**Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)**	**No se acepta**. El servicio de receta electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud (RESNS) permite la dispensación desde cualquier oficina de farmacia, por medios electrónicos, de la medicación prescrita en otra CCAA. Solo es necesario presentar la tarjeta sanitaria individual, como se indica en la página web del Ministerio de Sanidad de Receta Electrónica del SNS. Asimismo, el Proyecto europeo de interoperabilidad de receta electrónica, en el que algunas CCAA ya están en pruebas, va a permitir a los ciudadanos que un medicamento prescrito en receta electrónica por un profesional sanitario en su país de origen, se lo puedan dispensar en cualquier farmacia de otro país de la Unión Europea. Por otro lado, la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) tiene como finalidad garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente. Se incluye documentación que se encuentre disponible en

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
1 El reto de atender a pacientes crónicos sin mirar su código postal, CincoDías, 19 oct 2017 https://cincodias.elpais.com/cincodias/2017/10/18/companias/1508339430_989761.html (consultado 15 nov 21)		soporte electrónico en cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quien esté autorizado para ello.
En lo que respecta a la modificación del artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (a partir de aquí Real Decreto-Ley 16/2012), consideramos una prioridad que el **Fondo de Garantía Asistencial** compense todos los desplazamientos necesarios que llevan a cabo las personas con enfermedades minoritarias y/o discapacitantes para recibir el tratamiento asistencial y farmacológico necesario, también dentro de la propia comunidad autónoma en la que residen.	**Cariotipo Lobby & Comunicación**	**No se acepta**. La modificación de la redacción del artículo 3 del *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril* es relativo al Fondo de Garantía Asistencial que cubre los desplazamientos entre CCAA y las ciudades de Ceuta y de Melilla de los usuarios del SNS por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria en sus desplazamientos temporales. La atención de los pacientes en un servicio de referencia se financia con cargo a otro fondo, el Fondo de Cohesión Sanitaria previsto en el artículo 4 de la *Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía*, como se indica en el apartado segundo del artículo 28 de garantías de calidad y

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		servicios de referencia de la *Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. En relación a los gastos conexos, concurriendo en dicha calificación los gastos por desplazamiento, manutención y alojamiento para pacientes, y, en su caso, acompañantes, dependen de la normativa que tiene publicada cada C.A. Se contemplan en la disposición adicional cuarta del *Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*: "*La atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurran en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales*". Con la entrada en vigor de las normativas de las CC.AA. no son de aplicación la Circular 5/1997, de 11 de abril, del INSALUD que adaptaba la Circular 6/1981, de 20 de abril, a las disposiciones contenidas en el mencionado Real Decreto 63/199 y la Nota Circular 27/89 del INSALUD.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El Fondo de Garantía Asistencial se creó en el año 2012 sin llegar a desarrollarse en ningún momento. En el punto 4º en relación a la determinación de los supuestos, los tipos de atención sanitaria e importes a liquidar a cada servicio de salud, se excluyen los criterios previos para liquidar las aportaciones de cada CCAA y, también los criterios para encuadrar en la cartera común de servicios. Especifica que se establecerá mediante disposición reglamentaria al efecto. Volvemos al punto de partida, pendientes de unos nuevos criterios que permitan poner en marcha el Fondo de Garantía Asistencial y liquidar las prestaciones con las CCAA.	**CCOO**	**No se proponen cambios**. La supresión del apartado 5 del artículo 3 del *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, pretende facilitar el consenso necesario para poder efectuar el desarrollo reglamentario que la aplicación de este fondo requiere, tal y como se indica en el apartado 4. El apartado 5 que se suprime con la norma, y que hasta ahora ha impedido establecer un consenso para establecer la fórmula de compensación por desplazamiento de los pacientes en el territorio nacional, dice lo siguiente: *"5. El importe de las cuantías a liquidar vendrá determinado por las siguientes modalidades de desplazamiento:* *a) Desplazamiento de corta duración (inferior a un mes), que se abonarán siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria de atención primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda.*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		b) Desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes), que se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud, con dos posibilidades de aplicación: *1.ª Para la cartera común básica de servicios asistenciales completa.* *2.ª Para la cartera común básica de servicios asistenciales parcial, referida a asistencia en nivel primario o especializado."*
Artículo quinto. - Modifica el Artículo 3 "Fondo de Garantía Asistencial", del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, *de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, nunca se llegó a desarrollar y seguimos pendientes de desarrollo según el punto 4 *"La determinación de los supuestos, tipos de atención sanitaria e importes a liquidar a cada servicio de salud se establecerá mediante disposición reglamentaria al efecto".*	**UGT**	**No se proponen cambios**. La supresión del apartado 5 del artículo 3 del *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, pretende facilitar el consenso necesario para poder efectuar el desarrollo reglamentario que la aplicación de este fondo requiere, tal y como se indica en el apartado 4. El apartado 5 que se suprime con la norma, y que hasta ahora ha impedido establecer un consenso para establecer la fórmula de compensación por

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		desplazamiento de los pacientes en el territorio nacional, dice lo siguiente: *"5. El importe de las cuantías a liquidar vendrá determinado por las siguientes modalidades de desplazamiento:* *a) Desplazamiento de corta duración (inferior a un mes), que se abonarán siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria de atención primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda.* *b) Desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes), que se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud, con dos posibilidades de aplicación:* *1.º Para la cartera común básica de servicios asistenciales completa.* *2.º Para la cartera común básica de servicios asistenciales parcial, referida a asistencia en nivel primario o especializado."*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El artículo quinto de la Ley prevé una modificación del artículo 3º del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Dicho artículo regula el denominado Fondo de Garantía Asistencial (FOGA), respecto al que se introduce es una modificación altamente preocupante. Cabe recordar que en el año 2002 se creó y reguló por primera vez el Fondo de Cohesión Sanitaria, con carácter presupuestario en inicio y después extrapresupuestario, con la finalidad de compensar a las comunidades autónomas por el gasto sanitario generado por los ciudadanos comunitarios residentes o desplazados en nuestro país como consecuencia de la aplicación de los reglamentos comunitarios, así como por la asistencia sanitaria entre comunidades autónomas originadas por supuestos concretos de derivación de pacientes entre comunidades autónomas o por la asistencia sanitaria originada por la aplicación de los usos tutelados así como por la utilización de centros y servicios de referencia. Desde entonces muchas comunidades autónomas, incluida la Región de Murcia, venían reclamando la necesidad de compensar también la asistencia originada por ciudadanos procedentes de otras comunidades en sus desplazamientos temporales.	**Consejería de Salud de la Región de Murcia**	**No se acepta.** La supresión del apartado 5 del artículo 3 del *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, pretende facilitar el consenso necesario para poder efectuar el desarrollo reglamentario que la aplicación de este fondo requiere, tal y como se indica en el apartado 4. El apartado 5 que se suprime con la norma, y que hasta ahora ha impedido establecer un consenso para establecer la fórmula de compensación por desplazamiento de los pacientes en el territorio nacional, dice lo siguiente: *"5. El importe de las cuantías a liquidar vendrá determinado por las siguientes modalidades de desplazamiento:* *a) Desplazamiento de corta duración (inferior a un mes), que se abonarán siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria de atención primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda.*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Pues bien en el año 2012, el citado Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, procedió a la creación del citado Fondo de Asistencia Sanitaria perfilando en su artículo 3.5, aún de forma incompleta y no perfecta, un sistema de compensación de carácter también extrapresupuestario tanto para los desplazamientos de corta como de larga duración, pero que al menos procuraba afrontar los desequilibrios originados por esos desplazamientos temporales no reembolsados. Como bien refleja la MAIN que acompaña al anteproyecto, casi nueve años después de su creación no se ha procedido al desarrollo reglamentario de este Fondo, lo que ha sido puesto en evidencia por el Tribunal de Cuentas, por lo que en la práctica y hasta el momento, solo se ha aplicado la compensación de manera parcial, compensando la asistencia de atención primaria y la prestación farmacéutica dispensada mediante receta oficial en las oficinas de farmacia, sin considerar el tiempo del desplazamiento ni otros tipos de asistencia ni de prestación farmacéutica, como la dispensación de medicamentos en centros sanitarios, pero no la asistencia en atención especializada ni los desplazamientos de larga duración y ello como consecuencia de la falta de consenso entre las Comunidades Autónomas. Pues bien, el anteproyecto de Ley en vez de afrontar la mejora en la regulación de este artículo y, en todo caso, emplearse en impulsar con empeño la		*b) Desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes), que se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud, con dos posibilidades de aplicación:* *1.ª Para la cartera común básica de servicios asistenciales completa.* *2.ª Para la cartera común básica de servicios asistenciales parcial, referida a asistencia en nivel primario o especializado."*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
aprobación de un reglamento de desarrollo, propugna como solución la eliminación de ese apartado 5 del artículo 3 para "retornar a la casilla de salida" y dificultar aún más el consenso entre las Comunidades Autónomas, lo que en la práctica puede originar que este Fondo de Garantía Asistencial quede prácticamente desactivado, salvo en la compensación que se deriva por el gasto a desplazados a través de oficina de farmacia y ello gracias al impulso que durante todos estos últimos años se ha dado a la interoperabilidad para la implantación de la receta electrónica. En definitiva, la falta de consenso no se soluciona eliminando, sin más, la escasa regulación existente sino mejorando la situación actual y dando respuesta a la necesidad de compensar el gasto sanitario que se origina a aquellas Comunidades Autónomas que son especialmente receptoras de pacientes desplazados temporales, por razones turísticas o de trabajo.		
Artículo quinto. Relativo a la modificación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Les observaciones sobre este artículo responden a la información transmitida por los servicios técnicos del Servei Català de la Salut (CatSalut).	**Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Cataluña**	**No se acepta**. Las CCAA tienen transferidas las competencias en materia de sanidad porque la Constitución Española, en su artículo 148.1.21ª, establece que las CCAA podrán asumir competencias en materia de Sanidad e Higiene. De acuerdo con este marco constitucional, todos los Estatutos de Autonomía de las CCAA han asumido competencias

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Los servicios técnicos del CatSalut consideran que con esta regulación se pierde la oportunidad de solucionar definitivamente la problemática de la compensación por la asistencia sanitaria prestada a desplazados; indicando que el modelo debería resolverse estableciendo un único fondo presupuestario dotado por el Ministerio de Sanidad. De acuerdo los servicios técnicos del CatSalut, con cargo a dicho fondo presupuestario debería compensarse toda la actividad prestada a desplazados (sin diferenciar FCS ni FOGA), compensando la totalidad del coste y utilizando como base los datos disponibles en los sistemas de información de registro de la actividad y prestaciones sanitarias existentes en el Sistema Nacional de Salud. No obstante, ante la voluntad de mantener diferenciadas la finalidad del Fondo de cohesión sanitaria (asistencia programada derivada por otra comunidad autónoma) y el Fondo de garantía asistencial (resto de la asistencia sanitaria prestada a desplazados), los Servicios técnicos del CatSalut consideran que ambos fondos deben tener carácter presupuestario (i no carácter extrapresupuestario como indica el Anteproyecto), es decir, con cargo al presupuesto del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y no con cargo a los presupuestos autonómicos de los servicios de salud, por lo que se propone la siguiente modificación:		en materia de sanidad e higiene, al amparo del artículo 148.1.21ª de la Constitución Asimismo, la Constitución Española atribuye al Estado, en su artículo 149.1.16.ª, la competencia exclusiva sobre sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos. Corresponde, por tanto, a cada CCAA asumir el gasto de los ciudadanos adscritos a su servicio de salud. El sistema de financiación autonómica fue establecido por la *Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias*. Al respecto, el Ministerio de Hacienda ha remitido a todas las comunidades autónomas de régimen común y a las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla un documento para iniciar el debate sobre la reforma de la financiación autonómica, con fecha 3-12-2021, el "INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL CÁLCULO DE LA POBLACIÓN AJUSTADA".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"Artículo 3. Fondo de Garantía Asistencial: *1. Se crea el Fondo de Garantía Asistencial, con carácter* ~~*extra*~~*presupuestario, con el objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de personas que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud."*		El nuevo modelo de financiación autonómica prevé que el peso del gasto sanitario se incremente entre 2 y 7 puntos y de esta manera su incidencia en el reparto pase del 38% actual, al 40 o incluso al 45%. El peso del gasto sanitario en la población ajustada aumentaría respecto al sistema actual y pasaría de tener una ponderación del 38% a una entre el 40 y el 45%.
Por lo que respecta a los servicios sanitarios cubiertos por el Fondo de Garantía Asistencial, los servicios técnicos del CatSalut están de acuerdo en que el citado fondo se destine a la compensación entre las comunidades autónomas por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común de servicios a las personas que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto, si hasta ahora el Fondo de garantía asistencial sólo cubría los servicios de atención primaria y las recetas médicas, con el nuevo redactado se da cabida a la totalidad de servicios sanitarios prestados (urgencias hospitalarias, GRD no incluidos en el Fondo de cohesión sanitaria, medicación hospitalaria, etc.) que requieran los titulares del derecho a la asistencia del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, los servicios técnicos del CatSalut opinan que el redactado del Anteproyecto no tiene en consideración la problemática de la asistencia	**Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Cataluña**	**No se acepta.** La financiación de la atención a pacientes que se desplazan a otra comunidad autónoma por razones de proximidad requiere de un desarrollo normativo propio distinto al del Fondo de Garantía Asistencial.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
sanitaria prestada a titulares del derecho residentes en zonas limítrofes. En este caso, la asistencia no se produce por un desplazamiento temporal, sino que se trata de desplazamientos habituales y se producen por razones de proximidad a un centro sanitario de otra comunidad autónoma. De acuerdo con esto, se propone añadir "*y habituales en el caso de las zonas limítrofes*" al apartado 2 del artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012: *"2. El Fondo de Garantía Asistencial estará destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común de servicios a las personas que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales* ***y habituales en el caso de las zonas limítrofes****".*		
Al tratar las aportaciones económicas a pacientes por sus desplazamientos necesarios, en el párrafo segundo del nuevo Artículo 26 del Real Decreto 8/2008 [sic, se refiere al artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril]l, se ciñe esta aportación a la cartera común de servicios, cuando en la redacción actual, aún vigente, alcanza a esta cartera y a la suplementaria. Esta minoración de derechos se lleva a efecto sin expresión de su necesidad y motivos. Desaparece, en la nueva redacción, la distinción, con su correspondiente tratamiento diferenciado, de los desplazamientos de corta duración o de larga duración, sin mención alguna a los criterios que regirán desde ahora en este aspecto, si bien	**Organización Médica Colegial de España (OMC) - Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)**	**No se acepta.** No existe una minoración de derechos ya que la norma recupera la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, estableciendo las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
se declaran como aplicables los importes actuales, en la siguiente Disposición Transitoria Primera.		La supresión del apartado 5 del artículo 3 del *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, pretende facilitar el consenso necesario para poder efectuar el desarrollo reglamentario que la aplicación de este fondo requiere, tal y como se indica en el apartado 4. El apartado 5 que se suprime con la norma, y que hasta ahora ha impedido establecer un consenso para establecer la fórmula de compensación por desplazamiento de los pacientes en el territorio nacional, dice lo siguiente: *"5. El importe de las cuantías a liquidar vendrá determinado por las siguientes modalidades de desplazamiento:* *a) Desplazamiento de corta duración (inferior a un mes), que se abonarán siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria de atención primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda.*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		b) Desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes), que se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud, con dos posibilidades de aplicación: *1.ª Para la cartera común básica de servicios asistenciales completa.* *2.ª Para la cartera común básica de servicios asistenciales parcial, referida a asistencia en nivel primario o especializado."*
Desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial Desde la POP nos felicitamos con que se haya suprimido el apartado 5 del artículo 3 del Real Decreto-Ley 16/2012 para facilitar el consenso y el desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial pero consideramos que no debería tratarse de un fondo **extrapresupuestario (artículo 3.1) sino que, al contrario, debería incluirse en el presupuesto.** Consideramos indispensable y urgente dotarlo de fondos suficientes para poder garantizar la cohesión y la equidad de la población en el acceso a los servicios sanitarios. Se debe establecer un coste por servicio común, y que sea el propio fondo quien realice la compensación, no las CCAA, pues esto supone un freno para la movilidad de	**Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)**	**No se acepta**. Las CCAA tienen transferidas las competencias en materia de sanidad porque la Constitución Española, en su artículo 148.1.21ª, establece que las CCAA podrán asumir competencias en materia de Sanidad e Higiene. De acuerdo con este marco constitucional, todos los Estatutos de Autonomía de las CCAA han asumido competencias en materia de sanidad e higiene, al amparo del artículo 148.1.21ª de la Constitución Asimismo, la Constitución Española atribuye al Estado, en su artículo 149.1.16.ª, la competencia exclusiva sobre sanidad exterior, bases y coordinación

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
los pacientes que necesitan ser atendidos en otra CCAA debido a sus circunstancias de salud. Hay muchísima variabilidad entre los servicios que cubren las CCAA cuando los pacientes (familias en el caso de menores) deben desplazarse a otra CCAA para recibir el tratamiento que necesitan. En algunos casos se cubren los gastos de desplazamiento y la estancia, y en otros muchos no. Aquí las organizaciones de pacientes realizan una labor fundamental mediante recursos como los pisos de acogida, donde las familias el tiempo que necesitan durante el tratamiento que deben recibir cuando tienen que desplazarse a otra CCAA. Estos recursos se encuentran principalmente en Madrid y Barcelona; se hace necesario homogeneizar e igualar la cobertura de estas situaciones en los distintos territorios para garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios de toda la población.		general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos. Corresponde, por tanto, a cada CCAA asumir el gasto de los ciudadanos adscritos a su servicio de salud.
Disposición adicional única		
La composición de las disposiciones no se ajusta a lo dispuesto en la directriz 37 de las directrices de técnica normativa "*margen izquierdo de la línea superior del texto; en minúscula, salvo la primera letra de la primera palabra; citando las palabras completas, sin abreviaturas; en el mismo tipo de letra que el texto, preferiblemente «arial 12»; sin negrita ni subrayado ni cursiva; a continuación, el ordinal en letra, seguido de un punto y un espacio; después, el título de la disposición en cursiva y con minúsculas, salvo la primera letra, y un punto al final*".	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta**.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En relación con la Disposición Adicional Única se propone la inclusión de la redacción marcada: *Disposición adicional única. Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.* 1. *Se autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas* ***y sus entidades instrumentales*** *y el Ministerio de Sanidad, a través del órgano competente de su coordinación*. Justificación: Se propone incorporar en la redacción la figura de entidades instrumentales de las comunidades autónomas para que queden contemplados los diferentes modelos estructurales y orgánicos de las unidades y agencias que componen la RedETS.	**Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS)**	**Se acepta con redacción alternativa**. En lugar de "entidades" el término "entes". La terminología empleada en la *Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público* es la de "**entes instrumentales**":

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En relación con su petición de informe relativo al Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, he de significarles que desde esta Consejería se realiza se pone de manifiesto su disconformidad con la redacción actual de la disposición adicional única, relativa al Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, por ello, se propone la siguiente: *Disposición adicional única. Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.* *"1. Se autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de* *Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas* ***y de sus entes instrumentales*** *y el Ministerio de Sanidad, a través del órgano competente de su coordinación.*	**Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía**	**Se acepta**. La terminología empleada en la *Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público* es la de "**entes instrumentales**".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
2. El consorcio se creará mediante convenio suscrito por los órganos participantes anteriormente mencionados y no podrá suponer aumento neto de los gastos de personal."		
La disposición adicional única establece: "*1. Se autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad, a través del órgano competente de su coordinación.* *2. El consorcio se creará mediante convenio suscrito por los órganos participantes anteriormente mencionados y no podrá suponer aumento neto de los gastos de personal.*" En el caso del Ministerio de Sanidad, el órgano "competente de su coordinación" es la Dirección General de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, de acuerdo con la función asignada al respecto por el	**Ministerio de Hacienda y Función Pública**	**Se acepta con texto alternativo.** Se propone como texto alternativo suprimir la última frase del apartado 1 "***a través del órgano competente de su coordinación***". De esta manera se adecúa la redacción a la normativa por la que se establece que la suscripción de dicho convenio debe llevarse a cabo por la persona titular del Ministerio de Sanidad. "*1. Se autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad~~, a través del órgano competente de su coordinación~~*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
artículo 5.2, s) del Real Decreto 735/2020, de 4 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del citado Ministerio. En este caso, la suscripción de dicho convenio no puede llevarse a cabo por la persona titular del referido órgano directivo, pues carecería, en principio, de competencia para ello de acuerdo con el artículo 48.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre. En consecuencia, **debería establecerse en la redacción de este apartado que el convenio se suscribirá por la persona titular del Ministerio de Sanidad.**		
La disposición adicional única establece el consorcio de la red española de agencias de evaluación tecnológicas. Evidentemente era necesario establecer un modelo de colaboración y coordinación de las mismas, y solo habría que valorar si la fórmula de consorcio es la más adecuada dado que permite la presencia del sector privado, salvo de nuevo que se explicite que estará formado exclusivamente por entidades de la administración pública.	**Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)**	**No se acepta**. La figura del consorcio se considera como la solución más adecuada dado que proporciona una personalidad jurídica propia y mantiene la estructura de co-gobernanza actual de la Red del que pueden formar parte diversas administraciones. Corresponde a cada administración, la mayoría de CCAA, establecer la fórmula jurídica de cada entidad.
La unificación en una única cartera común básica de servicios asistenciales, el establecimiento de mecanismos para garantizar que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y la inclusión de las prestaciones de salud pública en cartera exige disponer de un organismo evaluador, independiente y sea parte	**Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias**	**No se acepta**. La Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (RedETS) se crea en el año 2012 por el Consejo Interterritorial del SNS, acompañada de una dotación

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
garante de la efectividad, seguridad, costes y oportunidad de las intervenciones sanitarias, siempre desde la perspectiva de resultados en salud. Por ello, consideramos que por encima de la creación de un Consorcio de Agencias de Evaluación locales, es imprescindible contar con un órgano de evaluación independiente (un ejemplo similar podría ser la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal – AIREF), con personalidad jurídica propia, autonomía funcional y con procedimientos y funciones bien definidas, con encargo de analizar las prestaciones sanitarias, tecnologías, medicamentos, intervenciones terapéuticas, de prevención y salud pública, políticas sanitarias, etc, aunando, como se explicitó anteriormente resultados en salud con los costes monetarios y en términos de oportunidad para el Sistema Nacional de Salud y para el conjunto de la sociedad. La creación de ese organismo es ineludible para garantizar que las recomendaciones sobre cartera de servicios y sobre intervenciones sanitarias están basadas en la mejor evidencia científica disponible en cada momento y en valores sociales consensuados.		presupuestaria específica en los Presupuestos Generales del Estado. Está formada por 7 agencias de evaluación autonómicas (Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Galicia, Madrid y País Vasco) y una agencia dependiente del Instituto de Salud Carlos III. La RedETS se basa en un modelo de cogobernanza entre organismos públicos de evaluación regionales y nacional. Su funcionamiento se establece a través del Consejo de la Red, como órgano colegiado, que tiene la finalidad de coordinación y gestión a través de una presidencia, una vicepresidencia y una secretaría permanente que se ejerce desde el Ministerio de Sanidad. La presidencia se ejerce por los titulares de las Agencia Autonómicas de forma rotatoria (anual). Desde su creación es el órgano de asesoramiento científico-técnico de referencia para el SNS, destinado a fundamentar la toma de decisiones sobre la incorporación, exclusión y/o modificación de las condiciones de uso de las tecnologías sanitarias, con el fin de promover la equidad y sostenibilidad del SNS. Según se establece en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en sus artículos 20 y 21, la RedETS participará en el desarrollo de la cartera común de servicios del SNS

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El valor de un organismo de estas características complementaría el valor en términos de eficacia y seguridad que realizan otras instituciones como la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, por ejemplo.		mediante la evaluación de las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos, con carácter preceptivo y previamente a su utilización en el SNS. Así, la RedETS responde a las necesidades y a las prioridades del SNS dado que sus productos se desarrollan bajo una planificación anual que se conforma mediante un proceso normalizado de evaluación y priorización participativo. Además, desarrolla así una evaluación independiente, participativa y transparente bajo un marco metodológico común, sujeta a revisión por expertos externos, basado en el mejor conocimiento científico disponible. El trabajo colaborativo ha permitido la consolidación de métodos y procedimientos de trabajo, de manera que las agencias que conforman la Red trabajan de manera coordinada, con una metodología común y homogénea en la evaluación y con criterios de calidad establecidos, y bajo el principio del reconocimiento mutuo y la cooperación.
En el Anteproyecto se hace mención a la creación de un Consorcio de RedETS. En principio por nuestra parte no hay ningún inconveniente. Creemos que es viable, y permite la obtención de fondos europeos de manera más fácil. En la Comunidad de Madrid es factible desde el punto de vista jurídico y desde el legislativo. Se debería suscribir un convenio para la creación del Consorcio de la	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**No se proponen cambios**.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
RedETS. Se firmaría el convenio una vez fuese aprobado su texto y visado por los Servicios Jurídicos del Ministerio. Se trataría de una adhesión al Consorcio. En cualquier caso, habría que estar al literal de la normativa que regula y desarrolla el Consorcio antes de fijar una posición en firme.		
Disposición adicional única. Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. *1. Se autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad, a través del órgano competente de su coordinación.* Queremos recordar que hoy más que nunca necesitamos un uso racional de los recursos económicos públicos y, por ello, no entendemos la justificación de un consorcio que agrupe una diversidad de Agencias Evaluadoras existentes actualmente en las CC.AA. Consideramos que lo racional sería la creación de una única Agencia Evaluadora de Tecnologías sanitarias y Prestaciones del SNS para el conjunto de todos los servicios de salud, en la que tendrían representación todas las CC.AA., dado que las tecnologías sanitarias a evaluar por cada Agencia	**Sindicato de Enfermería (SATSE)**	**No se acepta.** La Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (RedETS) se crea en el año 2012 por el Consejo Interterritorial del SNS, acompañada de una dotación presupuestaria específica en los Presupuestos Generales del Estado. Está formada por 7 agencias de evaluación autonómicas (Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Galicia, Madrid y País Vasco) y una agencia dependiente del Instituto de Salud Carlos III. La RedETS se basa en un modelo de cogobernanza entre organismos públicos de evaluación regionales y nacional. Su funcionamiento se establece a través del Consejo de la Red, como órgano colegiado, que tiene la finalidad de coordinación y gestión a través de una presidencia, una vicepresidencia y una secretaría permanente que se ejerce desde el Ministerio de Sanidad. La presidencia se ejerce por los titulares de las Agencia Autonómicas de forma rotatoria (anual).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de Evaluación son en esencia las mismas, por lo que no tiene sentido realizar de manera aislada en cada comunidad autónoma algo que se puede hacer de manera coordinada y a un coste muy inferior para el erario público.		Desde su creación es el órgano de asesoramiento científico-técnico de referencia para el SNS, destinado a fundamentar la toma de decisiones sobre la incorporación, exclusión y/o modificación de las condiciones de uso de las tecnologías sanitarias, con el fin de promover la equidad y sostenibilidad del SNS. Según se establece en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en sus artículos 20 y 21, la RedETS participará en el desarrollo de la cartera común de servicios del SNS mediante la evaluación de las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos, con carácter preceptivo y previamente a su utilización en el SNS. Así, la RedETS responde a las necesidades y a las prioridades del SNS dado que sus productos se desarrollan bajo una planificación anual que se conforma mediante un proceso normalizado de evaluación y priorización participativo. Además, desarrolla así una evaluación independiente, participativa y transparente bajo un marco metodológico común, sujeta a revisión por expertos externos, basado en el mejor conocimiento científico disponible. El trabajo colaborativo ha permitido la consolidación de métodos y procedimientos de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		trabajo, de manera que las agencias que conforman la Red trabajan de manera coordinada, con una metodología común y homogénea en la evaluación y con criterios de calidad establecidos, y bajo el principio del reconocimiento mutuo y la cooperación.
Es una buena idea que trabajen en red todas las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, pero sería deseable que pudieran contar con alguna inversión que permita que se potencien los esfuerzos de cada una de las Agencias por separado. Podría llevar añadida una mínima normativa o recomendaciones para poner en marcha este proyecto.	CCOO	**No se acepta.** RedETS cuenta con financiación pública por parte del Presupuesto de Gastos del Ministerio de Sanidad, que para el año 2022 tiene consignadas dos aplicaciones presupuestarias: la 26.09.313A.457 a las Comunidades Autónomas para el desarrollo del plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS con una dotación de 5.325.000 euros y la 26.09.000X.411, al Instituto de Salud Carlos III para el desarrollo de las actividades de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias con una dotación de 824.510 euros. Cabe destacar que en los Presupuestos Generales del Estado del año 2021 se ha incrementado un 48% el presupuesto destinado al Plan Anual de Trabajo de esta Red, consolidándose en el año 2022.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión de 29 de febrero de 2012, acordó la creación de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud para evaluar las técnicas, tecnologías y procedimientos de cara a su inclusión, exclusión y/o modificación de sus condiciones de uso en la cartera común de servicios del SNS. La creación de la citada Red fue recogida en el *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*, al modificar los artículos 20 y 21 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. En estos artículos se establece que la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS participará en el desarrollo de la cartera común de servicios del SNS mediante la evaluación de las nuevas técnicas, tecnologías o

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		procedimientos, con carácter preceptivo y previamente a su utilización en el SNS. La *Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, que crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud*, establece en su artículo 4, que forman parte de la Red Española, las Agencias y Unidades de Evaluación siguientes: a) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III. b) Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-Osteba. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. c) Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Comunidad de Madrid. d) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). e) Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		f) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). g) Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud (SESCS). h) Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).
Disposición adicional única. - Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Era necesaria una red de todas las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, podría llevar añadida una mínima normativa o recomendaciones para poner en marcha este proyecto.	**UGT**	**No se acepta.** La norma pretende autorizar la creación del consorcio de la actual Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud motivado porque actualmente se encuentra limitada en el desarrollo de sus actividades en el marco nacional y especialmente en el internacional, al no contar con personalidad jurídica propia y diferenciada, lo que le impide la competencia como Red, debiendo ser las Agencias, con una menor entidad, las que compitan por recursos económicos y el liderazgo de proyectos internacionales. Al respecto, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión de 29 de febrero de 2012, acordó la creación de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS para evaluar las

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		técnicas, tecnologías y procedimientos de cara a su inclusión, exclusión y/o modificación de sus condiciones de uso en la cartera común de servicios del SNS. La creación de la citada Red fue recogida en el *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*, al modificar los artículos 20 y 21 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. En estos artículos se establece que la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud participará en el desarrollo de la cartera común de servicios del SNS mediante la evaluación de las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos, con carácter preceptivo y previamente a su utilización en el SNS. La *Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, que crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud*,

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		establece en su artículo 4, que forman parte de la Red Española, las Agencias y Unidades de Evaluación siguientes: a) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III. b) Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-Osteba. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. c) Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Comunidad de Madrid. d) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). e) Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS). f) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). g) Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud (SESCS). h) Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Cuenta con financiación pública. El Presupuesto de Gastos del Ministerio de Sanidad para 2022, tiene

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		consignadas dos aplicaciones presupuestarias: la 26.09.313A.457 a las Comunidades Autónomas para el desarrollo del plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS con una dotación de 5.325.000 euros y la 26.09.000X.411, al Instituto de Salud Carlos III para el desarrollo de las actividades de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias con una dotación de 824.510 euros. Cabe destacar que en los Presupuestos Generales del Estado del año 2021 se ha incrementado un 48% el presupuesto destinado al Plan Anual de Trabajo de esta Red, consolidándose en el año 2022.
Disposición transitoria primera *Cuantías a liquidar por los servicios de salud derivadas de desplazamientos temporales*		
De nuevo queda pendiente crear criterios comunes o mínimos para plantear cuantías que cubran los desplazamientos temporales. Se vuelven a reseñar las prestaciones del RD 16/2012.	**CCOO**	**No se acepta.** La disposición transitoria primera trata de evitar un vacío entre la entrada en vigor de la norma y la aprobación del desarrollo reglamentario

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		previsto en el apartado 4 del artículo 3 del *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril*.
Disposición transitoria primera. - Cuantías a liquidar por los servicios de salud derivadas de desplazamientos temporales. Faltan criterios mínimos o comunes que cubran los desplazamientos temporales volviendo a las prestaciones del RD 16/2012.	**UGT**	**No se acepta.** La disposición transitoria primera trata de evitar un vacío entre la entrada en vigor de la norma y la aprobación del desarrollo reglamentario previsto en el apartado 4 del artículo 3 del *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril*.
Disposición transitoria segunda *Régimen transitorio para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos*		
Se mantiene al INSS como el referente de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria mientras no se apruebe el reglamento referido en la ley de Cohesión del 2003.	**CCOO**	**No se acepta.** La disposición transitoria segunda trata de precisar los organismos del régimen transitorio que no se especifican en la disposición transitoria segunda del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud*. La norma establece para el artículo 3.bis.1 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*, que: "1. La competencia para el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		sanitaria con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad con la colaboración de las entidades y administraciones públicas imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos a los que se refiere el artículo 3.2. Reglamentariamente se determinarán los procedimientos para ejercer el reconocimiento y control del derecho, cuya gestión podrá estar atribuida a otros órganos o entidades de las administraciones públicas".
Continúa la actual situación de protagonismo del Instituto Nacional de la Seguridad Social respecto al reconocimiento y control de la condición de titular del derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria con cargo a fondos públicos. El alejamiento de la asistencia sanitaria del campo de la Seguridad Social se va haciendo evidente, aunque el deseo de control y la indiscutible cuota de poder que supone dicha asistencia han hecho que históricamente la Seguridad Social no haya querido desprenderse de ella. La titularidad de los inmuebles de las instituciones sanitarias, por la Tesorería General de la Seguridad Social, por ejemplo, ha venido siendo muestra patente de ello. Esta conexión de asistencia sanitaria y Seguridad Social ha venido siendo una constante histórica tan evidente como no demasiado coherente.	**Organización Médica Colegial de España (OMC) - Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)**	**No se acepta.** La disposición transitoria segunda trata de precisar los organismos del régimen transitorio que no se especifican en la disposición transitoria segunda del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud*. La norma establece para el artículo 3.bis.1 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*, que: "1. La competencia para el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad con la colaboración de las entidades y administraciones públicas imprescindibles para comprobar la concurrencia de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		los requisitos a los que se refiere el artículo 3.2. Reglamentariamente se determinarán los procedimientos para ejercer el reconocimiento y control del derecho, cuya gestión podrá estar atribuida a otros órganos o entidades de las administraciones públicas".
Disposición derogatoria única		
En la disposición derogatoria, segundo párrafo, se aprecia una repetición de la preposición "de", pues se lee: "… sobre habilitación de nuevas fórmulas **de de** gestión del Sistema Nacional de Salud. "En particular, queda derogada la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de ~~de~~ gestión del Sistema Nacional de Salud, los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quater [falta la tilde: 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."	**Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación**	**Se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se recuerda respecto a la Disposición derogatoria única que, de conformidad con la directriz 41 de las directrices de técnica normativa "*Se evitarán cláusulas genéricas de derogación del derecho vigente que en ningún caso pueden sustituir a la propia enunciación de las normas derogadas*". *"Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en esta ley.* *En particular, queda derogada la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de de gestión del Sistema Nacional de Salud, los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quater 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."*	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**No se acepta**. Por seguridad jurídica se mantiene el párrafo con el texto: "*Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en esta*".
Disposición derogatoria única. Derogación normativa. *Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en esta ley.* *En particular, queda derogada la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de de gestión del Sistema Nacional de Salud, los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quater de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del*	**Sindicato de Enfermería (SATSE)**	**No se acepta**. Dado el articulado de la norma, se hace necesaria la derogación expresa de dicha *Ley 15/1997, de 25 de abril*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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. Entendemos esta disposición derogatoria como algo jurídicamente formal pero que, cómo hemos indicado en nuestra primera alegación, es de relativa efectividad ya que no se consigue su presunto objetivo de priorizar la Gestión directa de carácter público frente al uso de las nuevas formas de gestión.		
Queda derogada la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Los puntos 1 y 2 son la transcripción literal de la Ley 15/97, perdemos una vez más la posibilidad de revertir la privatización, o las vías de llegar a ella, en el SNS. El punto 3 permite la evaluación y autorización del uso de medios privados para la atención a los ciudadanos con fondos públicos. El propio Organismo que requiera esta forma de gestión realizará la memoria y la juzgará. Parece un proceder excesivamente banal y poco útil.	**CCOO**	**No se acepta**. Dado el articulado de la norma, se hace necesaria la derogación expresa de dicha *Ley 15/1997, de 25 de abril*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Vuelve a ocurrir lo mismo, los puntos 1 y 2 son transcripciones literales de la disposición adicional única de la Ley 15/97. Se mantienen las opciones para la creación de nuevos consorcios sanitarios y la colaboración público-privada con financiación con dinero público. Es lamentable que se incluya la normativa de la Ley 15/97 que facilita la externalización/privatización del SNS incluyendo sus puntos, junto a sus ampliaciones en la Ley General de Sanidad, para que no se pueda mostrar ningún tipo de duda de que estos criterios se encuentren en la Ley Principal de los conceptos y pilares de la Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad).		
Disposición Derogatoria Única. - Derogación normativa. Deroga Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud. UGT, vuelve a remarcar que no debemos perder una vez más la posibilidad de revertir la privatización, o los cauces para llegar a ella en el propio Sistema Nacional de Salud.	**UGT**	**No se acepta**. Dado el articulado de la norma, se hace necesaria la derogación expresa de dicha *Ley 15/1997, de 25 de abril*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Y más grave aún es que se incluya en la Ley General de Sanidad esta normativa que favorece la externalización y privatización del Sistema Nacional de Salud y rompe las normas conexas y la coherencia que tiene la Ley General de Sanidad. También se pierde la ocasión de derogar el RD 16/2012 que revirtió el modelo del sistema sanitario público, para consolidar un sistema de salud como derecho universal que garantice la accesibilidad, la equidad y la cohesión del sistema sanitario. Reconociendo nuevamente el derecho de ciudadanía en el Sistema Nacional de Salud. Otro tema que se elude es la aplicación de la disposición adicional de la Ley General de Sanidad, en la que se declara a extinguir en el régimen de las mutuas sanitarias para funcionarios públicos también financiadas públicamente compitiendo con el sistema sanitario público.		
Disposición final primera. *Título competencial*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se propone **suprimir el último preámbulo de la Exposición de motivos así como el título competencial que figura en la Disposición final primera** del APL, poniendo en su lugar: *"Las normas objeto de modificación en los artículos primero a quinto de esta Ley se amparan en los títulos competenciales que en las mismas se expresan".* Esta observación se llevará a la MAIN. Justificación El Estado puede dictar el presente APL con base en el artículo 149.1.16ª CE que le atribuye la "competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad". Ahora bien, al tratarse de una norma modificativa de otras anteriores que han citado su título competencial, que en su mayoría no coincide total o parcialmente con el recogido en el APL, se recomienda no hacer invocación del título competencial.	**Ministerio de Política Territorial**	**Se acepta con texto alternativo**. Mejora de técnica normativa. Se suprime el último párrafo de la exposición de motivos: "*La presente norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 1.ª y 149.1. 16.ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, así como en materia de bases y coordinación general de la sanidad*". También se modifica la MAIN. Se da una nueva redacción a la disposición final primera: *"Las normas modificadas por los artículos primero a noveno de esta ley se dictan en virtud de los títulos competenciales que amparan dichas normas*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La no invocación se basa en la premisa de que el fundamento de la norma estatal no podrá ser diferente al de la disposición modificada, como sucede en el caso del APL. Así, a modo de ejemplo, el 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 se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.2ª de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de emigración.		
Marco normativo. El Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (en adelante, el Anteproyecto) se dicta, de conformidad con su disposición final primera, al amparo de los títulos contenidos en los artículos 149.1. 1ª y 149.1. 16ª de la Constitución (CE). En primer lugar, debe cuestionarse la invocación genérica de dichos preceptos constitucionales respecto de todo el Anteproyecto normativo, sin concretar los títulos que amparan los distintos preceptos y disposiciones, toda vez que a pesar	**Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Cataluña**	**No se acepta**. Se da una nueva redacción a la disposición final primera. al tratarse de una norma modificativa de otras anteriores que han citado su título competencial: *"Las normas modificadas por los artículos primero a noveno de esta ley se dictan en virtud de los títulos competenciales que amparan dichas normas".*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
que el preámbulo del Anteproyecto apela como nexo de unión de las distintas medidas a la voluntad de consolidación de los principios de universalidad, equidad y cohesión, lo cierto es que el Anteproyecto no responde a una regulación congruente de una determinada materia sino que se concreta en una sumatoria de modificaciones de distintas normativas. Poco tiene que ver la regulación del régimen jurídico aplicable a los consorcios sanitarios con el contenido de las prestaciones sanitarias o con la regulación del Consejo de Participación Social, por poner ejemplos. Sin embargo el título competencial contenido en el artículo 149.1.1ª y los diversos títulos contenidos en el artículo 149.1.16ª -en lo que en relación a este Anteproyecto nos interesa, bases y coordinación general de la sanidad- tienen, conforme a la doctrina del Tribunal Constitucional, alcance distinto y su encuadre en uno u otro condiciona el margen de actuación constitucional de la Administración General del Estado en el sistema de distribución de competencias, en relación con las competencias autonómicas. Desde esta premisa debemos abordar someramente el alcance de estos títulos: a) En relación con el título competencial residenciado en el artículo 149.1. 1ª de la CE que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El alcance del artículo 149.1. 1ª ha sido delimitado por la doctrina del Tribunal Constitucional, entre otras en la STC núm.61/1997, de 20 de marzo y en la STC núm. 239/2002, de 11 de diciembre. El Tribunal Constitucional se ha pronunciado en el sentido que sólo presta cobertura a aquellas condiciones que guarden una estrecha relación, directa e inmediata, con los derechos que la Constitución reconoce. De lo contrario, según establece el Tribunal, quedaría desbordado el ámbito y sentido del artículo 149.1. 1ª que no puede operar como una especie de título horizontal, capaz de introducirse en cualquier materia o sector del ordenamiento por el mero hecho de que pudieran ser reconducibles, siquiera sea remotamente, hacia un derecho o deber constitucional. Sobre este presupuesto, el artículo 149.1.1 CE permite al Estado una regulación, aunque limitada a las condiciones básicas que garanticen la igualdad, que no el diseño completo y acabado de su régimen jurídico, lo que conlleva que dicho título competencial, no debe ser entendido como una prohibición de divergencia autonómica. De acuerdo con la STC núm. 61/1997, de 20 de marzo, antes mencionada, ha de añadirse qué condiciones básicas no es sinónimo de “legislación básica”, “bases” o “normas básicas”. El artículo 149.1. 1ª no ha atribuido al Estado la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
fijación de las condiciones básicas para garantizar la igualdad en el ejercicio de los derechos y libertades constitucionales, sino sólo el establecimiento de aquellas condiciones básicas que tiendan a garantizar la igualdad. Y, si bien, es cierto que su regulación no puede suponer una formación completa y acabada del derecho y deber de que se trate y, en consecuencia, es claro que las Comunidades Autónomas, en la medida en que tengan competencias sobre la materia, podrán siempre aprobar normas atinentes al régimen jurídico de ese derecho, no lo es menos, sin embargo, que la competencia *ex artículo* 149.1. 1ª no se mueve en la lógica de las bases estatales-legislación autonómica de desarrollo. En otras palabras, el Estado tiene la competencia exclusiva para incidir sobre los derechos y deberes constitucionales desde una concreta perspectiva, la de la garantía de la igualdad en las posiciones jurídicas fundamentales, dimensión, que no es, en rigor, susceptible de desarrollo como si de unas bases se tratara; será luego el legislador competente, estatal y autonómico, el que respetando tales condiciones básicas establezca su régimen jurídico, de acuerdo con el orden constitucional de competencias. b) En relación con el alcance del título competencial de bases de la sanidad: La jurisprudencia constitucional ha venido delimitando el alcance y significación del título competencial estatal de bases de la sanidad señalando, en la STC 22/2012, de 16 de febrero, FJ 3, que *"... han de entenderse los principios generales que informan u ordenan una determinada materia, constituyendo, en*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
definitiva, el marco o denominador común de necesaria vigencia en el territorio nacional. Lo básico es, de esta forma, lo esencial, lo nuclear, o lo imprescindible de una materia, en aras de una unidad mínima de posiciones jurídicas que delimita lo que es competencia estatal y determina, al tiempo, e l punto de partida y el límite a partir del cual puede ejercer la Comunidad Autónoma, en defensa del propio interés general, la competencia asumida en su Estatuto. Con esta delimitación material de lo básico se evita que puedan dejarse sin contenido o cercenarse las competencias autonómicas, ya que el Estado no puede, en el ejercicio de una competencia básica, agotar la regulación de la materia, sino que debe dejar un margen normativo propio a la Comunidad Autónoma (SSTC 1/1982, de 28 de enero, FJ 1; 69/1988, de 19 de abril, FJ 5; 102/1995, de 26 de junio, FFJJ 8 y 9; 197/1996, de 28 de noviembre FJ 5; 223/2000, de 21 de septiembre, FJ 6; 188/2001, de 20 de septiembre, FJ 8; 126/2002, de 23 de mayo, FJ 7; 24/2002, de 31 de enero, FJ 6; 37/2002, de 14 de febrero, FJ 9; y 1/2003, de 16 de enero, FJ 8, en torno al concepto de lo "básico"). Por tanto, ni la fijación de las bases ni la coordinación general a la que también se refiere la regla 16 del art. 149.1 CE (que persigue la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones, y reduciendo disfunciones según SSTC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2; 42/1983, de 20 de mayo, FJ 3; 80/1985, de 4 de julio, FJ 2), deben llegar a tal grado de desarrollo que dejen vacías de contenido las correspondientes competencias que las Comunidades Autónomas hayan asumido en la materia (STC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2)" (STC 98/2004, de 25 de mayo, FJ 6).” También en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional se constata “*la necesaria uniformidad mínima, que corresponde*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
establecer en el Estado, asegurando así un nivel mínimo homogéneo o nivel de suficiencia de las prestaciones sanitarias públicas, puede ser susceptible de mejora, en su caso, por parte de las Comunidades Autónomas, en virtud de su competencia sustantiva y de su autonomía financiera, siempre y cuando, con ello no se contravengan las exigencias que impone el principio de solidaridad (arts. 2 y 138 CE)". Así lo declaró en la STC 98/2004, de 25 de mayo, FJ 7, que añadió que en materia de sanidad, "la Constitución no sólo atribuye en el Estado una facultad, sino que le exige que preserve la existencia de un sistema normativo sanitario nacional con una regulación uniforme mínima y de vigencia en todo el territorio español, eso sí, sin perjuicio, bien de las normas que sobre la materia puedan dictar las Comunidades Autónomas en virtud de sus respectivas competencias... dirigidas, en su caso, a una mejora en su ámbito territorial de ese mínimo común denominador establecido por el Estado, bien de las propias competencias de gestión o de financiación que sobre la materia tengan conforme a la Constitución y los Estatutos.", doctrina inicialmente dictada a propósito del acceso a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y reiterada en otros aspectos de las prestaciones sanitarias en las SSTC 22/2012, de 16 de febrero, FJ 3, i 136/2012, de 19 de junio, FJ 5, entre otras. Así entendido, el binomio legislación básica (estatal) y legislación de desarrollo (autonómica) debería posibilitar el desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas de su propia política sanitaria, respetando y mejorando, en su caso,		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
el mínimo estatal, con sujeción al principio de solidaridad y condicionada a la existencia de financiación propia. No se puede dejar de advertir, no obstante, en la doctrina del Tribunal Constitucional contenida en las sentencias dictadas con ocasión de los diversos recursos de inconstitucionalidad contra el 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, una evolución hacia ampliación de la noción técnica de bases en materia de sanidad, las cuales podrían llegar a una regulación que agotase el espacio normativo en una determinada materia . La STC 64/2017, de 25 de mayo, en el FJ 5 declaró que *"la exigencia de permitir a las Comunidades Autónomas un margen suficiente para ejercer su competencia de desarrollo legislativo de la normativa básica se predica del conjunto de la materia -en este caso, la "sanidad interior"-no de aspectos concretos de la misma. No son pues infrecuentes los casos en los que resulta posible que la legislación básica agote legítimamente el espacio normativo en un subsector de aquella materia."* c) En relación con la competencia estatal de coordinación de la sanidad: No tiene contenido normativo sustantivo, ya que si así fuera habría coincidencia y confusión entre la competencia de bases y este resultado no entraría en la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
lógica constitucional. La coordinación obedece a una función normativa de carácter instrumental tendente a garantizar la coherencia en el ejercicio de competencias regidas por el principio de autonomía. La jurisprudencia del Tribunal Constitucional en interpretación de la competencia estatal de coordinación ha afirmado, con carácter general, que dicha competencia no puede comportar por parte de la Administración General del Estado el ejercicio de funciones públicas de naturaleza ejecutiva, atribuidas con carácter general a las autoridades autonómicas y que la necesidad de integrar en un todo unitario puede exigir la adopción de medidas de acción conjunta, de homogeneidad técnica o sistemas de relación, siempre y cuando no comporten sustracción de las competencias autonómicas.		
Disposición final segunda. *Cláusula de salvaguardia para modificaciones de normas de rango inferior*		
La división del Disposición final segunda, debe adecuarse a lo dispuesto en la directriz 31 de las directrices de técnica normativa "*Cuando deba subdividirse un apartado, se hará en párrafos señalados con letras minúsculas, ordenadas alfabéticamente: a), b), c). Cuando el párrafo o bloque de texto deba, a su vez,*	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	Se acepta.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
subdividirse, circunstancia que ha de ser excepcional, se numerarán las divisiones con ordinales arábigos (1.º, 2.º, 3.º o 1.ª, 2.ª, 3.ª, según proceda)". *"Disposición final segunda. Cláusula de salvaguardia para modificaciones de normas de rango inferior.* *Se mantiene el rango reglamentario de las siguientes normas modificadas por esta ley:* ~~*b)*~~ ***a)*** *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.* ~~*c)*~~ ***b)*** *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."*		
Disposición final tercera. *Habilitación normativa*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se autoriza, en la Disposición Final Tercera, la habilitación reglamentaria. Resulta deseable que cualquier habilitación de este tipo, contenida en una ley sea no sólo precisa en cuanto a la determinación de la materia para la que se otorga, sino que, además, contenga una indicación, siquiera mínima, de los criterios y principios que deben seguirse en su ejercicio. Justificación: Se autoriza esa regulación reglamentaria sin indicación del rango que deben tener las futuras disposiciones, citando solamente sus órganos de origen. Una remisión tan amplia y sobre aspectos tan generales al reglamento puede impedir en el futuro abordar extremos concretos cuya regulación exija reserva de ley, así como que no puede considerarse una medida de buena técnica legislativa la creación de preceptos en un horizonte tan genérico. Por ello debe valorarse la conveniencia de llevar a cabo deslegalizaciones sin indicar unos criterios o parámetros mínimos que permitan acotar el futuro desarrollo reglamentario. Convendría valorar la conveniencia de mantener las remisiones que se efectúan al reglamento, incluyendo una mención más concreta de los asuntos que se quieran regular por esta vía.	**Organización Médica Colegial de España (OMC) - Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)**	**No se acepta.** El desarrollo reglamentario tiene distintos rangos normativos que no es posible concretar en la norma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Resulta deseable que cualquier habilitación reglamentaria contenida en una ley sea no sólo precisa en cuanto a la determinación de la materia para la que se otorga, sino que, además, contenga una indicación, siquiera mínima, de los criterios y principios que deben seguirse en su ejercicio[8]. 8 CONSEJO CONSULTIVO DE CASTILLA Y LEÓN. *Dictamen 228/2018, de 18 de junio.*		
Disposición final sexta. *Entrada en vigor*		
Se acude al establecimiento de plazos cortos para la entrada en vigor de algunas normas, con el objeto de evitar que la finalidad pretendida por la nueva normativa se vea frustrada, entrando en vigor el mismo día, o al día siguiente de su publicación, si bien no podemos olvidar la complejidad de esta nueva regulación en el conjunto de los derechos que trata y el número de normas actuales que modifica. Un plazo tan reducido (un día), aunque usual, no permite conocer a los operadores del Derecho y a la ciudadanía, en general, la norma de forma previa a su aplicación, sobre todo cuando encierra la complejidad y trascendencia de esta norma, ahora en Anteproyecto y, por tanto, a tiempo de valorar esta particularidad.	**Organización Médica Colegial de España (OMC) - Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)**	**No se acepta**. La norma cuenta con dos disposiciones transitorias y no resulta necesario establecer un periodo adaptativo para su entrada en vigor.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
OTROS CAMBIOS PROPUESTOS NO INCLUIDOS EN EL PROYECTO DE REAL DECRETO		
A incluir en el artículo segundo *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*		
En cuestiones de Salud Pública, consideramos también necesaria la modificación del Art. 65 bis, de la Ley 16/2003, relativo a la aportación de información al Ministerio de Sanidad en situaciones de emergencia para la salud pública. Este artículo debería incluir la red de oficinas de farmacia y las entidades autorizadas de distribución de medicamentos y productos sanitarios como fuentes estratégicas de obtención de datos sobre salud La red de farmacia comunitaria, así como las entidades autorizadas de distribución de medicamentos y productos sanitarios, pueden aportar información valiosa sobre la salud de la población y patrones de comportamiento de la ciudadanía en el consumo de medicamentos y productos sanitarios. Sus aportaciones resultan, por ello, indispensables ante posibles amenazas para la salud.	**Sociedad Cooperativa Farmacéutica Española D.S. (Cofares)**	**No se acepta**. No es objeto de la norma modificar el Capítulo VIII de la Salud Pública de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.
Para garantizar principios transversales del derecho a la salud. Modificación artículo 2 de la Ley 16/2003.	**SOS Racismo Madrid / Movimiento #Regularizacionya /**	**No se acepta**. El artículo 14 de la Constitución Española ya establece que: "*los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"Artículo 2. Principios generales. *Son principios que informan esta ley:* *a) La prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación* ~~*entre hombres y mujeres en las actuaciones sanitarias*~~ *por razón de género, origen, etnia o grupo social históricamente vulnerabilizado*. *b) El aseguramiento universal, gratuito y público por parte del Estado.* *c) Garantizar la accesibilidad a la cobertura sanitaria y evitar el surgimiento de barreras tecnológicas derivadas de la brecha digital e incluso idiomática que limiten el efectivo ejercicio del derecho.* *d) El aseguramiento sanitario del común de la sociedad residente en el Estado, especialmente a los principios de universalidad y gratuidad de la cobertura especialmente tras la experiencia adquirida tras situaciones pandémicas, como parte de la cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* *e) La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública.*	**Comunidad Negra Africana y Afrodescendiente en España (Cnaae) / Comité de Emergencia Antirracista**	*prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*" y el apartado 1 del artículo 1 de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* que: "*Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:* *1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social*". Y el apartado 2 de artículo 3 que: "*2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva*". Con respecto a garantizar la cobertura sanitaria universal, *el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* garantiza el derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones a todas las personas que se encuentren en el Estado español.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
f) La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública. *g) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.* *h) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.* ~~*g) La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.*~~ *i) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la profesión farmacéutica".*		Es objeto de la norma establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma. Sí se homogeneizan los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica. Para ello, se modifica el *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*, por la que se amplía dicha exención a los siguientes colectivos: • f) personas beneficiarias del ingreso mínimo vital; • g) personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%; h) 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; e i) pensionistas de la

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.
Para hacer del sistema sanitario nacional un sistema con una cobertura total que no deje fuera a las personas en situación administrativa irregular o migrantes residentes, con dificultades económicas que puedan interferir en la protección holística de la salud. Modificación artículo 2 de la Ley 16/2003. *"Artículo 4. Derechos de los usuarios en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.* *En los términos de esta ley, los titulares del derecho a la salud tendrán los siguientes derechos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud:* *a) A disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso, en los términos previstos en el artículo 28.1.*	**SOS Racismo Madrid / Movimiento #Regularizacionya / Comunidad Negra Africana y Afrodescendiente en España (Cnaae) / Comité de Emergencia Antirracista**	**No se acepta**. La frase: "*En un tiempo máximo*" se refiere al tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS del artículo 25 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* desarrollado en el *Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
b) A recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia ~~*en un tiempo máximo*~~ *sin limitaciones temporales, a no ser que varíe su comunidad de residencia, en los términos del artículo 25.* *C) A recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los residentes en esa comunidad autónoma".*		
Para eliminar la dilatación en el tiempo de atención derivada de desplazamientos, que son frecuentes en el proceso de establecimiento de las personas migrantes. Modificación artículo 25 de la Ley 16/2003. ***"Artículo 25. Garantías de tiempo.*** ■ *En el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que se aprobarán mediante real decreto. Las comunidades autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco no pudiendo ser superiores o limitantes de la constitución del derecho que en la presente ley se contiene.* ■ *Quedan excluidas de la garantía a la que se refiere el apartado anterior las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización*	**SOS Racismo Madrid / Movimiento #Regularizacionya / Comunidad Negra Africana y Afrodescendiente en España (Cnaae) / Comité de Emergencia Antirracista**	**No se acepta**. El tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS del artículo 25 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* está desarrollado en el *Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
dependerá de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe natural".		
[Disposición adicional quinta. Fondo de cohesión] La equidad y la cohesión del Sistema Nacional de Salud precisa de un análisis de las necesidades que los pacientes presentan dependiendo de sus patologías. En este sentido, la modificación de la Ley 16/2003 no profundiza en este aspecto, por lo que prolonga inequidades para los pacientes aquejados de enfermedades que, por su carácter discapacitante o su baja prevalencia, precisan de una atención especializada, ligada a numerosos desplazamientos, tanto para la obtención del diagnóstico como del tratamiento más adecuado. Por otra parte, hablamos de patologías que, debido a los trámites administrativos para la autorización y financiación de los medicamentos disponibles en el mercado, se enfrentan, a menudo, a la falta de tratamiento farmacológico. La inequidad se ve acentuada dependiendo del lugar de residencia de estos pacientes. Si tenemos en cuenta que la propia Ley 16/2003 establece que la finalidad del **Fondo de Cohesión** es "garantizar la igualdad de acceso a los	**Cariotipo Lobby & Comunicación**	**No se acepta**. No es objeto de la norma modificar el Fondo de Cohesión. La disposición adicional quinta de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* establece que tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español. Y el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, contempla que dicho Fondo compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos por alguno de los procesos contemplados en sus anexos I, II o para ser atendidos en centros, servicios y unidades designados como de referencia por el Ministerio de Sanidad.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español" y permitir al Ministerio de Sanidad impulsar "políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades", consideramos que la nueva ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del SNS, debería contemplar la creación de epígrafes específicos dentro del Fondo de Cohesión, para garantizar la atención integral a las enfermedades minoritarias o de especial complejidad en su tratamiento, así como para corregir las inequidades a las que se enfrentan los pacientes. El Fondo de Cohesión debería financiar mediante esos epígrafes específicos: 1. Planes de atención integral sociosanitaria que coordinen medidas de prestación de atención especializada y atención sociosanitaria. 2. El refuerzo de la red de Centros, Servicios y Unidades de Referencia que cubran las necesidades de todos los pacientes, al margen de la Comunidad en la que residan y de su condición socio-económica. 3. Políticas para garantizar la prestación farmacéutica de estos pacientes de acuerdo a lo estipulado en el artículo 16 de la Ley 16/2003 en el que se establece que los pacientes deben recibir de forma adecuada a sus necesidades clínicas los medicamentos y productos sanitarios que precisen.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Propuesta de **modificación del "Artículo 12. Prestación de atención primaria".** Aprovechando que produce la modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, solicitamos **que se modifique el artículo 12.2.e),** donde se permita que el acceso a los servicios de rehabilitación básica prestados por los fisioterapeutas dentro de los servicios de atención primaria puedan ser de primera intención, al igual que el resto de asistencia sanitaria, para evitar las actuales situaciones de demora por ser necesaria la indicación o prescripción a la par que liberamos tiempo de consulta de esa asistencia sanitaria. Por ello, solicitamos la siguiente modificación: *"e) La rehabilitación básica, **programada y por indicación, prescripción o a demanda**".*	**Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España**	**No se acepta**. No es objeto de la norma regular la prestación de atención primaria. De cualquier forma, actualmente la norma contempla la rehabilitación básica.

Nuevos artículos sexto y séptimo *Inclusión del impacto en salud en las Memorias de Análisis del Impacto Normativo.*

Modificación de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno y del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
<u>Se propone añadir dos artículos con el siguiente contenido:</u> **Artículo X. 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 cuerdo a los 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 X. Modificación del Real Decreto 931/2017**, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo.	**Profesor Ildefonso Hernández Aguado** **Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Director del Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología** **Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández**	**<u>Se acepta con redacción alternativa</u>**. Se modifica tanto la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno* y su desarrollo reglamentario, *el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria de Análisis del Impacto Normativo* en el sentido propuesto.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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 cuerdo a los 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".** <u>Justificación</u> La propuesta se fundamenta en la necesidad de mantener la coherencia del Anteproyecto de Ley con su propio preámbulo; con el Plan de Recuperación,		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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[1]. 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.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Explicamos con más detalle en 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		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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 entrevera los distintos impactos en salud, positivos y negativos, con el resto de políticas públicas y en 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		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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. [1] OCDE. Recomendación del Consejo sobre coherencia de las políticas para el desarrollo sostenible. https://www.oecd.org/governance/pcsd/recommendation-on-policy-coherence-for-sustainable-development-esp.pdf		
Se propone añadir dos artículos con el siguiente contenido: **Artículo X. 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:	**Asociación de Economía de la Salud (AES)**	**Se acepta con redacción alternativa**. Se modifica tanto la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno* y su desarrollo reglamentario, *el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria de Análisis del Impacto Normativo* en el sentido propuesto.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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 X. 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:		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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".*** <u>Justificación</u> 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		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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. 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”;		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
- 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 entrevera 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.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se propone añadir dos artículos con el siguiente contenido: **Artículo X. 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."***	**Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)**	**Se acepta con redacción alternativa**. Se modifica tanto la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno* y su desarrollo reglamentario, *el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria de Análisis del Impacto Normativo* en el sentido propuesto.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Artículo X. 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".***		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Justificación 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		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
salud la equidad y el bienestar son prioridades de nuestra sociedad y deben quedar explícitos en las exigencias normativas. 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		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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 entrevera 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		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
el cambio cultural fundamentado en el conocimiento de los beneficios en salud que hacen individualmente atractivo lo que es socialmente deseable.		
Se propone incluir una **modificación de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno**, en los siguientes términos: Se modifica el artículo 26, Procedimiento de elaboración de normas con rango de Ley y reglamentos, que debería incluir un apartado referido a la inclusión del impacto en salud, de este tipo: La Memoria del Análisis de Impacto Normativo, deberá contener un apartado referido a su impacto en salud y en los determinantes de la salud, que analizará las consecuencias, que se puedan seguir de la aprobación de la norma desde una perspectiva de salud y equidad en todas las políticas, valorando las medidas a adoptar para minimizar impactos negativos y maximizar los positivos.	**Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas**	**Se acepta con redacción alternativa**. Se modifica tanto la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno* y su desarrollo reglamentario, *el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria de Análisis del Impacto Normativo* en el sentido propuesto.
Se propone incluir **una modificación del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo**, en los siguientes términos: Se modifica el artículo 2, Estructura y contenido de la memoria del análisis de impacto normativo, que debería contener un apartado referido a la inclusión de la evaluación del impacto en salud y sus determinantes, de este tenor: Impacto en salud y sus determinantes. El impacto en salud y sus determinantes analizará y valorará las consecuencias, que se pueden seguir de la aprobación de la norma	**Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas**	**Se acepta con redacción alternativa**. Se modifica tanto la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno* y su desarrollo reglamentario, *el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria de Análisis del Impacto Normativo* en el sentido propuesto.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
desde una perspectiva de salud y equidad en todas las políticas, valorando las medidas a adoptar para minimizar impactos negativos y maximizar los positivos, siguiendo las pautas establecidas en la Guía Metodológica.		
Se propone desde la POP **hacer preceptiva la evaluación del impacto en salud en la elaboración de las iniciativas normativas reguladas por la Ley 50/1997, de 27 de noviembre**, disponiendo en las Memorias del análisis de Impacto Normativo de un apartado relativo al impacto en la salud de la población. Tal y como se define en la Declaración de Helsinki sobre salud en todas las políticas (8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud), la incorporación de la salud a todas las políticas consiste en adoptar un enfoque intersectorial de las políticas públicas en el que se tengan en cuenta sistemáticamente las repercusiones sanitarias de las decisiones, se promuevan las sinergias y se eviten los efectos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria. En este punto consideramos necesario establecer indicadores que permitan medir y evaluar el impacto en la salud que tienen las nuevas políticas públicas a implantar. Incorporando la perspectiva de la salud en el enfoque y planteamiento de las mismas y con especial foco en las personas con una enfermedad como colectivo vulnerable y no protegido socialmente. Para dar cobertura real a las necesidades de las personas con patologías crónicas o síntomas cronificadas, se necesitan políticas públicas que protejan a las	**Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)**	**Se acepta con redacción alternativa**. Se modifica tanto la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno* y su desarrollo reglamentario, *el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria de Análisis del Impacto Normativo* en el sentido propuesto. En relación a los indicadores, se incluye en el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 20 de mayo, su apartado 6, lo destacado en subrayado: "6. El Ministerio de Sanidad realizará periódicamente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, **así como del cumplimiento de la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios incluidos en ella."** El APL agrupa conceptualmente la cartera común de servicios del SNS como herramienta clave del SNS para garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones que lo componen en todo el territorio nacional y evitar que puedan incorporarse nuevos copagos sanitarios a la población española. Se pretende

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
personas más allá del ámbito sanitario, teniendo en cuenta la condición de cronicidad con un impacto en lo familiar, social, laboral, educativo y económico. Para ello se deben establecer presupuestos compartidos entre el Ministerio de Sanidad y otros ministerios para poder llevar a cabo acciones conjuntas. Principalmente consideramos que se debe trabajar estrechamente con el ministerio de derechos sociales, el ministerio de trabajo, el ministerio de seguridad social y el de educación.		reestablecer la cartera común de servicios, como una única cartera cuya provisión estará cubierta de forma completa por financiación pública, estableciéndose la misma aportación que en la actualidad en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte del usuario y se regirán por su normativa específica. El desarrollo de criterios, indicadores y medidas que garanticen una asistencia sanitaria homogénea en todas las CCAA sería objeto, en todo caso, de un desarrollo reglamentario, disponiéndose ya de normas como es el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.
Nuevo artículo octavo. *Modificación del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.*		
Subdividir el tramo de aportación farmacéutica las personas que tienen un nivel de aportación correspondiente a una TSI004 que en la actualidad son las que	**Consejería de Salud del Principado de Asturias**	**No se acepta.** La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
tienen un nivel de renta comprendido entre 18.000€ y 100.000€. No parece muy lógico que una persona con un nivel de renta de 18.001€ pague un 50% de los fármacos igual que otra que tiene 99.999€.		realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.
Propuesta de aclaración de la aportación de la prestación farmacéutica en pacientes de mutualidades. En la actualidad la aportación de la prestación farmacéutica a los usuarios mutualistas se re-coge en el RD Legislativo 1/2015, Art 102, con el siguiente contenido: 9. El nivel de aportación de las personas encuadradas en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30 % con carácter general, resultándoles	**Consejería de Sanidad de Castilla y León**	**No se acepta.** Lo establecido en la normativa vigente es inequívoco y ha sido descrito desde la Consejería de Castilla y León: "*El nivel de aportación de las personas encuadradas en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30 % con carácter general, resultándoles de aplicación lo dispuesto en el párrafo a) del apartado 6 y en el párrafo e) del apartado 8*."

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de aplicación lo dispuesto en el párrafo a) del apartado 6 y en el párrafo e) del apartado 8. 6.a) Un 10 % del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima de 4,24 euros. 8.e) Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional. Con este redactado, quedaría fuera de aplicación la exención de aportación recogida en los apartados *8g) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.* y *8h) 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.* Convendría recoger y precisar en una posible disposición adicional los ajustes en las aportaciones de los usuarios mutualistas que cumplen los criterios establecidos en los apartados 8g y 8h. En el caso de que corresponda la exención de aportación, sería necesario explicitarlo en la norma y establecer un código de aportación específico para		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
mutualistas exentos de aportación (diferente al TSI006 y al TSI001). Todo ello con el fin de hacerlo efectivo en los sistemas generales de prescripción, sistemas específicos de receta electrónica y procedimientos de facturación.		
Se propone la inclusión de una nueva disposición final con el siguiente contenido: *"**Disposición final XXX. Se da nueva redacción al apartado 4 del artículo 98 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que quedará redactado en los siguientes términos:*** *4. Se establecerán los nuevos conjuntos y se revisarán los precios de los conjuntos ya existentes con carácter anual. No obstante, los precios menores de las nuevas agrupaciones homogéneas serán fijados, automáticamente, en el Nomenclátor que corresponda, y los precios menores de las ya existentes serán revisados con carácter trimestral.*	**Asociación Española de Medicamentos Genéricos (AESEG)**	**No se acepta.** La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Los medicamentos autorizados no podrán formar nuevos conjuntos hasta transcurrido un año desde su inclusión en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. ***Durante este periodo anual los medicamentos que, tras la expiración de su patente, se continuaban comercializando podrán ser reembolsados por el Sistema Nacional de Salud al importe correspondiente al Precio de Venta de Laboratorio del último genérico autorizado, siempre que el paciente satisfaga voluntariamente lo diferencia entre el precio del último genérico autorizado y el de aquellos medicamentos.*** ***A falta de aportación voluntaria del paciente, se dispensará el medicamento genérico."*** <u>Justificación</u> La norma sometida a audiencia e información pública pretende fortalecer la cartera común de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, garantizando el acceso universal de los ciudadanos a sus prestaciones.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud se ve fuertemente condicionada por la aplicación estricta del denominado Sistema de Precios de Referencia. La estricta aplicación del Sistema de Precios de Referencia y de precios menores comporta una espiral de sucesivas rebajas de precios que, sin introducir ventajas para el Sistema, perjudica notablemente tanto a los productores de medicamentos genéricos como de los innovadores y, en último extremo, al paciente, que no puede elegir entre las distintas alternativas terapéuticas equivalentes y corre el riesgo de ver reducida la oferta de productos en el mercado. La libertad de elección del paciente debe protegerse y promoverse como garantía de efectividad y equidad del Sistema. De ahí que resulte necesaria la adopción de alguna medida tendente a paliar este problema y que no comprometa la necesaria reducción del gasto público farmacéutico a que el Sistema de Precios de Referencia se orienta. A tal efecto, se propone una doble medida: • Por un lado, se pretende establecer un diferencial de precios entre el medicamento genérico y el innovador, al menos durante el primer año de lanzamiento del genérico, es decir, durante el tiempo que transcurre desde que la decisión sobre financiación hasta la formación del conjunto		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
homogéneo. Es esta la medida más eficaz para promover el mercado de genéricos. Todos los países de Europa disponen de un sistema que garantiza la diferencia de precios bien sea directamente en el precio o con una diferencia en el sistema de copago. España es el único país donde el precio y el copago es el mismo para el genérico y para el medicamento de referencia. • Por otra parte, se pretende reintroducir una previsión que, vigente desde la creación del Sistema de Precios de Referencia en 1997 hasta la entrada en vigor de la Ley 29/2006, permita "diferenciar" a los medicamentos innovadores, al no obligar a sus titulares a situarse en todo caso al precio del genérico, lo que les permitiría gozar de un diferencial de precio con los genéricos que sería satisfecho voluntariamente por los consumidores que así lo tuvieran por conveniente. Como ha reconocido en diferentes informes la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC), y muy en particular en su informe relacionado con el Plan de Genéricos propuesto por el Ministerio de Sanidad en 2019, el Sistema de Precios de Referencia español no guarda analogía con el modelo teórico extendido con éxito en otros países. Por ello se recomendó reorientarlo hacia esta otra concepción. Bajo ese sistema existente en otros países, se fija también un nivel máximo de financiación o reembolso del medicamento, pero se permiten precios superiores, y se incentivan precios inferiores, bajados voluntariamente, dejando margen a la competencia en dos segmentos:		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
• En un primer segmento los medicamentos de marca compiten entre ellos en diferenciación (con precios más elevados). El usuario puede optar voluntariamente por comprarlos satisfaciendo una aportación adicional. • En el segundo segmento, los fabricantes de genéricos y biosimilares competirán en precios, que se irán reduciendo para obtener mayor cuota de mercado. El usuario no solo no incurriría en la aportación adicional anterior, sino que podría reducir —y en última instancia eliminar- el copago al que actualmente está sujeto como beneficiario de la prestación farmacéutica dentro del SNS. El copago actual se convertiría en un "copago evitable", versión generalizada en diversos países, como Alemania. Según la CNMC, "*al permitir precios superiores se favorece que los antiguos comercializadores de medicamentos innovadores no distorsionen ni entorpezcan la penetración de operadores en el mercado de genéricos. La experiencia demuestra que este sistema —a diferencia del actual- fomenta la competencia en los dos segmentos del mercado y permite soluciones eficientes. La mayor penetración en el mercado de los genéricos en la UE se observa en países con un modelo de SPR de precios flexibles y de copago evitable donde realmente se establece un modelo de competencia en precios*". En la misma línea se mueve el informe de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIREF) cuando reconoce que el copago evitable podría aportar los siguientes beneficios: 1) fomentar la innovación, al		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
ofrecer a la marca la posibilidad de obtener beneficios extra y un retorno de inversión más rápido; 2) fomentar la entrada de genéricos, al generar incentivos para su consumo como forma de evitar el copago; y 3) implicar al paciente en la toma de decisiones. Es importante destacar, no obstante, que esta medida no supone efecto sobre el gasto público, ya que no se producen modificaciones de ningún tipo en la aportación de los medicamentos financiados. En definitiva, a juicio de la AIREF "*incorporar los sistemas de copago evitable permitiría concienciar al ciudadano sobre el impacto de sus decisiones de consumo y obtener mejoras en los precios de facturación del Sistema Nacional de Salud*".		
Nos parece fundamental ampliar el concepto de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica y consideramos que sería interesante incluir familias monomarenales [sic, ¿monoparentales?] y/o mujeres víctimas de violencia de género y sus hijas/os dada la situación de precariedad y riesgo de exclusión social al que suelen verse sometidas como consecuencia de la propia violencia. Estas situaciones de especial vulnerabilidad podrían justificarse mediante certificado de Servicios Sociales.	**Plataforma del Tercer Sector**	**No se acepta.** El APL tiene como objetivo establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. Así como homogenizar la exención de aportación de los usuarios y sus beneficiarios establecida en la prestación farmacéutica con la ortoprotésica, de tal forma que en el momento de la dispensación de productos farmacéuticos y productos ortoprotésicos, los colectivos estén exentos de la aportación en ambas prestaciones.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR. Solo se modifica el RDL 1/2015, de 24 de julio, en lo referente a incluir la aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de oficinas de farmacia de los nuevos colectivos que se incorporan a la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* por el necesario acceso a la prestación farmacéutica en igualdad de condiciones al resto de los usuarios del SNS.
Se propone añadir un párrafo al apartado 8 del ya citado artículo 102 del RD Legislativo 1/2015, de 24 de julio (que precisamente recoge la **exención de aportación para las personas nacionales y las extranjeras residentes que se encuentren en alguna de las situaciones de vulnerabilidad económica que la norma detalla)** con el siguiente contenido: (…)	**Plataforma del Tercer Sector**	**No se acepta.** El APL tiene como objetivo establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. Así como homogenizar la exención de aportación de los usuarios y sus beneficiarios establecida en la prestación farmacéutica con la ortoprotésica, de tal forma que en el momento de la dispensación de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"De igual forma, estarán **exentas de aportación las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España** a los que se refiere el literal e) del apartado 5 del presente artículo, **que se encuentren en supuestos excepcionales de vulnerabilidad**, equiparables a los descritos en el párrafo anterior de este apartado y acreditados mediante cualquier medio válido en Derecho."		productos farmacéuticos y productos ortoprotésicos, los colectivos estén exentos de la aportación en ambas prestaciones. La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR. Solo se modifica el RDL 1/2015, de 24 de julio, en lo referente a incluir la aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de oficinas de farmacia de los nuevos colectivos que se incorporan a la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* por el necesario acceso a la prestación farmacéutica en igualdad de condiciones al resto de los usuarios del SNS.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Se propone modificar el apartado e) del artículo 102.5 del 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 en los siguientes términos: "e) ***Para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, un 40 % del PVP para las personas menores de 65 años y un 10% del PVP para las mayores de 65 años."***	**Plataforma del Tercer Sector**	**No se acepta.** El APL tiene como objetivo establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. Así como homogenizar la exención de aportación de los usuarios y sus beneficiarios establecida en la prestación farmacéutica con la ortoprotésica, de tal forma que en el momento de la dispensación de productos farmacéuticos y productos ortoprotésicos, los colectivos estén exentos de la aportación en ambas prestaciones. La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR. Solo se modifica el RDL 1/2015, de 24 de julio, en lo referente a incluir la aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de oficinas de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		farmacia de los nuevos colectivos que se incorporan a la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* por el necesario acceso a la prestación farmacéutica en igualdad de condiciones al resto de los usuarios del SNS.
Modificar el 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 en los siguientes términos: Modificar el apartado e) del artículo 102.5 para incorporal la siguiente redacción: ***"e) Para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, un 40 % del PVP para las personas menores de 65 años y un 10% del PVP para las mayores de 65 años".*** Añadir un párrafo al apartado 8 del ya citado artículo 102 con el siguiente contenido: ***(…) De igual forma, estarán exentas de aportación las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el literal e) del apartado 5 del presente artículo, que se encuentren en supuestos excepcionales de vulnerabilidad, equiparables a los descritos en el párrafo***	**REDER, Yo Sí Sanidad Universal y Amnistía Internacional**	**No se acepta.** El APL tiene como objetivo establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. Así como homogenizar la exención de aportación de los usuarios y sus beneficiarios establecida en la prestación farmacéutica con la ortoprotésica, de tal forma que en el momento de la dispensación de productos farmacéuticos y productos ortoprotésicos, los colectivos estén exentos de la aportación en ambas prestaciones. La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
anterior de este apartado y acreditados mediante un informe favorable de los Servicios Sociales.		*Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR. Solo se modifica el RDL 1/2015, de 24 de julio, en lo referente a incluir la aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria a través de oficinas de farmacia de los nuevos colectivos que se incorporan a la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* por el necesario acceso a la prestación farmacéutica en igualdad de condiciones al resto de los usuarios del SNS.
Artículo sexto. Modificación del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. El artículo 92 del Real Decreto Legislativo 1/2014, de 24 de julio, queda redactado en los siguientes términos:	**Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE)**	**No se acepta.** La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
"Artículo 92. Procedimiento para la financiación pública. *1. Para la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios será necesaria su inclusión en la prestación farmacéutica mediante la correspondiente resolución expresa de la unidad responsable del Ministerio de Sanidad, estableciendo las condiciones de financiación y precio en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.* *Del mismo modo se procederá cuando se produzca una modificación de la autorización que afecte al contenido de la prestación farmacéutica, con carácter previo a la puesta en el mercado del producto modificado, bien por afectar la modificación a las indicaciones del medicamento, bien porque, sin afectarlas, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios así lo acuerde por razones de interés público o defensa de la salud o seguridad de las personas.* *La inclusión de medicamentos en la financiación del Sistema Nacional de Salud se posibilita mediante la financiación selectiva y no indiscriminada teniendo en cuenta criterios generales, objetivos y publicados y, concretamente, los siguientes:* *a) Gravedad, duración y secuelas* ***de las distintas patologías y/o capacidad de prevención de deficiencias o de la intensificación de la discapacidad*** *para las que resulten indicados.* *b) Necesidades específicas de ciertos colectivos.* *c) Valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad.*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
d) Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica e impacto presupuestario en el Sistema Nacional de Salud. *e) Existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento.* *f) Grado de innovación del medicamento.* *Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 24, y con objeto de garantizar el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, el Ministerio de Sanidad, podrá someter a reservas singulares las condiciones específicas de prescripción, dispensación y financiación de los mismos en el Sistema Nacional de Salud, de oficio o a propuesta de las comunidades autónomas en la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.* *Con el fin de garantizar el derecho de todas las personas que gocen de la condición de asegurado y beneficiario en el Sistema de un acceso a la prestación farmacéutica en condiciones de igualdad en todo el Sistema Nacional de Salud, las comunidades autónomas no podrán establecer, de forma unilateral, reservas singulares específicas de prescripción, dispensación y financiación de fármacos o productos sanitarios.* *No obstante lo anterior, en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud podrá decidirse la excepción motivada por una o varias comunidades autónomas en razón de sus propias particularidades.* *2. El Ministerio de Sanidad, revisará los grupos, subgrupos, categorías y/o clases de medicamentos cuya financiación no se estime necesaria para cubrir las necesidades sanitarias básicas de la población española. En todo caso, no se*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
incluirán en la prestación farmacéutica medicamentos no sujetos a prescripción médica, medicamentos que no se utilicen para el tratamiento de una patología claramente determinada, ni los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos similares. *Tampoco se financiarán los medicamentos indicados en el tratamiento de síndromes y/o síntomas de gravedad menor, ni aquellos que, aun habiendo sido autorizados de acuerdo a la normativa vigente en su momento, no respondan a las necesidades terapéuticas actuales, entendiendo por tal un balance beneficio/riesgo desfavorable en las enfermedades para las que estén indicados.* *3. La decisión de excluir, total o parcialmente, o someter a condiciones especiales de financiación, los medicamentos ya incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, se hará con los criterios establecidos en los apartados anteriores y teniendo en cuenta el precio o el coste del tratamiento de los medicamentos comparables existentes en el mercado y las orientaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.* *4. De forma equivalente se procederá en el caso de los productos sanitarios que vayan a ser incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y que se dispensen, a través de receta oficial, en territorio nacional.* *5. El Gobierno revisará periódicamente y actualizará la relación de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con la evolución de los criterios de uso racional, los conocimientos científicos, la aparición de nuevos medicamentos de mayor utilidad terapéutica o la aparición de efectos adversos que hagan variar la relación beneficio/riesgo y los criterios incluidos en los apartados anteriores.*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
6. Los productos sanitarios que vayan a ser incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y que se dispensen, a través de receta oficial, en territorio nacional, seguirán los criterios indicados para los medicamentos. En todo caso, deberán cumplir con las especificaciones y prestaciones técnicas contrastadas que hubiera previamente determinado el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, teniendo en cuenta criterios generales, objetivos y publicados y en concreto los siguientes: *a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que resulten indicadas.* *b) Necesidades específicas de ciertos colectivos.* *c) Valor diagnóstico, de control, de tratamiento, prevención de una deficiencia o de la intensificación de una discapacidad.* *d) Valor social del producto sanitario y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad.* *e) Existencia de productos sanitarios u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento.* *7. Reglamentariamente se desarrollará el procedimiento de la incorporación a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud de los medicamentos que, según lo dispuesto en el artículo 14, lleven las siglas EFG en razón de su intercambiabilidad.* *8. 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, mejorar el curso de la*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
misma o prevenir una deficiencia o de la intensificación de una discapacidad, 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.		
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:	**Asociación de Economía de la Salud (AES)**	**No se acepta.** La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
• 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.		
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).	**Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)**	**No se acepta.** La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
• 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.		
Solicitamos la derogación de los apartados 3, 4 y 5 del art. 93 y 94.4 de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. En su defecto, proponemos otra medida: **el precio de los medicamentos excluidos de la prestación farmacéutica del sistema nacional de salud debe ser libre desde el momento en el que desaparezca la sujeción de dichos medicamentos a prescripción médica.**	**Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP)**	**No se acepta.** La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Lo que proponemos es que los medicamentos desfinanciados, una vez se haya producido el cambio de *status* (de "prescripción" a "no prescripción", mediante el procedimiento de "*switch*") deben tener un precio libre, pues **en caso contrario se les estaría dispensando un trato discriminatorio respecto de los medicamentos no incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, que no se sujetan al régimen de precios notificados salvo que voluntariamente así lo decidan sus titulares.** Y el cambio de precio notificado a precio libre no debe suponer la pérdida del derecho de inclusión en el Nomenclátor, debiendo poder acceder los medicamentos con precio libre a dicho Nomenclátor. A estos efectos, **proponemos incluir en el anteproyecto una nueva disposición final** con la siguiente redacción: *"Disposición final XXX. Precio libre de los medicamentos desfinanciados.* *Se da nueva redacción al artículo 93 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que quedará redactado en los siguientes términos:* *1. El órgano responsable de la prestación farmacéutica del Ministerio de Sanidad, ~~Servicios Sociales e Igualdad~~ actualizará, mediante resolución*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
motivada, la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. *2. La motivación de la exclusión responderá a alguno de los siguientes criterios:* *a) El establecimiento de precios seleccionados.* *b) La convivencia con un medicamento no sujeto a prescripción médica con la que comparte principio activo y dosis.* *c) La consideración del medicamento como susceptible de publicitarse, directamente al público, en la Unión Europea.* *d) Que el principio activo cuente con un perfil de seguridad y eficacia favorable y suficientemente documentado a través de años de experiencia y un uso extenso.* *e) Por estar indicados en el tratamiento de síntomas menores.* *f) Por cumplir cualquiera de los criterios de no inclusión en financiación pública recogido en el artículo 92.2.* *3. **En tanto se mantenga la sujeción de dichos medicamentos a prescripción médica u orden de dispensación,** los responsables de los productos excluidos de la financiación comunicarán al órgano competente los precios a los que van a comercializar dichos medicamentos. La misma obligación se extiende a las variaciones en los precios.*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
4. En el mes siguiente a la entrada en el registro del órgano competente de las comunicaciones a las que se refiere el apartado anterior, éste resolverá sobre su conformidad o no a los precios propuestos. En caso de disconformidad, dicho órgano elevará la discrepancia a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, la cual resolverá sobre dicha cuestión. Dicha decisión será notificada mediante resolución del órgano competente al interesado. *La decisión administrativa recogida en el párrafo anterior se basará en razones de protección de la salud pública, de igualdad de acceso a los medicamentos por parte de los pacientes o de lesión real o potencial de los intereses de colectivos desfavorecidos.* *5. En tanto en cuanto se mantenga la disconformidad mencionada en el apartado anterior, se mantendrá la vigencia del precio industrial máximo.* La norma sometida a audiencia e información pública pretende fortalecer la cartera común de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, garantizando el acceso universal de los ciudadanos a sus prestaciones. Para ello, viene a introducir importantes modificaciones al régimen instaurado tras la promulgación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Precisamente este real decreto-ley introdujo una medida que se ha manifestado como profundamente perturbadora del régimen de precios de los medicamentos no financiados. Se trata de la previsión contenida en el antiguo artículo 85 *ter* (hoy artículo 93 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; en adelante, "TRLG"). Según esta norma (la negrita es nuestra): *(…)* *3.* ***Los responsables de los productos excluidos de la financiación comunicarán al órgano competente los precios a los que van a comercializar dichos medicamentos. La misma obligación se extiende a las variaciones en los precios.*** ***4. En el mes siguiente a la entrada en el registro del órgano competente de las comunicaciones a las que se refiere el apartado anterior, éste resolverá sobre su conformidad o no a los precios propuestos. En caso de disconformidad, dicho órgano elevará la discrepancia a la Comisión Interministerial de Precios***		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
de los Medicamentos, la cual resolverá sobre dicha cuestión. Dicha decisión será notificada mediante resolución del órgano competente al interesado. ***La decisión administrativa recogida en el párrafo anterior se basará en razones de protección de la salud pública, de igualdad de acceso a los medicamentos por parte de los pacientes o de lesión real o potencial de los intereses de colectivos desfavorecidos.*** ***5. En tanto en cuanto se mantenga la disconformidad mencionada en el apartado anterior, se mantendrá la vigencia del precio industrial máximo.*** El actual artículo 93 del TRLG regula el procedimiento de desfinanciación de los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, previendo un mecanismo de comunicación del precio al Ministerio de Sanidad, que puede objetar dicho precio con fundamento en razones de protección de la salud pública, de igualdad de acceso a los medicamentos por parte de los pacientes o de lesión real o potencial de los intereses de colectivos desfavorecidos. De la misma manera, el art. 94.4 del TRLG dispone que "*en todo caso, los titulares de autorizaciones de comercialización de los mismos* (se refiere a los medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica) *podrán comercializar los medicamentos que se dispensen en territorio español en*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
régimen de precios notificados, entendiendo por tal la comunicación del precio al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de modo que el departamento pueda objetar el mismo por razones de interés público." Como puede apreciarse, esta norma permite a la Administración, siquiera sea caso a caso, controlar los precios de los medicamentos no incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. En este punto debe recordarse que los medicamentos no incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (medicamentos no sujetos a receta médica y no financiados), al igual que los previamente incluidos y después " han estado tradicionalmente excluidos del régimen de intervención de precios, de forma que los titulares de las autorizaciones de comercialización de los medicamentos no incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud han gozado de libertad absoluta para la fijación de los precios de las diferentes presentaciones no financiadas. En relación con lo anterior, la extinta Comisión Nacional de Competencia (hoy Comisión Nacional de los Mercado y de la Competencia, CNMC) señaló en su informe de 30 de octubre de 2012 (IPN 81/12) sobre el anteproyecto de modificación de la Ley 29/2006 que "*la fijación de precios limita las*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
posibilidades de los operadores de seguir estrategias de diferenciación de precios para competir en el mercado, con efectos tanto a corto plazo como desde un punto de vista dinámico. Por añadidura, en este caso esta previsión supone ampliar el sistema de precio fijo a medicamentos y productos sanitarios que no precisen receta, pero dispensados en territorio español, lo que extiende a este ámbito los problemas de conciliación de este mecanismo con la libertad de empresa consagrada en el artículo 38 CE que se han manifestado anteriormente a propósito de las observaciones a determinados preceptos del régimen sancionador. Por todo ello, la intervención gubernativa no debería sustituir a la fijación del precio derivada de la libre interacción entre oferta y demanda a menos que exista una justificación adecuada para el mismo en base a su necesidad y proporcionalidad. En el caso que nos ocupa, y sin perjuicio de la posibilidad de revisar tal precepto en este punto para eliminar tal posibilidad de intervenir administrativamente en un ámbito en que el precio debería ser libre (con las potenciales distorsiones que adicionalmente ello puede aparejar sobre los precios de los medicamentos que no se decida intervenir), lo cierto es que, establecida tal posibilidad en el mencionado artículo 90, su posible utilización debería ser valorada con mucha cautela cuando se trate de medicamentos y productos sanitarios que no sean financiados por fondos públicos, debiendo someterse tal ejercicio a una justificación extremadamente rigurosa, por parte del Ministerio competente, de su necesidad y proporcionalidad".		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Sin embargo, la aplicación que ha venido haciendo el Ministerio de Sanidad de esta medida dista mucho de ceñirse a las situaciones de excepcionalidad que demandaba la CNC y que contempla la redacción del TRLG, en cuanto se han venido adoptando decisiones individuales que evidencian un control general de los precios de estos medicamentos. Es evidente la voluntad administrativa de intervención general de los precios de los medicamentos desfinanciados, que se manifiesta a través de decisiones dictadas en cada caso individual, si bien respondiendo a aquella finalidad global. Creemos, dicho con los debidos respetos, que la medida de limitación del precio de los medicamentos desfinanciados infringe directamente el TRLG, que únicamente permite medidas concretas y puntuales de control de dichos precios (por razones justificadas de interés general), pero nunca medidas de intervención general. El precio de los medicamentos no incluidos en la prestación farmacéutica debe ser libre, sin necesidad u obligación de someterlo al régimen de precio comunicado o notificado previsto en los artículos 93 (apartados 3, 4 y 5) y 94.4 del TRLG.		
Recomendaríamos: Asistencia sanitaria *para las personas nacionales y las extranjeras residentes que se encuentren en alguna de las situaciones de*	**Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid**	**No se acepta.** La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
vulnerabilidad económica. Estarían exentas de aportación las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el literal e) del apartado 5 del presente artículo, que se encuentren en supuestos excepcionales de vulnerabilidad socioeconómica acreditadas mediante un informe social de un/a profesional colegiado/a, bien de los servicios sociales, sanitarios, educativos.		realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.
Revisar los actuales copagos para avanzar hacia su eliminación, toda vez que los tratamientos farmacéuticos como ortoprotésicos son parte del disfrute del derecho a la salud reconocido como universal. Si bien existe una voluntad por reducir la barrera económica para unos colectivos identificados por su situación de vulnerabilidad económica, cabe recordar los resultados de estudios recientes[2] que aluden al llamado "gasto catastrófico" que recae sobre quienes se empobrecen como consecuencia de la carga económica que representa el acceso a fármacos y otros recursos sanitarios como son trabajadores con salarios inferiores a 900€ (y que no se encuentran entre los colectivos a quienes se aplica copagos reducidos). 2 *¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria?* – WHO/EURO:2021-3996-43755-61568 WHOEURO-2021-3996-43755-61568-spa.pdf	**Médicos del Mundo**	**No se acepta.** El APL tiene como objetivo establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. Así como homogenizar la exención de aportación de los usuarios y sus beneficiarios establecida en la prestación farmacéutica con la ortoprotésica, de tal forma que en el momento de la dispensación de productos farmacéuticos y productos ortoprotésicos, los colectivos estén exentos de la aportación en ambas prestaciones. La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Legislativo 1/2015, de 24 de julio. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.
Inclusión de las personas con patologías crónicas entre los colectivos exentos de realizar las aportaciones y copagos farmacéuticos. En el anteproyecto de Ley se modifica el artículo 102.8 del Real Decreto 1506/2012 de 2 de noviembre que regula la prestación ortoprotésica al objeto de incluir a los menores de edad con discapacidad igual o superior al 33% como colectivo exento de realizar las aportaciones o copago. Sin embargo, no se acoge nuestra propuesta de incluir entre los colectivos exentos también a las personas con patologías crónicas. La inclusión entre los colectivos exentos de los enfermos crónicos resulta necesaria pues el gasto que deben realizar estas personas, las cuales suelen tener asociadas comorbilidades, generan un gran impacto en la economía familiar. Cabe además añadir, que estas familias afrontan un gasto importante al tener que desplazarse a otras comunidades para poder realizar el tratamiento que necesitan, sin que en muchos casos se les abone el traslado (desplazamientos y	**Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)**	**No se acepta.** La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
estancia durante largos periodos de tiempo) en la comunidad de destino. En el caso de los menores, alguno de los progenitores debe renunciar a trabajar para poder desplazarse y atender al menor, lo que empobrece aún más a la familia. Por todo ello **debería como mínimo establecerse un tope mensual máximo de pago para estas personas en función de su renta**.		
Prestación farmacéutica.- Art. 89.5 No se acoge en el nuevo texto la propuesta de la POP que instaba a la eliminación del apartado 5 del artículo 89 del Real Decreto Legislativo 1/2015 de garantías y uso racional de medicamentos para permitir prescribir a los profesionales médicos los medicamentos por marca comercial, lo cual promovería la adherencia al tratamiento y seguridad de los pacientes. Consideramos fundamental que se permita a los profesionales médicos prescribir por denominación comercial de los medicamentos (de original, genérico y/o biosimilar) para promover la adherencia y la seguridad del paciente. El paciente debe ser informado en cada momento sobre su patología, el tratamiento prescrito y las distintas alternativas terapéutica; debe respetarse la relación médico- paciente y potenciarse la toma de decisiones compartidas para asegurar una mayor eficacia y adherencia al tratamiento además de garantizarse así la seguridad y vigilancia de posibles efectos adversos.	**Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)**	**No se acepta.** La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio*. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Consideramos que debe dispensarse por el farmacéutico el medicamento específico prescrito por el profesional médico por su denominación comercial pues es el clínico quien mejor conoce la historia clínica y situación del paciente.		
En relación con la modificación del artículo 8, sobre la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, la plataforma CH2025 celebra la unificación de la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios, especialmente con el fin de garantizar la equidad del acceso de toda la ciudadanía a las prestaciones sanitarias y evitar nuevos copagos sanitarios. Es especialmente en la cuestión del copago sanitarios y la prestación farmacéutica donde la plataforma CH2025 quiere **instar al Ministerio de Sanidad a que, durante sus evaluaciones anuales de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, contemple y revise también singularidades que atañen a la no cobertura del copago farmacéutico en diversos tratamientos** como es por ejemplo el caso de productos de uso tópico para patologías crónicas como la artritis o la psoriasis.	**Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025)**	**No se acepta.** El APL tiene como objetivo establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. Así como homogenizar la exención de aportación de los usuarios y sus beneficiarios establecida en la prestación farmacéutica con la ortoprotésica, de tal forma que en el momento de la dispensación de productos farmacéuticos y productos ortoprotésicos, los colectivos estén exentos de la aportación en ambas prestaciones. La modificación de la normativa que regula la política farmacéutica está prevista que se realice por un proyecto de ley que modifique el *texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Legislativo 1/2015, de 24 de julio. Es una de las reformas incluidas en el PRTR.
Nuevos artículos noveno y décimo. *Modificación del Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social y del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.*		
Modificar el artículo 7.1 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo en los siguientes términos: - Eliminar el siguiente texto "***así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España***" **Modificar el artículo 54 del Real Decreto 557/2011,** de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y	**REDER, Yo Sí Sanidad Universal y Amnistía Internacional**	**Se acepta parcialmente**. Se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a su cargo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
libertades de los extranjeros en España y su integración social en los siguientes términos: - Eliminar el siguiente texto "***incluyendo la asistencia sanitaria en el supuesto de no estar cubierta por la Seguridad Social***" Justificación: **Una exclusión sin base en el derecho comunitario** El texto aprobado por el Consejo de Ministros en primera vuelta no recoge ningún tipo de medida dirigida a corregir la situación de absoluta exclusión en la que permanecen las personas ascendientes que llegan a España a través de un proceso de reagrupación familiar. No obstante, desde el Ministerio de Sanidad se nos ha informado que esta omisión se debe a que aún están estudiando la fórmula precisa para reconocer el derecho a la atención, y que el texto que finalmente se lleve al Consejo de Ministros en segunda vuelta sí incorporará medidas para garantizar el derecho de estas personas. A este respecto, las organizaciones firmantes esperamos que la redacción finalmente propuesta por el Ministerio reintegre de forma completa y sin excepciones el derecho que fue arrebatado de forma injusta a estas personas en 2012. En este sentido, nos preocupa que en anteriores interlocuciones con		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
el Ministerio de Sanidad se haya hecho referencia en más de una ocasión al marco jurídico de la Unión Europea como un impedimento para el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de estas personas. Tal y como hemos señalado en ocasiones anteriores, **no existe ninguna previsión en el derecho comunitario que justifique la exclusión de las personas ascendientes**. Por un lado, la Directiva 2004/38/CE *del parlamento europeo y del consejo de 29 de abril de 2004 que establece y regula el derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros* (en adelante Directiva 2004/38/CE), es de aplicación únicamente a "**Cualquier ciudadano de la Unión que se traslade a, o resida en, un Estado miembro distinto del Estado del que tenga la nacionalidad**, así como a los miembros de su familia". Sin embargo, el Estado español a la hora de transponer dicha Directiva a su ordenamiento jurídico a través del el Real Decreto 240/2007 de 16 de febrero, *sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo* (en adelante RD 240/2007), va más allá del ámbito subjetivo de dicha Directiva y – a través de una norma Reglamentaria y no mediante una norma con rango de Ley – hace extensiva su aplicación a las personas de nacionalidad española que viven en España y en consecuencia procede a regular		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
los requisitos que estas deben cumplir para reagrupar a sus familiares de origen extracomunitario. Pero este RD 240/2007 va incluso más allá, dificultando notablemente el ejercicio del derecho a la reagrupación familiar de personas ascendientes de nacionalidad extracomunitaria al exigir a las propias reagrupadas aportar un seguro médico que cubra su atención sanitaria en España, requisito que no está previsto en la legislación comunitaria ni existe en la práctica de los Estados Miembros de nuestro entorno y que además en el caso de España se exige de forma exclusiva y discriminatoria a las personas ascendientes[4]. No debemos olvidar en todo caso que el artículo 37 de la citada Directiva establece de forma clara que **"Las disposiciones de la presente Directiva no afectarán a las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de un Estado miembro que sean más favorables para los beneficiarios de la presente Directiva."** No existe ningún obstáculo en el derecho comunitario a que España reconozca la titularidad del derecho a cualquier persona en territorio español. Al revés, **el derecho comunitario dice claramente que cualquier disposición nacional más favorable debe no verse afectada por el derecho comunitario**.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
4 El art 7.2. de la Directiva determina que el derecho de residencia establecido en el apartado 1 se ampliará a los miembros de la familia que no sean nacionales de un Estado miembro **cuando acompañen al ciudadano de la Unión o se reúnan con él en el Estado miembro de acogida**, siempre que dicho ciudadano cumpla las condiciones contempladas en las letras a) trabajador por cuenta ajena o propia en el país de acogida, o b) dispone para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado miembro de acogida durante su período de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en el Estado miembro de acogida, o c) estudiantes del apartado 1. **Es en este punto, respecto a la exigencia del seguro de enfermedad a los ascendientes de terceros países de ciudadanos comunitarios, donde se genera la gran diferencia de aplicación de la normativa en los Estados Miembros**. En los países de nuestro entorno no se solicita adicionalmente para la expedición de la tarjeta de residencia de familiar comunitario un seguro privado, porque basta que se demuestre que el comunitario se encuentra en uno de los supuestos del art 7.2. Es relevante señalar que el reconocimiento de la extensión del derecho de residencia a los familiares del ciudadano comunitario se produce cuando concurran alguna de las circunstancias previstas en artículo 7.2, pues dichos supuestos se vinculan a través de la conjunción “o” lo que determina que no es necesario que concurran de forma cumulativa. Paradójicamente en el caso español, se ignora esta circunstancia y se exige la concurrencia simultánea del requisito de ser trabajador por cuenta propia o ajena “y” contar con los recursos suficientes para sí y para su familia exigiendo además en lo que respecta a este último requisito, que la persona reagrupada aporte un seguro sanitario. Esta exigencia no se corresponde con la práctica de los estados miembros de nuestro entorno los cuales no exigen este requisito porque al depender la persona reagrupada del ciudadano comunitario reagrupante se le incluye como beneficiario de su seguro sanitario público.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En nuestra normativa sanitaria, el RDL 7/2018 en su articulado reconoce el derecho a la atención si: c) Ser persona extranjera y con 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***. Esto último, hace mención a la exigencia de los familiares no comunitarios ascendientes de adquirir un seguro privado el cual, como ya se ha indicado, no es requerido por otros EEMM. En la práctica comprobamos que cuando el ascendiente extracomunitario ya se encuentran en el EEMM del que es nacional su descendiente, en los documentos que deben adjuntar NO se solicita que se adjunte una póliza o seguro de médico privado o público, como en el caso de España. Más aún cuando **no se debe perder de vista que la emisión de la tarjeta no genera el derecho, sino es meramente un carácter declarativo y no constitutivo de derechos**. (léase sentencias de 25 de julio de 2008, Metock y otros, C-127/08, EU:C:2008:449, apartado 52, y de 21 de julio de 2011, Dias, C-325/09, EU:C:2011:498, apartado 54).		
• Modificar el Artículo 7.1 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo en los siguientes términos: Eliminar el siguiente texto *"así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España"*. • Modificar el Artículo 54 del Real Decreto 557/2011 de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social en los siguientes	**Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid**	**Se acepta parcialmente**. Se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a su cargo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
términos: Eliminar el siguiente texto "*incluyendo la asistencia sanitaria en el supuesto de no estar cubierta por la Seguridad Social*".		
Instamos la supresión de las condiciones expresadas en los párrafos que preceden, contenidas en los artículos 3 y 3ter.2.a) (obligación de tener contratada la cobertura por otra vía - seguro privado) del Anteproyecto de Ley sometido a consulta, a la vez que entendemos que ello necesariamente debe acompañarse de la **supresión de las mismas en la regulación contenida en el Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, para el acceso a la concesión de autorizaciones.**	**Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)**	**Se acepta parcialmente**. Se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a su cargo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria.
También, **debería modificarse el artículo 7.1 del Real Decreto 240/2007**, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo en los siguientes términos: **Eliminar el siguiente texto "así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España"** Por último, **modificar el artículo 54 del Real Decreto 557/2011 de 20 de abril**, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social en los siguientes términos: **Eliminar el siguiente texto "incluyendo la asistencia sanitaria en el supuesto de no estar cubierta por la Seguridad Social".**	**Plataforma del Tercer Sector**	**Se acepta parcialmente**. Se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a su cargo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Por lo expuesto hasta ahora, la situación actual requiere que, con la modificación presente, se asegure que todas las personas que viven en España tengan acceso al sistema sanitario público y que éste sea efectivo en todos los centros de salud y hospitales de nuestro país. Pero requiere también garantizar la atención en el sistema público a aquellas personas extranjeras que para acceder a un permiso de residencia en España hayan tenido que suscribir un seguro privado. Como bien sabemos, los seguros privados no incluyen la atención a todos los posibles problemas de salud. Por lo tanto, no podemos transponer los requisitos para residir en territorio español al acceso al SNS.		
En relación con lo expuesto, no debe obviarse que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental recogido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales constituye una obligación vinculante para el Estado español, debiendo el mismo promover las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Esta obligación se extiende de forma particular a los colectivos más vulnerables, en aplicación de los principios de equidad y no discriminación, y tal y como se recoge en la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	**Asociación de Consumidores y Usuarios en Acción - FACUA**	**Se acepta parcialmente**. Se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a su cargo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria..

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En un contexto de crisis de salud pública como el actual donde el vínculo entre la salud comunitaria y la individual es más evidente que nunca, la urgencia de hacer efectivo este derecho sin distinciones ni excepciones cobra, además, mayor relevancia si cabe, por lo que **instamos la supresión de las condiciones expresadas en los párrafos que preceden, contenidas en los artículos 3 y 3ter.2.a) (obligación de tener contratada la cobertura por otra vía - seguro privado)** del Anteproyecto de Ley sometido a consulta, a la vez que entendemos que ello necesariamente debe acompañarse de la **supresión de las mismas en la regulación contenida en el Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, para el acceso a la concesión de autorizaciones.**		
En relación con lo expuesto, no debe obviarse que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental recogido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales constituye una obligación vinculante para el Estado español, debiendo el mismo promover las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Esta obligación se extiende de forma particular a los colectivos más vulnerables, en aplicación de los principios de equidad y no discriminación, y tal y como se recoge en la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En un contexto de crisis de salud pública como el actual donde el vínculo entre la salud comunitaria y la individual es más evidente que nunca, la urgencia de	**Consejo de Consumidores y Usuarios (CCU)**	**Se acepta parcialmente**. Se ha incluido, como titulares de derecho, en el artículo 3 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y que estén a su cargo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
hacer efectivo este derecho sin distinciones ni excepciones cobra, además, mayor relevancia si cabe, por lo que **instamos la supresión de la condición expresada en los párrafos que preceden, contenida en el artículo 3ter.2.a) (obligación de tener contratada la cobertura por otra vía - seguro privado)** del Anteproyecto de Ley sometido a consulta.		
Nuevo artículo undécimo. *Modificación de la legislación tributaria*		
"**Artículo XX. Modificación de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social**. ***Queda suprimido artículo 29 relativo a la tasa por vacunación de viajeros internacionales***." Como alternativa se podría plantear la modificación de dicho artículo: "**Artículo XX. Modificación de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social**. **Se modifica el apartado cuarto del artículo 29, con el siguiente texto:** **Cuatro. Será sujeto pasivo de la tasa, la persona que solicite el servicio. Se exceptúa su cobro a los que son titulares del derecho a la protección a la salud**	**Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad**	**No se acepta**. No es objetivo de la norma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
y a la atención sanitaria, esto es, personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español". **Presentan una Memoria justificativa** propuesta de supresión se la tasa por vacunación de viajeros internacionales (MODELO 790 – CÓDIGO 058) Justificación Las vacunas son uno de los instrumentos más poderosos en la historia de la salud pública. Son las armas más eficaces en la prevención de las enfermedades infecciosas. A lo largo de las últimas décadas han cumplido su misión salvando vidas en todo el planeta, neutralizando virus y bacterias con potencial letal y permitido el control y la eliminación de varias enfermedades, así como la erradicación de la viruela. La vacunación internacional se encuentra sometida a la tasa por vacunación de viajeros internacionales (tasa 058), que se establece en el artículo 29 de la Ley 13/1996 de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. Constituye el hecho imponible de la tasa la vacunación contra las enfermedades contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional, así como cualquier otra solicitada por el interesado, y la expedición del Certificado de Vacunación Internacional, siendo el sujeto pasivo la persona que solicite el servicio.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La aplicación de dicha Tasa estatal ha tenido un efecto disuasorio, especialmente para el caso referido a colectivos de residentes en España que regresan a sus países de origen de visita a familiares por largos períodos de tiempo, con el consabido riesgo de exposición a las enfermedades emergentes y reemergentes transmisibles endémicas o epidémicas frente a las cuales existen vacunas altamente eficaces y seguras. La eliminación de la tasa supone un importante avance en la universalidad de la atención sanitaria, especialmente en ámbito tan sensible como es el de la vacunación, donde España siempre ha apostado y es una referencia mundial.		
Aplicación de un tipo superreducido del 4% a todos los productos sanitarios de forma indefinida. En la actualidad, los productos sanitarios tributan en el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) al 21% con carácter general y al tipo reducido del 10% en determinados casos. Concretamente, el tipo reducido del 10% sólo se aplica a los productos que, por sus características objetivas, estén diseñados para aliviar o tratar deficiencias para uso personal y exclusivo de personas que tengan deficiencias físicas,	**Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP)**	**No se acepta.** No es objetivo de la norma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de quien resulte ser el adquirente de los mismos. En abril de 2021, el Consejo de Ministros aprobó un real decreto-ley en el que prorrogó hasta el 31 de diciembre de 2021 del IVA a “tipo cero” para las entregas, adquisiciones intracomunitarias e importaciones de material de protección sanitaria que realizan las Administraciones Públicas, los centros sanitarios públicos o privados o las entidades sociales ante la COVID-19. Esta exención se había ido prorrogando desde el comienzo de la pandemia. Este tipo cero se aplica a mascarillas, guantes, gafas, gorros, batas impermeables, termómetros, respiradores, y diversos elementos de protección individual. También se había dispuesto con anterioridad la rebaja del tipo impositivo del IVA de las mascarillas quirúrgicas desechables del 21% al 4%. Estas medidas, pese a su importancia, resultan insuficientes pues, una vez expire la situación pandémica, estos productos, que son de primera necesidad, volverán a un tipo impositivo general del 21%.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Además, la reducción del tipo impositivo resulta necesaria para garantizar el acceso del ciudadano a unos productos concebidos para supuestos muy semejantes a los propios medicamentos, que hoy tributan al tipo "superreducido" del 4%. Y es que los productos sanitarios tienen por objeto el diagnóstico, la prevención, el control, tratamiento o alivio de una enfermedad, el diagnóstico, control, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia, la investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico, o la regulación de la concepción. La reducción del tipo impositivo es una facultad que asiste a todos los Estados Miembros de la Unión Europea. La Comisión Europea propuso en 2018 la reforma y simplificación del sistema actual del Impuesto sobre el Valor Añadido en el conjunto de los países de la Unión Europea, lo que confirió mayor capacidad de decisión a los Estados miembros si bien en el caso de España aún no se ha traducido en una reducción de este impuesto en los productos sanitarios. La aplicación del IVA de tipo general (21%) detrae recursos de los presupuestos sanitarios, reduciendo la disponibilidad económica que se podría emplear en la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
mejora de la atención sanitaria que reciben los ciudadanos. Aunque en España se aplica el tipo reducido del IVA (10 %) a todos aquellos productos sanitarios para uso personal y exclusivo de personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, a numerosos productos indispensables para el buen funcionamiento de cualquier institución sanitaria se les sigue aplicando un IVA del 21%.		
Nuevo artículo duodécimo. *Modificación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*		
La coherencia de la regulación en su conjunto determina que sea perentorio **incorporar, por la vía de la modificación del RD 1030/2006, un catálogo de prestaciones propias de las competencias profesionales establecidas en la normativa de estudios relativos a las profesiones tituladas establecidas en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, de tal manera que la consulta en nutrición humana y dietética y la participación del dietista-nutricionista en salud pública y en atención primaria y especializada se convierta en un hecho cuanto antes.**	**Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas (CGCODN)**	**No se acepta**. No es objeto de la norma la regulación de la consulta en nutrición humana y dietética y la participación del dietista-nutricionista en salud pública y en atención primaria y especializada. Cabe recordar que la actualización de la cartera común de servicios tiene un procedimiento que se establece en Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Primero: El CGCODN valora positivamente el Anteproyecto y entiende que la regulación propuesta aparece bien justificada y acredita su pertinencia y necesidad. En tal sentido, el fortalecimiento de las estructuras sanitarias públicas que inspira el Anteproyecto y que se afronta con la modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad es acreedor, por lo demás, de la existencia de garantías reales de acceso de todas y todos a las prestaciones sanitarias para la reducción de la prevalencia de las patologías más comunes y frecuentes y aquellas que representan la mayor carga de riesgos. **Segundo:** Para consolidar la pretensión, el Anteproyecto identifica con buen criterio la importancia de la cartera común de servicios del SNS y pretende unificar la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, estableciendo las garantías necesarias para un acceso pleno e igualitario, de tal manera que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios, clarificando que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma. **Tercero:** Aunque el Anteproyecto no propone la modificación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, sí hace referencia a su importancia, por una parte, y sí propone la modificación del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, que regula la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
cartera común suplementaria, la de prestación ortoprotésica. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización regula en sus Anexos el contenido de cada una de las Carteras de Servicios de Salud Pública, Atención Primaria y Atención Especializada (y también "atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y transporte sanitario, en base a lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud"). **Cuarto:** Los riesgos dietéticos causan más muertes a nivel mundial que ningún otro factor de riesgo. En España, la situación no es sustancialmente diferente: tras el causado por fumar, los riesgos dietéticos están asociados a la primeras causas de muerte en España (presión arterial alta, índice de masa corporal alto, consumo de alcohol y glucemia alta en ayunas) Las estimaciones que maneja la Comisión Europea en relación a las enfermedades no transmisibles o ENT casadas por la alimentación malsana suponen la imputación de hasta 950.000 muertes anuales en la UE a causa de las ENT asociadas a riesgos dietéticos (EU burden from non-communicable diseases and key risk factors). Tal estimación es la misma que se está manejando en la evaluación inicial de impacto normativo disponible en la hoja de ruta de la revisión de las normas de etiquetado alimentario (Hoja de ruta Etiquetado de alimentos: revisión de las normas sobre la información facilitada a los consumidores), por lo que resulta evidente que los riesgos dietéticos representan un problema de una magnitud		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
muy relevante, miles de veces mayor que el de los problemas asociados a la contaminación alimentaria, que según el último informe EFSA causan 60 fallecimientos al año no asociados a brotes y menos de 400 fallecimientos imputables a ETA, enfermedades de transmisión alimentaria, asociados a brotes (The EU One Health Zoonoses Report, 2019) y cuya prevención y tratamiento se destinan importantes recursos en nuestro país. **Quinto:** La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias consolidó las competencias profesionales del profesional sanitario Dietista-Nutricionista. La profesión de Dietista-Nutricionista es una profesión sanitaria titulada, esto es, con estudios universitarios regulados por la Orden CIN/730/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Dietista-Nutricionista, en los términos establecidos en el artículo 2 de la ya citada Ley 44/2003, de 21 de noviembre **Sexto:** Si bien artículo 15 del Estatuto Marco del personal de los servicios de salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) establece que compete a cada Servicio de Salud el establecimiento de las categorías de personal estatutario, una vez establecido, por Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización que		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
incorpora efectivamente, en la categoría A.2, al Dietista-Nutricionista del personal estatutario del SNS, y aunque en ejercicio de sus competencias, las Comunidades autónomas han establecido la categoría de Dietista-Nutricionista para sus Servicios de Salud con diferente alcance, todo ello se ha hecho, en general, de forma limitada, atendiendo, puede deducirse en buena lógica, a la falta de regulación de las prestaciones con el Real Decreto 1030/2006. Aunque se sigue reivindicado a las Comunidades Autónomas la creación de plazas de Dietista-Nutricionista para sus Sistemas de Salud, el problema de la falta de oferta pública de un concreto servicio o prestación sanitaria se asocia directamente también a la no inclusión de la concreta prestación en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. **Séptimo:** El Anteproyecto es una buena ocasión para incluir en el Real Decreto 1030/2006 las prestaciones necesarias para afrontar la situación descrita en el punto cuarto y para dar coherencia a las regulaciones referidas en el punto quinto. La relación coste-beneficio de la incorporación plena del Dietista-Nutricionista a los Servicios de Salud, en ejercicio de sus competencias para la atención de prestaciones en Salud Pública, Atención Primaria y Especializada, ha sido bien descrita por la evidencia disponible. Es una medida costo-efectiva, que puede significar un ahorro de costes sustancial para el SNS.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Octavo: Más allá de la prestación con productos dietéticos (Anexo VII), algunos servicios de atención especializada (Anexo III, nutrición enteral y parenteral, enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas) y una mera referencia en atención primaria (Anexo II, Valoración del estado nutricional relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos), la cartera de servicios comunes del RD 1030/2006 no está pensada para dar respuesta a los problemas de salud asociados a la alimentación, ni en enfoque preventivo ni asistencial y se asocia más a las coberturas propias de un catálogo muy cerrado de patologías, vinculadas más bien con la atención que se incardina en las competencias propias de los profesionales adscritos naturalmente a la Unidad U.10 del Anexo I del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, que a las propias de la Unidad U.11.		
Nueva Disposición adicional segunda. *Sistema de Clasificación CIAP-2.*		
El Ministerio de Sanidad, previa consulta al Consejo Interterritorial, formulará en el plazo de seis meses una revisión de los códigos y rúbricas del Sistema de	**Federación de Asociaciones de Celiacos de España (FACE)**	**No se acepta**. No es objeto de la norma modificar la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2). El Ministerio de Sanidad posibilita que todos

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Clasificación CIAP-2 para facilitar los estudios estadísticos de distintas enfermedades.		los códigos de morbilidad utilizados en las CCAA confluyan lo máximo posible en una clasificación que permita la explotación común mediante los *Mapeos CIE9MC, CIE10 y CIAP2 hacia clasificación conjunta BDCAP de morbilidad en atención primaria*.
El Ministerio de Sanidad, previa consulta al Consejo Interterritorial, formulará en el plazo de seis meses una revisión de los códigos y rúbricas del Sistema de Clasificación CIAP-2 para facilitar los estudios estadísticos de distintas enfermedades.	**Asociación Juvenil FACE-Joven**	**No se acepta**. No es objeto de la norma modificar la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2). El Ministerio de Sanidad posibilita que todos los códigos de morbilidad utilizados en las CCAA confluyan lo máximo posible en una clasificación que permita la explotación común mediante los *Mapeos CIE9MC, CIE10 y CIAP2 hacia clasificación conjunta BDCAP de morbilidad en atención primaria*.
Nueva Disposición adicional tercera. *Creación nuevos organismos de evaluación sanitaria*		
-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	**Asociación de Economía de la Salud (AES)**	**No se acepta**. Las dos redes estatales actualmente conformadas en el SNS, la RedETS y REValMED, responden a las necesidades y a las prioridades del SNS dado que sus productos se desarrollan bajo una planificación que se conforma mediante un proceso

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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 concurran 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.		normalizado de priorización participativo. Además, desarrolla así una evaluación independiente, participativa y transparente bajo un marco metodológico común, sujeta a revisión por expertos externos, basado en el mejor conocimiento científico disponible. El trabajo colaborativo ha permitido la consolidación de métodos y procedimientos de trabajo, Ambos generan documentos científico-técnicos de referencia para el SNS, destinado a fundamentar la toma de decisiones sobre la incorporación, exclusión y/o modificación de las condiciones de uso de las tecnologías sanitarias y medicamentos, con el fin de promover la equidad y sostenibilidad del SNS. Sin duda, ambas Redes son ejemplos del trabajo en red y modelos de cogobernanza entre organismos/servicios públicos de evaluación regionales y nacional. El objeto de la norma es autorizar la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones (RedETS) del SNS.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
- 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,		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
- Hay varias referencias que pueden consultarse[9] 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 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 medicamentos[10], 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		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
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 oferta[11] y otra de la demanda[12], 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 institución, tal y como, de hecho, se		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
plantea en la disposición adicional única del Anteproyecto para la RedETS, en forma en este caso de consorcio. 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). 10 Véase: https://www.mscbs.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.		
Creación de una Agencia de Evaluación En relación con la cartera de servicios, lo importante es cómo se actualiza y qué se introduce en la cartera de servicios y por eso entendemos la necesidad de hacer una Agencia específica de evaluación de estos servicios y de las prestaciones para poder acceder a los mismos. El pasado diciembre de 2020, 300 sanitarios e investigadores abogaban por la creación de una Autoridad Independiente de carácter sanitario ("*La actual pandemia ha puesto en evidencia diversas debilidades del Sistema Nacional de*	**Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)**	**No se acepta**. Las dos redes estatales actualmente conformadas en el SNS, la RedETS y REValMED, responden a las necesidades y a las prioridades del SNS dado que sus productos se desarrollan bajo una planificación que se conforma mediante un proceso normalizado de priorización participativo. Además, desarrolla así una evaluación independiente, participativa y transparente bajo un marco metodológico común, sujeta a revisión por expertos externos, basado en el mejor conocimiento científico disponible. El trabajo colaborativo ha permitido la

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Salud (SNS). Entre ellas, las relacionadas con la arbitrariedad en la toma de decisiones sobre la provisión y financiación de diferentes medicamentos, pruebas diagnósticas, programas o 2), ya que *intervenciones sanitarias, sobre la creación de algunas infraestructuras sanitarias y sobre el establecimiento de prioridades en políticas de salud de amplio espectro".* Uno de los objetivos del Anteproyecto parece ser que es restablecer una cartera común del Sistema Nacional de Salud, evitando los tres componentes en los que se había dividido la cartera tras el Real Decreto-ley 16/2012: Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud; Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud y cartera común de los servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud. Parece que el objetivo de este punto es evitar la introducción de nuevos copagos. Sobre la oportunidad o no de introducir nuevos copagos, no nos pronunciamos, pero sí queremos hacer algunas consideraciones: • No nos parece que sea una prioridad política en este momento.		consolidación de métodos y procedimientos de trabajo, Ambos generan documentos científico-técnicos de referencia para el SNS, destinado a fundamentar la toma de decisiones sobre la incorporación, exclusión y/o modificación de las condiciones de uso de las tecnologías sanitarias y medicamentos, con el fin de promover la equidad y sostenibilidad del SNS. Sin duda, ambas Redes son ejemplos del trabajo en red y modelos de cogobernanza entre organismos/servicios públicos de evaluación regionales y nacional. El objeto de la norma es autorizar la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones (RedETS) del SNS.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
• De introducir en algún momento copagos, debe ser con un amplio debate social previo, lo que, por cierto, no existió cuando se introdujeron los copagos del Real Decreto-ley 16/2012 • Nos cuesta identificar copagos con inequidades. Por una parte, creemos que pueden diseñarse copagos no inequitativos, teniendo en cuenta el nivel económico del usuario, y, por otra, teniendo en cuenta la generalización de los copagos en Europa (todos los países europeos, excepto el Reino Unido y España, tienen copagos no ligados exclusivamente a la prestación farmacéutica), asimilar copagos a inequidades sería tanto como decir que todos esos sistemas son inequitativos, lo cual nos parece excesivo 2 Unos 300 sanitarios e investigadores abogan por crear una Autoridad Independiente de carácter sanitario, El Mundo, 14 diciembre, 2020. https://www.elmundo.es/		
Creación de una Agencia de Información Sanitaria, Evaluación y Calidad Constitución de una **Agencia de Información Sanitaria, Evaluación y Calidad**, pero dotada de independencia de gestión, basada en la evidencia científica, en la que participaran el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, y, otros organismos (sociedades científicas, centros académicos, etc.), así como instituciones privadas. La misión de esta Agencia sería la de publicar un conjunto de indicadores agrupados por perspectivas del sistema sanitario en sentido	**Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)**	**No se acepta**. Las dos redes estatales actualmente conformadas en el SNS, la RedETS y REValMED, responden a las necesidades y a las prioridades del SNS, dado que sus productos se desarrollan bajo una planificación que se conforma mediante un proceso normalizado de priorización participativo. Además, desarrolla así una evaluación independiente, participativa y transparente bajo un marco metodológico común, sujeta a revisión por expertos

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
amplio (público, privado, concesiones), con sus correspondientes estándares. La información debería tener un grado de desagregación que permitiera analizar y comparar territorios, hospitales, centros de atención primaria, salud mental, etc. La labor es ardua y el éxito seguramente no inmediato, pero en algún momento habrá que abordar esta iniciativa. Se considera que el sistema está ya suficientemente maduro para que esta propuesta se pueda articular a corto plazo.		externos, basado en el mejor conocimiento científico disponible. El trabajo colaborativo ha permitido la consolidación de métodos y procedimientos de trabajo, Ambos generan documentos científico-técnicos de referencia para el SNS, destinado a fundamentar la toma de decisiones sobre la incorporación, exclusión y/o modificación de las condiciones de uso de las tecnologías sanitarias y medicamentos, con el fin de promover la equidad y sostenibilidad del SNS. Sin duda, ambas Redes son ejemplos del trabajo en red y modelos de cogobernanza entre organismos/servicios públicos de evaluación regionales y nacional. El objeto de la norma es autorizar la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones (RedETS) del SNS.
Creación de un Observatorio sobre Equidad Recogemos, en este sentido, una propuesta contenida en el informe presentado al Ministerio sobre el Anteproyecto de Ley por parte de REDER: la creación de	**Fundación Instituto para el Desarrollo e**	**No se acepta.** No es objeto de la norma. Corresponde a la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud elaborar la memoria anual sobre el funcionamiento

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
un Observatorio de Equidad, proponiendo que se vincule a la Secretaría de Estado de Sanidad y que se integre por una representación ministerial, así como por representantes de la sociedad civil. Dicho Observatorio tendría las siguientes funciones: • Elaboración de informes periódicos que evalúen el estado de la equidad en el acceso al sistema sanitario en nuestro país • Velar por la equidad y ausencia de discriminación en la aplicación de la ley en las distintas comunidades autónomas. • Evaluar las barreras o dificultades que puedan obstaculizar la cobertura sanitaria universal. **Elaboración de un mapa de recursos tecnológicos tanto del sector público como del privado** Con la finalidad de poner a disposición de toda la población el acceso a esa innovación tecnológica, aunque en la cartera de prestaciones de su Comunidad Autónoma no esté presente o, incluso, sólo esté presente en el sistema sanitario privado si es aprobada su inclusión en la cartera común de servicios y prestaciones sanitarias.	**Integración de la Sanidad (IDIS)**	del SNS que deberá presentarse al Consejo Interterritorial del SNS para su debate, como se indica en el artículo 78 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Pacto para facilitar el acceso a la innovación tecnológica con el sector privado. Aunque las competencias en la gestión de los sistemas de Salud estén transferida a las Comunidades autónomas, proponemos la elaboración de un pacto para el acceso de toda la sociedad a los recursos sanitarios innovadores para la población general promovido entre el Ministerio con las instituciones sectoriales correspondientes.		
Nueva Disposición final séptima. *Gestión pública directa de los servicios sanitarios*		
Se propone la inclusión de una nueva **Disposición final** con el siguiente texto: ***"Disposición final XX. Gestión pública directa de los servicios sanitarios*** ***En el plazo de doce meses, el Gobierno promoverá las medidas legales oportunas para facilitar los procesos de reversión y recuperación de la gestión pública directa de los servicios sanitarios cuando sean acordados por las administraciones competentes".***	**Ministerio de Trabajo y Economía Social**	**No se acepta**. Las medidas que contiene el texto en la materia que se traslada tratan de dar respuesta al compromiso del Programa de Gobierno, en concreto a "Blindar el sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Justificación: El anteproyecto de ley fue elevado a informe del Consejo de Ministros, en su reunión de 8 de noviembre de 2021, a los efectos previstos en el artículo 26.4 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno. En dicho trámite, el Ministerio de Trabajo y Economía Social realizó una valoración positiva sobre la inclusión en el anteproyecto del principio de gestión preferente de la gestión pública directa de los servicios sanitarios, considerando, no obstante, que para garantizar que dicha fórmula de gestión sea efectiva, además de proyectarse hacia el futuro, debería desplegar sus efectos sobre las situaciones actuales, fomentando los procedimientos de reversión de los servicios en las administraciones públicas que apuesten por esta vía. Se trata de favorecer y facilitar la implementación de los eventuales acuerdos de las distintas administraciones competentes dirigidos a la recuperación para la gestión pública directa de los servicios que hubieran sido objeto de concierto u otra forma de gestión privada.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Habida cuenta de la dificultad de afrontar esta cuestión en el anteproyecto de ley en la medida en que se requiere de la revisión de un importante conjunto normativo, por lo demás técnicamente complejo, **se reitera la propuesta de iniciar un proceso de elaboración de la normativa adecuada que facilite la reversión de la gestión de servicios de aquellas comunidades autónomas que los inicien, de modo que se eliminen barreras de índole contractual, económico o laboral que puedan dificultar los procesos de desprivatización**. Así, las últimas sentencias del Tribunal Supremo, entre otras, la STS 95/2022, de 2 de febrero, llegan a la conclusión de que "cuando una Administración Pública se subroga, por transmisión de empresa, en un contrato de trabajo que tenía carácter fijo debe mantenerse esa condición. Es inadecuado aplicar en este caso la categoría de personal indefinido no fijo, so pena de desconocer las exigencias derivadas de la Directiva 2001/23/CE"; no obstante, se advierte que "la fijeza no está adquirida incondicionadamente en todo el ámbito de la empleadora", poniendo de manifiesto la necesidad de abordar una regulación específica en aras de la seguridad jurídica. Con este objetivo, se reitera la propuesta de incluir en el anteproyecto de ley la siguiente disposición final, que prevé un compromiso de revisión de la		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
normativa, a fin de facilitar dichos procesos de reversión, con una redacción del siguiente o parecido tenor.		
Nueva Disposición final octava. *Importación y exportación de células y tejidos*		
Se propone la inclusión de una nueva **Disposición final** con el siguiente texto: "Se **modifica el Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio**, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, de la siguiente manera: Artículo 23. Importación y exportación de células y tejidos Apartado 1.	**Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad**	**No se acepta.** No es objeto de la norma.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Donde dice *"1. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad autorizará, previo informe de la Organización Nacional de Trasplantes, la importación y exportación de los tejidos y células a los que se refiere este real decreto-ley…."* ***Debe decir*** *"1. El Ministerio de Sanidad~~, Consumo y Bienestar Social~~ autorizará**,** ~~previo informe de la~~ **a través** de la Organización Nacional de Trasplantes, la importación y exportación de los tejidos y células a los que se refiere este real decreto-ley…"* Apartado 5: ***Donde dice:*** *«5. Las solicitudes de importación y exportación de células y tejidos se dirigirán a la Organización Nacional de Trasplantes, según proceda, por el establecimiento de tejidos, el establecimiento de tejidos importador, el centro o la unidad implicada, con el conocimiento previo de la unidad de coordinación de trasplantes de la comunidad autónoma que corresponda. La Organización*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Nacional de Trasplantes dará traslado de las solicitudes a la Subdirección General de Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con su informe, para su tramitación.» ***Debe decir:*** *«5. Las solicitudes de importación y exportación de células y tejidos se dirigirán a la Organización Nacional de Trasplantes, según proceda, por el establecimiento de tejidos, el establecimiento de tejidos importador, el centro o la unidad implicada, con el conocimiento previo de la unidad de coordinación de trasplantes de la comunidad autónoma que corresponda. ~~La Organización Nacional de Trasplantes dará traslado de las solicitudes a la Subdirección General de Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con su informe, para su tramitación~~. La Organización Nacional de Trasplantes, a la vista de la documentación presentada, autorizará la importación o exportación de las citadas células y tejidos.»* Justificación La importación y exportación de células y tejidos para trasplante requiere un procedimiento de tramitación ágil que garantice la viabilidad de los tejidos.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En el momento actual, el procedimiento de evaluación previo a la importación / exportación de los citados tejidos lo lleva a cabo la Organización Nacional de Trasplantes, recayendo en la Subdirección General de Sanidad Exterior exclusivamente la acción de tramitar la autorización sin aportar valor añadido alguno. Esta acción supone un trámite que enlentece el procedimiento y que el tiempo que supone su realización pudiera llegar a afectar a la viabilidad de los tejidos. El Real Decreto 1825/2009, de 27 de noviembre, por el que se aprueba el Estatuto de la Organización Nacional de Trasplantes, establece en su artículo 5 las funciones de dicha organización, entre las cuales se encuentra la ***"…evaluación, seguimiento y autorización, en su caso, de las importaciones y exportaciones de órganos, tejidos y células de origen humano, para utilización en seres humanos."*** Esta acción ya la está llevando a cabo en la importación y exportación de órganos para trasplantes, y lo adecuado es que también lo realizara cuando se trata de los tejidos y células que regulados por el Real Decreto-ley que se pretende modificar.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Por todo lo anterior, se propone esta modificación en el anteproyecto de Ley, para que sea la propia ONT la que, en base a las capacidades que le otorga su propio Estatuto, realice la autorización de la importación y exportación de células y tejidos a los que se refiere el citado Real Decreto-Ley.		
Nueva Disposición final novena. *Supresión del control previo sanitario de productos sanitarios.*		
Supresión del control previo sanitario de productos sanitarios (cpsp) para determinados productos. Proponemos incluir en el anteproyecto una nueva disposición final con la siguiente redacción: *"Disposición final XXX. Control Previo Sanitario de Productos Sanitarios (CPSP).* *Uno. La publicidad de productos sanitarios dirigida al público no requerirá de autorización previa de los mensajes por la autoridad sanitaria. Excepcionalmente, el órgano competente del Ministerio de Sanidad podrá determinar las categorías de productos cuya publicidad requiera dicha autorización previa, por razones de riesgo potencial de salud pública.*	**Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP)**	**No se acepta.** El control de la publicidad de los productos sanitarios no es objeto de la norma. En relación con la publicidad de los medicamentos y los productos sanitarios, el Ministerio de Sanidad tiene previsto sacar próximamente a información y audiencia pública un proyecto de real decreto que regule la publicidad de los medicamentos y los productos sanitarios.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Dos. Queda derogada la disposición final décima de la Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre." Justificación: En la actualidad, la Ley 14/1986, General de Sanidad, en su artículo 102.2 (según redacción dada por la disposición final novena de la Ley 3/2014, por la que se modifica el Texto Refundido de la Ley de consumidores y Usuarios) dispone que: *"La publicidad de productos sanitarios dirigida al público requerirá la autorización previa de los mensajes por la autoridad sanitaria. Se procederá a revisar el régimen de control de la publicidad de los productos sanitarios atendiendo a su posible simplificación sin menoscabo de las garantías de protección de la salud pública que ofrece el régimen actual".* La disposición final décima de la citada Ley 3/2014 dispuso que *"en el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta ley, se procederá a analizar el régimen de control de la publicidad de los productos sanitarios vigente y su posible reforma, con la finalidad de simplificarlo sin menoscabar su eficacia para garantizar un adecuado nivel de protección de la salud pública."*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En cumplimiento de este mandato de revisión de los diferentes supuestos con el fin de facilitar tal simplificación, ANEFP lleva trabajando desde ese año, 2014, y lo ha hecho de acuerdo con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Este organismo consensuó en 2014 con las comunidades de Madrid y Cataluña, ANEFP y FENIN, un listado de categorías de productos que podrían ser exceptuados de la exigencia de CPSP. Con posterioridad, han sobrevenido nuevas circunstancias que aconsejan la revisión de este listado. Entre estas, cebe señalar las siguientes: • La entrada en vigor del Reglamento comunitario 745/2017 sobre productos sanitarios supone un refuerzo de las garantías exigibles a los productos para su puesta en mercado, en aras a proteger la salud de los usuarios, respecto a lo establecido en la Directiva 93/42/CE. • La normativa europea aplicable a los organismos notificados se ha visto actualizada en estos últimos años. Como resultado, se han incrementado los requisitos exigibles a las entidades notificadoras, con el fin de contribuir, una		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
vez más, a garantizar el acceso al mercado de productos eficaces y seguros según con su finalidad prevista. • La nueva clasificación de los productos sanitarios establecida en el anexo VIII del Reglamento 745/2017 supone en la práctica una reclasificación de gran parte del *portfolio* de productos sanitarios que, de acuerdo con la Directiva 93/42/CE, estaban clasificados dentro de la clase menor de riesgo (clase I) y, por tanto, requerían la autocertificación del fabricante para su puesta en mercado, pero no la intervención de un organismo notificado. • El Reglamento 745/2017 establece la obligatoriedad de notificar en EUDAMED todos los productos sanitarios, independientemente de su clase de riesgo. Esto permitirá a las autoridades sanitarias el acceso a la información sobre dichos productos. • El sistema de Identificador único (UDI) será de obligada inclusión en todos los productos sanitarios, incluidos los de clase I. Asimismo, los *legacy devices*, es decir, los productos sanitarios con certificado conforme a directivas que deban ser reclasificados para continuar en el mercado como consecuencia de los cambios en las reglas de clasificación establecidas en el Reglamento 745/2017, deberán incluir otro sistema de identificación, actualmente en desarrollo, para ser incluidos en EUDAMED. • El mercado de productos sanitarios ha experimentado un importante crecimiento y desarrollo desde el año 2014, en que la AEMPS elaboró el anexo de productos cuya publicidad al público no requeriría control previo sanitario.		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Asimismo, al amparo de la legislación, durante este período de siete años las empresas han trabajado en la innovación, comercializando nuevas categorías de productos sanitarios dentro del ámbito del autocuidado de la salud, que se ofrecen al ciudadano para aliviar o tratar dolencias leves que es capaz de reconocer por sí mismo. Por todas estas razones, ANEFP considera que los productos que se pongan en el mercado conforme al Reglamento 745/2017, sobre productos sanitarios, ofrecen suficientes garantías de seguridad como para que no sea necesario establecer a nivel nacional un control adicional de mercado por la vía del control previo de su publicidad. Debemos recordar que el control previo sanitario de la publicidad al público de productos sanitarios por las comunidades autónomas es una circunstancia singular respecto a otros países de la Unión Europea, donde la publicidad de estos productos está sometida en unos casos a un régimen de autorregulación por la industria, ejerciéndose en otros un control a posteriori por las autoridades sanitarias. En definitiva, ANEFP propone que la publicidad al público de productos sanitarios siga estando sometida al régimen de autorización previa por las autoridades competentes exclusivamente en los siguientes casos:		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
1. Productos sanitarios de clase I que, en aplicación del Reglamento 745/2017 y del artículo 120.3 del Reglamento 561/2020, podrán seguir comercializándose o ser puestos en servicio hasta el 26 de mayo de 2025, y que deberán ser reclasificados (en clases de riesgo superiores) para poder permanecer en el mercado a partir de dicha fecha, para lo que deberán disponer de un certificado CE otorgado por un ON conforme al Reglamento 745/2017. Una vez obtenido dicho certificado, ANEFP propone que su publicidad NO requiera autorización previa. 2. Productos sanitarios cuya utilización adecuada recomiende un diagnóstico médico inicial de la patología. Es el caso, por ejemplo, de productos destinados al tratamiento de los síntomas de patologías como la vaginosis bacteriana o el colon irritable. 3. Productos sanitarios sin finalidad médica prevista, incluidos en el anexo XVI del Reglamento 745/2017: la variedad de productos incluidos en este anexo, que se incorporan por primera vez al ámbito de la legislación de los productos sanitarios, parece recomendar que su publicidad al público se someta al control previo por parte de las autoridades sanitarias competentes, al menos durante el período inicial de su actividad de realización de publicidad dirigida al público. En consecuencia, se propone que, para el resto de categorías de productos sanitarios de autocuidado no incluidas en los supuestos anteriores, **la publicidad dirigida al público no requiera la autorización previa** por parte de las		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
autoridades sanitarias competentes de las comunidades autónomas. En este sentido, se sugiere que el listado de productos cuya publicidad deba ser sometida a CPSP se recoja en la futura ley como una lista de excepciones a la norma general de permisión de publicidad al público.		
Nueva Disposición final decima. *Lista de espera de trasplantes, al Banco de órganos o tejidos o al REDMO del SNS o a intervenciones de trasplante con donante vivo.*		
Artículo x. ***Mediante Orden de la Ministra de Sanidad, previo informe favorable del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se establecerán los requisitos y período mínimo para que las personas extranjeras a las que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, puedan acceder a la lista de espera de trasplantes, al Banco de órganos o tejidos o al REDMO del SNS o a intervenciones de trasplante con donante vivo. En tanto se apruebe la citada Orden, no será posible el acceso a estas prestaciones.*** Según se ha observado, la ONT en su página web informa que solo podrán acceder al trasplante las personas con residencia legal en España.	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**No se acepta.** La disfunción en el acceso al trasplante de donante fallecido ha sido tratada durante la elaboración de la norma y el resultado de dicho trabajo queda reflejado en su disposición final quinta. En relación con el acceso de extranjeros al trasplante de donante vivo, existen mecanismos de control (incluyendo el control judicial) de dicho trasplante, pero no interfieren en el acceso de los españoles y los residentes en España al mismo, lo que también ocurre con el acceso a los tejidos y los progenitores hematopoyéticos. Al no incurrirse en ninguna anomalía o disfunción del sistema que corresponda al ámbito de actuación de esta Organización, no se

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Igualmente, se debería hacer mención de la exclusión durante un cierto periodo (al menos, 1 año) de las personas que precisan terapias avanzadas o medicamentos de alto impacto, en este o en otro nuevo artículo. En la Comunidad de Madrid se han detectado numerosos casos extranjeros solicitantes de asilo o con residencia no legal) que se trasladan a España en busca de trasplante de órganos, pero no pueden esperar a la demora que supone la lista de espera de trasplantes. Por ello, vienen acompañados de un familiar histocompatible, tipado previamente en su país de origen. Otros pacientes precisan donantes de vivo, pero dada la gravedad de la enfermedad, han de ser tratados con carácter de urgencia, debiendo implantarse órganos por razón de necesidad, pese a que la histocompatibilidad no es completa. Algunas asociaciones de familiares y pacientes han manifestado que esto supone un uso de los órganos disponibles poco equitativo respecto a los españoles, que por su menor gravedad permanecen más tiempo en lista de espera.		considera necesario establecer mecanismos de coordinación más allá de los actuales.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Por otra parte, son numerosos los extranjeros que precisan trasplante de progenitores hematopoyéticos, conceptuados como células no como órganos, y no sometidos a la lista de espera de trasplantes. Por ello se propone incluir en el articulado de este Anteproyecto.		
Nueva Disposición final undécima. *Fondo Solidario*		
"Cooperación Sanitaria: ***El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas/INGESA, en el ámbito de sus competencias, podrán poner en marcha, con la correspondiente asignación presupuestaria específica, un Fondo Solidario o programas de cooperación sanitaria, a través de los cuales pueda darse cobertura sanitaria pública a personas extranjeras que se encuentren en España con patologías que puedan suponer un problema de salud pública comunitario que, de acuerdo a la normativa vigente, no puedan acceder a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos****."* El RD 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea establece en su artículo 15.9: "*9. (…) las únicas dolencias o enfermedades que pueden justificar la adopción de alguna de las medidas del apartado 1 del*	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**No se acepta.** La *Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública*, ya establece en su artículo segundo que: "*Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad*". Y en su artículo tercero que: "*Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
presente artículo serán las enfermedades con potencial epidémico, como se definen en los instrumentos correspondientes de la Organización Mundial de la Salud, así como otras enfermedades infecciosas o parasitarias contagiosas, de conformidad con la legislación española vigente." A fin de dar respuesta a aquellos ciudadanos sin acceso a la asistencia del SNS con cargo a fondos públicos pero que tengan un problema de salud pública que suponga riesgo para la población (p.e. enfermedades como Tuberculosis, VIH+, ETS, etc.), incluida la salud mental, u otra patología cuyo tratamiento no se pueda demorar, se propone la creación de un Fondo Solidario a nivel nacional o autonómico, o actuaciones a través de programas de cooperación. El listado de patologías de salud pública se podría desarrollar con posterioridad. En esta línea, se propone un nuevo artículo.		*realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible*". De acuerdo con la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública*, las prestaciones sanitarias de salud pública en el SNS incluyen acciones preventivas, asistenciales, de seguimiento y control de situaciones dirigidas a preservar la salud pública de la población, así como evitar los riesgos asociados a situaciones de alerta y emergencia sanitaria. Las competencias y actuaciones en materia de salud pública corresponden a las CCAA, quienes las ejercen independientemente del dispositivo de asistencia sanitaria y están dirigidas a toda la población, sin distinción de su acceso al sistema sanitario asistencial. Estas personas tienen acceso a todos los programas de protección de la salud y de prevención pública (vacunaciones, prevención y control de enfermedades infecciosas). En este sentido, el documento sobre «*Intervención sanitaria en situaciones de riesgo para la Salud*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		Pública» fue aprobado por todas las comunidades autónomas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (diciembre de 2013) para garantizar las prestaciones sanitarias de prevención, diagnóstico y tratamiento incluido el farmacológico en los casos necesarios que requieren de un tratamiento médico prolongado o crónico y que sin tratamiento pueden suponer un riesgo de salud pública por su capacidad de transmisión y dificultad en su control, e incluye a toda la población. Por otra parte, no es objetivo de la norma modificar el sistema de financiación autonómica establecido en la *Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias*. Al respecto, el Ministerio de Hacienda ha remitido a todas las comunidades autónomas de régimen común y a las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla un documento para iniciar el debate sobre la reforma de la financiación autonómica, con fecha 3-12-2021, el

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		"INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL CÁLCULO DE LA POBLACIÓN AJUSTADA". El nuevo modelo de financiación autonómica prevé que el peso del gasto sanitario se incremente entre 2 y 7 puntos y de esta manera su incidencia en el reparto pase del 38% actual, al 40 o incluso al 45%. El peso del gasto sanitario en la población ajustada aumentaría respecto al sistema actual y pasaría de tener una ponderación del 38% a una entre el 40 y el 45%.
COMENTARIOS A LA MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO		
La **memoria de impacto normativo** no está firmada.	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**No se acepta**. En el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, no se establece la necesidad de la firma.
En la ficha resumen y en la memoria, en el apartado "Principales alternativas consideradas", parece excesivo indicar que no tramitar esta disposición afectaría a la salud de la población española.	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**No se acepta**. La norma tiene los siguientes objetivos y la opción de no hacer nada afectaría a la salud de la

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		población española, así como a la cohesión y equidad en el SNS: - Fortalecimiento el sistema sanitario público estableciendo. - Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares. - Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas ascendientes reagrupadas por su hijo o hija titular del derecho a asistencia sanitaria y estar a cargo del mismo, y que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. - Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. - Recuperar la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		cartera común de servicios accesorios, así como la clarificación de la inclusión en las prestaciones incluidas en la misma de aquellas que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública. - Establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios. - Incluir en la descripción de las prestaciones de la cartera común de servicios, las prestaciones de salud pública con objeto de visualizar de forma inequívoca que esta debe tener y tiene un efecto directo en la mejora de la salud de la población. Asimismo, se establece que la prestación de servicios debe garantizar, además de la máxima calidad y seguridad y las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población, el derecho a la participación en salud. - Incorporar la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		- Incorporar a los/las pacientes y a la población en los órganos de asesoramiento del SNS. - Garantizar una interpretación homogénea de la norma, clarificando que en la prestación de atención especializada y sociosanitaria la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual. - Blindar la aportación de los usuarios en la prestación ortoprotésica ambulatoria señalada en el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y equiparar los colectivos de personas que están excluidos de aportación en la prestación ortoprotésica y farmacéutica. - Fortalecer la cohesión y la equidad en el SNS facilitando la viabilidad del desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial, suprimiendo el apartado 5 del artículo 3 del Real Decreto-ley

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		16/2012, de 20 de abril, que recoge el importe de las cuantías a liquidar en relación con los desplazamientos de larga y corta duración, con objeto de posibilitar su desarrollo reglamentario. - Potenciar el desarrollo de las actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, así como posicionarla como un ejemplo de co-gobernanza en la evaluación de tecnologías y prestaciones sanitarias tanto en el ámbito nacional como internacional, mediante la autorización de la creación de un consorcio. - En relación a la prestación de TODF, los objetivos son: a) Incrementar la igualdad efectiva en el acceso al TODF posibilitando el desarrollo reglamentario de unos criterios de acceso al mismo. b) Consolidar en nuestro ordenamiento jurídico que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En la página 67, al referirse al impacto presupuestario, hay una errata cuando señala "*la aplicación del presente real decreto…"*	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Se acepta**. Se corrige la errata en la MAIN.
En la página 24 de la MAIN, donde dice "el Organismo Nacional de Trasplantes", debe cambiarse por "**la Organización Nacional de Trasplantes**" **["a.5) En la disposición final quinta** y en relación a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido, se pretende regular una necesidad que ha sido expresada reiteradamente por el Organismo Nacional de Trasplantes (ONT) así como por los centros sanitarios y las coordinaciones autonómicas de trasplante que es el disponer de criterios, objetivos y transparentes, de acceso establecidos en el SNS."]	**Organización Nacional de Trasplantes (ONT)**	**Se acepta.** Se corrige la errata en la MAIN.
1. En el apartado a.5) de las Causas de la propuesta (pág. 24) se propone la corrección de dos erratas: *"a.5) En la disposición final quinta y en relación a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido, se pretende regular una necesidad que ha sido expresada reiteradamente por el Organismo Nacional de Trasplantes (ONT) **[debería decir la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)]** así como por los centros sanitarios y enlas coordinaciones autonómicas de trasplante **[debería decir coordinaciones autonómicas de trasplantes]** que es el disponer de criterios, objetivos y transparentes, de acceso establecidos en el SNS".* **2.** En el apartado b.2) en el punto 4 (pág. 31).	**Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**	**Se acepta.** Se corrigen las erratas en la MAIN.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
*"4. Respecto a la participación de los pacientes y la ciudadanía en el SNS (modificación del artículo 67): Se remite, por no reiterar, a lo indicado en el apartado anterior de derecho a la participación en salud, añadiendo como antecedente que en octubre de 2019 se ha incluido en el Comité asesor para la prestación ortoprotésica del SNS (donde están representados las CCAA, INGESA **[faltaría añadir a las mutualidades de funcionarios]** y el Ministerio), (…)"* **3.** En el b.4) (pág. 31): *"En la disposición adicional única con la que se pretende autorizar la creación del consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, no se conocen antecedentes similares en el sistema **sanitaria** **[debería decir sanitario]** público en.."*		
Al hacer referencia a que el anteproyecto carece de impacto de carácter medioambiental debe hacerse mención, tanto en la ficha del resumen ejecutivo como en el apartado VI.8 de la MAIN, a que dicha valoración se refiere al impacto del anteproyecto por razón de cambio climático, valorado en términos de mitigación y adaptación al mismo, de acuerdo con lo establecido en la letra h) del artículo 26.3 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, introducida por la Ley 7/2021, de 20 de mayo, de cambio climático y transición energética.	**Ministerio de Industria, Comercio y Turismo**	**Se acepta**. Se corrige en la MAIN.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El apartado II.4 de la MAIN ha de pasar a denominarse "Adecuación a los principios de buena regulación", en vez de "*Adecuación a los principios de buena gestión*", ya que en dicho apartado se hace referencia a los principios de buena regulación contenidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.	**Ministerio de Industria, Comercio y Turismo**	**Se acepta.** Se corrige en la MAIN.
Desde el punto de vista de la vinculación del anteproyecto de ley con el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR) -teniendo en cuenta que la consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad es una de las reformas incluidas en el Componente 18; en concreto, constituye la reforma 3— se observa lo siguiente: En primer lugar, será necesario atender a las siguientes disposiciones normativas sobre el sistema de gestión y de información del PRTR: • Orden HFP/1030/2021, de 29 de septiembre, por la que se configura el sistema de gestión del PRTR. • Orden HFP/1031/2021, de 29 de septiembre, por la que se establece el procedimiento y formato de la información a proporcionar por las Entidades del Sector Público Estatal, Autonómico y Local para el seguimiento del cumplimiento de hitos y objetivos y de ejecución presupuestaria y contable de las medidas de los componentes del PRTR.	**Ministerio de Hacienda y Función Pública**	**Se acepta.** Se incluye y aclara en la MAIN.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
Adicionalmente, se recuerda que el Mecanismo sólo apoyará las medidas del PRTR (Reformas e Inversiones) que cumplan y mantengan el principio de "no causar daño significativo" (DNSH, por sus siglas en inglés). Por tanto, **será necesario presentar una evaluación del cumplimiento del principio DNSH**, conforme a la lista de verificación de la Guía técnica sobre la aplicación del principio de la Comisión Europea, pudiendo utilizar la metodología establecida en el Reglamento del MRTR, para identificar cuáles de los seis objetivos medioambientales del Reglamento de Taxonomía requieren una evaluación sustantiva y para cuáles podrá ser suficiente un enfoque simplificado. Por último, se considera que debería hacerse en la documentación recibida alguna **referencia a la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, en particular las referidas al párrafo 3 del artículo 26, y al Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, en concreto el párrafo 1 del artículo 2**, sobre los apartados contenidos en la Memoria del Análisis de Impacto Normativo. La modificación u omisión de las mencionadas disposiciones normativas podría afectar a la ejecución del PRTR, por lo que es necesario aclarar si esto afecta o		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
no al mismo en base a lo establecido en 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 Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia: *"Artículo 47. Aprobación de las normas adoptadas en el marco de la ejecución de los fondos europeos para el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.* *1. El procedimiento de elaboración de las normas adoptadas en el marco de la ejecución de los fondos europeos para el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, tendrá el carácter de urgente a los efectos y con el alcance previsto en e/ artículo 27.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.* *2. (.. .)* *3. Las memorias de análisis del impacto normativo de estas normas contendrán un apartado específico en el que se justifique su vinculación con la aplicación del Fondo de Recuperación y estarán sometidas a la evaluación a que se refiere el artículo 28 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno."*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
La memoria contempla una recomendación para que se realice una evaluación que permita el seguimiento tanto de la implementación efectiva de las medidas incluidas en el Anteproyecto como de los resultados esperados, sin embargo, no se aprecia en el texto una expresión clara en el articulado de la indicación o mandato de esta evaluación de resultados, en concreto con foco en el impacto para las personas, en términos de resultados en la equidad de acceso, igualdad de oportunidades y protección de su salud.	**Asociación Española Contra el Cáncer**	**Ya se ha aceptado una observación de la AECC para una nueva redacción** del apartado sexto del artículo octavo de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema. Nacional de Salud*: El artículo 8 queda redactado de la siguiente forma: *"Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.* *(.....)* *6. El Ministerio de Sanidad realizará periódicamente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como del cumplimiento de la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios incluidos en ella."*
Finalmente, entendemos que el trámite de información pública ha sido incompleto al no constar el Anexo 1 mencionado en la memoria de impacto normativo, y que, sin embargo, es clave conocer, simultáneamente al resto del texto del Anteproyecto, dado que es donde se desarrollan las prestaciones de	**Asociación Española Contra el Cáncer**	**Se acepta**. De acuerdo al Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, las MAIN incluirá un resumen de las principales aportaciones recibidas en el trámite de consulta pública, a través del portal web

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
salud pública y se da fe de las observaciones recibidas en el proceso de consulta pública previa en 2020.		del departamento competente, con carácter previo a la elaboración del texto.
El presente Anteproyecto inició su tramitación siendo sometido al trámite de consulta pública, previa a la elaboración del texto, previsto en el artículo 26.2 de la Ley 50/1997, a efectos de recabar la opinión de los sujetos potencialmente afectados por la futura norma, entre los días 19 de octubre y 19 de noviembre de 2020, ambos incluidos. Se manifiesta en la **Memoria del Análisis de Impacto Normativo (a partir de ahora MAIN)** que se recibieron 44 observaciones de ciudadanos y organizaciones (las cuales no conocemos, a pesar de que el MAIN menciona que se incorporan como anexo al mismo).	**Unió Catalana d'Hospitals, Asociación de entidades sanitaria y sociales**	**Se acepta**. De acuerdo al Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, las MAIN incluirá un resumen de las principales aportaciones recibidas en el trámite de consulta pública, a través del portal web del departamento competente, con carácter previo a la elaboración del texto.
Ahora bien, examinada la memoria publicada en ese momento para estimular la participación de ciudadanía y entidades a realizar observaciones, en ninguno de sus apartados (*Los problemas que se pretenden solucionar con la iniciativa / La necesidad y oportunidad de su aprobación / Los objetivos de la norma / Las posibles soluciones alternativas regulatorias y no regulatorias)* hay mención alguna al propósito de adición del nuevo artículo 47 de la Ley General de Sanidad con voluntad de establecer la gestión directa como fórmula preferente en el SNS, así como la condicionalidad a una memoria justificativa en caso de utilizar otras fórmulas de gestión. Asimismo, del redactado del Anteproyecto y de la MAIN, también se desprende que la inclusión de este artículo ha sido sin duda en fase tardía de preparación	**Unió Catalana d'Hospitals, Asociación de entidades sanitaria y sociales**	**No se acepta**. Entre los objetivos que se persiguen con la norma, está el de facilitar el fortalecimiento del sistema sanitario público. Se considera que la justificación incluida en la MAIN es robusta y sólida.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
del texto finalmente aprobado por el Consejo de Ministros. Por ello este **artículo Primero del Anteproyecto no dispone ni en la exposición de motivos ni en la MAIN de argumentaciones técnicas sólidas que lo sustenten.**		
La misma MAIN, en al apartado titulado "Oportunidad de la Propuesta", y especialmente en referencia a su Motivación, se recoge lo siguiente: *Es evidente que, en el caso de la gestión indirecta de servicios públicos, los beneficios que se generan en el ámbito empresarial no redundan en más prestaciones o más inversión en lo que es de todos y de todas. Si la gestión es directa, no hay duda: el 100% revierte directamente en más y mejores servicios públicos porque no hay un interés particular que atender.* Este redactado pone de manifiesto que la propuesta desconoce que en determinados territorios del estado la gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del SNS se llevan a cabo mediante gestión indirecta por parte de entidades de naturaleza o titularidad pública, o por entidades privadas sin afán de lucro; de conocerlo, sin duda esta afirmación, cuyo objetivo es argumentar la reforma, decaería. Continúa la Motivación con lo siguiente afirmación: *(…) se considera que el continuo fortalecimiento de las estructuras sanitarias públicas, lo que es de todos y de todas y es para todos y para todas, consolida, en mayor medida, la*	**Unió Catalana d'Hospitals, Asociación de entidades sanitaria y sociales**	**No se acepta**. Entre los objetivos que se persiguen con la norma, está el de facilitar el fortalecimiento del sistema sanitario público. Se considera que la justificación incluida en la MAIN es robusta y sólida. Con la reformulación del artículo primero se ha ampliado más la información que contiene la MAIN en la materia.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
excelencia y la robustez del Sistema Nacional de Salud, y en definitiva el derecho a la protección de la salud, universal y gratuito, sin diferencias ni desigualdades entre individuos, y bajo los principios de cohesión, equidad, excelencia, eficiencia y seguridad. El argumento que sustenta la reforma parece confundir el carácter público del SNS (y los principios que lo conforman, es decir, universalidad, gratuidad, igualdad y equidad de acceso, cohesión, excelencia, eficiencia y seguridad) con la naturaleza jurídica de las entidades que asumen la prestación del servicio sanitario, cosa que en ningún caso queda cuestionado o puesto en discusión, como tiene declarado el Tribunal Constitucional en su sentencia del Pleno de 10 de febrero de 1994, y al Tribunal Supremo en su sentencia de la sala de lo contencioso sección 4ª de fecha 20-12-2005.		
En la MAIN al establecer la "Oportunidad de la propuesta", y especialmente en referencia a su Oportunidad (apartado *¿Por qué es el momento apropiado para hacerlo?*) aparece la referencia, necesaria y pertinente, al *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia* del Gobierno de España, verdadero motor del Anteproyecto, y más concretamente a su *Componente 18. Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud*, el cual en su Reto 3 *(C18.R3 Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad*) especialmente en su apartado "*Descripción de la reforma*" -pág. 12- no contiene ninguna alusión a modificar el marco legal para establecer fórmulas de gestión preferente del SNS. El resto de medidas previstas en el Anteproyecto sí aparecen	**Unió Catalana d'Hospitals, Asociación de entidades sanitaria y sociales**	**No se acepta**. La oportunidad de la propuesta se materializa tanto en el PRTR como en el cumplimiento de los objetivos del Programa de Gobierno.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
en el Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, pero en ningún caso la modificación de la Ley General de Sanidad a la que formulamos alegaciones.		
En la misma MAIN al establecer la "Oportunidad de la propuesta", y especialmente en referencia a las Alternativas no existe ninguna referencia al Artículo Primero del Anteproyecto, si bien con carácter general se plantea que "*la opción de no hacer nada (...) afectaría a la salud de la población española, así como a la permanencia, sostenibilidad, universalidad, cohesión y equidad del Sistema Nacional de Salud*". Puede admitirse que el Anteproyecto, a partir del artículo segundo, puede obedecer a este razonamiento sin embargo, como antes ya hemos mencionado, en ningún caso la fórmula de gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del SNS puede afectar de ninguna forma a los principios del mismo en su carácter inexcusablemente público.	**Unió Catalana d'Hospitals, Asociación de entidades sanitaria y sociales**	**No se acepta**. Entre los objetivos que se persiguen con la norma, está el de facilitar el fortalecimiento del sistema sanitario público. Se considera que la justificación incluida en la MAIN es robusta y sólida. Con la reformulación del artículo primero se ha ampliado más la información que contiene la MAIN en la materia.
Por último, nos referimos de nuevo a la MAIN y especialmente al apartado de Análisis Jurídico y Análisis de Impacto. Efectivamente, se establece que el Anteproyecto cumple con las previsiones de la *Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera*. Vista la MAIN que, como hemos manifestado, es muy parca en relación con el análisis del artículo primero del Anteproyecto, parece que no se cumple el principio de eficiencia en la asignación y utilización de recursos públicos, y especialmente lo previsto en el artículo 7.3 de dicha Ley Orgánica: *Las disposiciones legales y reglamentarias, en su fase de elaboración y aprobación, los actos*	**Unió Catalana d'Hospitals, Asociación de entidades sanitaria y sociales**	**No se acepta**. Entre los objetivos que se persiguen con la norma, está el de facilitar el fortalecimiento del sistema sanitario público. Se considera que la justificación incluida en la MAIN es robusta y sólida. Con la reformulación del artículo primero se ha ampliado más la información que contiene la MAIN en la materia.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
administrativos, los contratos y los convenios de colaboración, así como cualquier otra actuación de los sujetos incluidos en el ámbito de aplicación de esta Ley que afecten a los gastos o ingresos públicos presentes o futuros, deberán valorar sus repercusiones y efectos, y supeditarse de forma estricta al cumplimiento de las exigencias de los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. El Tribunal Constitucional ha tenido oportunidad de manifestarse sobre el alcance de este precepto en su sentencia 55/2018 (FD 11), que señala lo siguiente: *"El artículo 7 de la Ley Orgánica 2/2012, bajo el rótulo "Principio de eficiencia en la asignación y utilización de los recursos públicos", obliga a todas las administraciones públicas a: "valorar" las "repercusiones y efectos" sobre los "gastos o ingresos públicos presentes o futuros" de cada una de sus actuaciones (tanto si consisten en iniciativas legales o reglamentarias como si son actos administrativos, contratos o convenios de colaboración) con sujeción "estricta" a "las exigencias de los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera" (apartado 3)..."* Asimismo, el Tribunal Supremo en la sentencia de fecha 1 de julio de 2021 de la sección 3ª de lo contencioso, establece: "*Es cierto que, en algunas ocasiones, el principio de eficiencia en la asignación y utilización de los recursos públicos que impone el artículo 7.3 LOEPSF, se concreta en otras*		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
disposiciones en un determinado informe o memoria, como ocurre en el ámbito de las disposiciones legales y reglamentarias, en cuyo procedimiento de elaboración, según dispone el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, en la redacción dada por la disposición final 3.12 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, el centro directivo competente "elaborará con carácter preceptivo una Memoria del Análisis del Impacto Normativo", que deberá dedicar un apartado al impacto económico y presupuestario, para evaluar las consecuencias de su aplicación sobre los sectores, colectivos o agentes afectado por la norma, y deberá asimismo identificar las cargas administrativas que conlleva la propuesta, con cuantificación del coste de su cumplimiento para la Administración y para los obligados a soportarlas y cualquier otro extremo que pudiere ser relevante a criterio del órgano proponente. Cabe decir que el redactado de la MAIN no se cohonesta, nuevamente, con las previsiones normativas. Así, los argumentos vertidos en la misma ("*Si la gestión es directa, no hay duda: el 100% revierte directamente en más y mejores servicios públicos porque no hay un interés particular que atender*" o "*el continuo fortalecimiento de las estructuras sanitarias públicas, lo que es de todos y de todas y es para todos y para todas, consolida, en mayor medida, la excelencia y la robustez del Sistema Nacional de Salud*") deberían tener como contrapartida dicho análisis de impacto económico y presupuestario, no solo		

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
para las finanzas públicas sino para los sectores afectados (entidades privadas y sus plantillas de trabajadores), o las cargas administrativas que conlleva la emisión de memorias justificativas y su tramitación. Sería relevante contar con un análisis de la eficiencia de los recursos públicos destinados a financiar fórmulas de gestión directa frente a los destinados a financiar fórmulas de gestión indirecta pública o privada. Pero ello tampoco se produce. Por el contrario, solamente hace falta examinar el análisis del impacto que contiene la MAIN en relación con otras medidas contenidas en el Anteproyecto. En conclusión a esta primera alegación, se puede afirmar que **nos hallamos ante una reforma legal (artículo primero del Anteproyecto) de amplio calado que no fue planteada en la consulta pública previa, que no cuenta con el sustento constitucional que se le pretende, ni con la base jurídica que se le atribuye, ni responde (como el resto del Anteproyecto) al despliegue del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, ni se propone previa una evaluación del impacto económico y presupuestario normativamente exigido**.		
Cabe mencionar que en la Memoria no existe referencia alguna a la normativa de protección de datos, por lo que no hay exposición sobre la naturaleza o finalidad de las modificaciones propuestas en este aspecto.	**Agencia Española de Protección de Datos (AEPD)**	**Se acepta.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
El citado Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, regula la materia de protección de datos personales en su artículo segundo, apartado Dos, que da nueva redacción al art. 3 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.		
A lo largo del texto (v.g. página 6) y la memoria en ocasiones se emplea la fórmula "los/las pacientes" y en otras ocasiones no, por lo que debería unificarse la fórmula utilizada. Esta fórmula no se emplea para usuarios.	**Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**	**Ya se ha aceptado una observación del Ministerio de Industria, Comercio y Turismo** en el sentido de priorizar el empleo de conjunciones frente al de signos ortográficos al hacer referencia, por ejemplo, a "***los/las pacientes***" o "***El/La cónyuge o el/la conviviente***". Así, resulta preferible hacer mención a "**los o las pacientes**" y "el o la cónyuge o el o la conviviente".
[*Tras revisar los datos de prescripción ortoprotésica de los años 2019 y 2020, y cruzar los NASI con los TSI de cada paciente, observamos que del total de 60.679 prescripciones, pertenecen a los pacientes exentos con una TSI 001 un total de 3.396 pacientes, lo que supone el 5,5% del total de prescripciones estarían exentas por esta vía.* *En caso de que el Ministerio quisiera también mantener exentos de pago a aquellas personas con una discapacidad superior al 33%, esto supondría un total de 3.200 personas (5,2% del total).*	**Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia**	**No se acepta**. En la MAIN se ha realizado el cálculo del coste de homogenizar los colectivos exentos en la aportación ortoprotésica de los usuarios del Sistema Nacional de Salud con los de la aportación farmacéutica. En particular el de la comunidad autónoma de Galicia es el siguiente: Nº personas Ingreso mínimo vital: 31.220

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
En resumen, la suma de ambos escenarios supondría que el 10,5% de las prescripciones estarían exentas del copago. *En cualquier caso, sería exigible al Gobierno de España el incremento presupuestario para hacer frente al gasto que supondría tanto la exención del copago en la ortoprótesis como en el las nuevas inclusiones en cartera de servicios. Recuerdo que las últimas inclusiones en cartera han venido sin incremento presupuestario adicional.*] Finalmente, insistimos en que la propuesta formulada a través del anteproyecto supone, en términos reales, un incremento presupuestario mayor del que se hace constar en las memorias de análisis de impacto, que no podrá ser asumido exclusivamente por la comunidad autónoma, por lo que requerirá del establecimiento de mecanismos de compensación que permitan hacer frente a dicho incremento. Además, la propuesta de modificación de los artículos 3 y 8 de la Ley 16/2003, en los términos en los que se enuncia, supondrá un impacto económico mayor del previsto, no solo en términos presupuestarios, sino también en términos prestacionales o de cartera de servicios y de usuarios potenciales, tal como se ha expuesto y razonado anteriormente.		Nº Menores con discapacidad: 5.679 Nº Perceptores PF: 79.403 Nº Pensionistas rentas bajas: 287.475 De las cuales son susceptibles de tener una prescripción de un producto ortoprotésico: Nº personas Ingreso mínimo vital: 343,42 Nº Menores con discapacidad: 62,47 Nº Perceptores PF: 873,43 Nº Pensionistas rentas bajas: 3.162,23 Se ha calcula un coste anual de 120.717,03 € para la comunidad autónoma de Galicia. Hay que tener en cuenta que las prótesis externas y las sillas de ruedas no tiene contribución del usuario, las ortesis y las ortoprótesis especiales llevan una aportación del

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

OBSERVACIÓN PLANTEADA	ENTIDAD	DECISIÓN MOTIVADA
		usuario fija, dependiendo del tipo de producto, y puede ser de 0, 12, 30 y 36 €. La portación no es un porcentaje del PVP como en la prestación farmacéutica.

RELACIÓN DE ENTIDADES QUE HAN PRESENTADO ESCRITO EN EL QUE MANIFIESTAN NO PRESENTAR OBSERVACIONES AL TEXTO:

DEPARTAMENTOS MINISTERIALES

Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital

Ministerio de Ciencia e Innovación

Ministerio de Defensa

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030

Ministerio de Educación y Formación Profesional

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana

Gabinete de la Secretaria General de Salud Digital, Información e Innovación del Ministerio de Sanidad

Gabinete Técnico de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad

ORGANISMOS

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

Consejo General de la Ciudadanía Española en el Exterior

Instituto Social de las Fuerzas Armadas de España (ISFAS)

Mutualidad General Judicial (MUGEJU)

ENTIDADES

Asociación Española de Fabricantes y Distribuidores de Productos de Nutrición Enteral (AENE)

Federación Española de Municipios y Provincias

CCAA

Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Islas Baleares

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Extremadura

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Consejo Económico y Social

Presidente

De conformidad con la solicitud recibida, adjunto le remito el *Dictamen sobre el Anteproyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud,* que ha sido aprobado en la sesión extraordinaria del Pleno celebrado el día 8 de junio de 2022.

Asimismo, le comunico que de acuerdo con lo establecido en el artículo 43 del Reglamento de Organización y Funcionamiento Interno del CES, los Consejeros disponen de cuarenta y ocho horas, a contar desde el final de la sesión plenaria, para formular votos particulares que, en el caso de presentarse, deberán quedar incorporados al texto del referido Dictamen.

Madrid, 9 de junio de 2022

Antón Costas Comesaña

SRA. MINISTRA DE SANIDAD

FIRMADO ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 20:25:24 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_MC77I4BIAR6XPOHMA9ELI4YMBT5Z en https://www.pap.hacienda.g

CONSEJO ECONÓMICO
Y SOCIAL ESPAÑA

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

Sesión extraordinaria del Pleno del 8 de junio de 2022

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.hacend

I 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 (artículo 3), regulando el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos (artículo 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 (artículo 3 ter).

Por su parte, el artículo 149.1.16ª CE señala como exclusiva del Estado la competencia y la responsabilidad de la legislación sobre los productos farmacéuticos. En desarrollo de

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.haciend

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 realización 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 RD 1192/2012, la asistencia sanitaria con cargo a fondos

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 10:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.haciend

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, ex cónyuges 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 RD 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 RD 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

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 10:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.hacend

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 (artículo 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 acuerdo 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 (artículo 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, ésta 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

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.hacienda

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 (artículo 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

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.haciend

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 07/2010, sobre el Anteproyecto de Ley General de Salud Pública, el Dictamen 01/2017 sobre el Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco; el Dictamen 01/2016 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

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.hacienda

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 03/2015 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 3/96 sobre el Anteproyecto de Ley de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social; el Dictamen 5/96 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 6/96 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 4/98 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 proyectos normativos relacionados con el sistema de precios de referencia de los medicamentos y su fijación (Dictámenes 11/98, Dictamen 1/2000, Dictamen 5/2001, Dictamen 9/2002, Dictamen 10/2003, Dictamen 04/2009, Dictamen 08/2010, Dictamen 04/2013 y Dictamen 08/2013). Asimismo, el CES elaboró a iniciativa propia su Informe 01/2010 sobre 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.

II. 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 públicos 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

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.hacienda

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 las norma afecte a las siguientes materias: salud, vivienda, educación, medio ambiente, transporte, ordenación del territorio, ambiente laboral, 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.

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.haciend

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

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.haciend

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

III. 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,

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.haciend

la universalidad y la cohesión del SNS, en ejercicio de las competencias que la CE atribuye en exclusiva al Estado en sus artículos 149.1.1ª y 16ª.

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 menoscabo 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.

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.haciend

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

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.haciend

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, a 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 quedado recogidas en el texto del Anteproyecto (artículo 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

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.hacend

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 futura 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 EM 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

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.hacienda

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 art.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 CCAA de personas con derecho a la asistencia sanitaria constituye la finalidad del Fondo de Garantía Asistencial cuya creación estaba prevista en el art.3 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 aportan

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.haciend

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.

IV. CONCLUSIONES

El CES valora positivamente el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de las observaciones expresadas en el cuerpo de este Dictamen.

8 de junio de 2022

Vº. Bº El Presidente

Antón Costas Comesaña

La Secretaria General

María Soledad Serrano Ponz

FIRMADO
ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-09 10:27:42 CEST
MARIA SOLEDAD SERRANO PONZ - 2022-06-09 08:54:16 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_ARINXYMU2DXNUVEWH9ELI5HEQQB9 en https://www.pap.haciend

Consejo Económico y Social

Presidente

Como continuación a nuestra comunicación del día de ayer, en la que se remitía el *Dictamen sobre el Anteproyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud,* aprobado en la sesión extraordinaria del Pleno celebrada el día 8 de junio de 2022, adjunto se envía el voto particular al mismo presentado por Consejeros del Grupo Tercero.

Dicho voto particular ha sido presentado de conformidad con lo establecido en el artículo 43 del Reglamento de Organización y Funcionamiento Interno del Consejo, y deberá quedar incorporado al texto del referido Dictamen

Madrid, 10 de junio de 2022

Antón Costas Comesaña

SRA. MINISTRA DE SANIDAD

FIRMADO ANTONIO COSTAS COMESAÑA - 2022-06-10 22:50:04 CEST
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899
Este documento es copia del original cuya autenticidad puede ser comprobada mediante el CSV: OIP_AY65J4TE7GD24KSAK9ELNX2CDN79 en https://www.pap.hacienda.

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
Grupo Tercero

Ilma. Sra. Secretaria General
Consejo Económico y Social
Huertas 73
28014 Madrid

Madrid, 10 de junio de 2022

Adjunto se remite Voto Particular presentado por los Consejeros del Grupo Tercero: JERÓNIMA BONAFÉ RAMIS, JOSÉ IGNACIO CONDE RUIZ, FRANCISCO JAVIER GOIENETXEA URKAREGUI, FÉLIX MARTÍN GALICIA, MIGUEL MARTÍNEZ CUADRADO, MATILDE MAS IVARS, FERNANDO MÓNER ROMERO, EDUARDO NAVARRO VILLARREAL, JAVIER OJEDA GONZÁLEZ POSADA, JOSE BASILIO OTERO RODRÍGUEZ, JUAN ANTONIO PEDREÑO FRUTOS, GUSTAVO SAMAYOA ESTRADA, RAYMOND TORRES MARTÍN Y EMILI VILLAESCUSA BLANCA al 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.

D. Félix Martín Galicia
Consejero del Grupo Tercero

Huertas, 73- 28014 Madrid

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

VOTO PARTICULAR AL DICTAMEN DEL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, PRESENTADO POR LOS CONSEJEROS JERÓNIMA BONAFÉ RAMIS, JOSÉ IGNACIO CONDE RUIZ, FRANCISCO JAVIER GOIENETXEA URKAREGUI, FÉLIX MARTÍN GALICIA, MIGUEL MARTÍNEZ CUADRADO, MATILDE MAS IVARS, FERNANDO MÓNER ROMERO, EDUARDO NAVARRO VILLARREAL, JAVIER OJEDA GONZÁLEZ POSADA, JOSE BASILIO OTERO RODRÍGUEZ, JUAN ANTONIO PEDREÑO FRUTOS, GUSTAVO SAMAYOA ESTRADA, RAYMOND TORRES MARTÍN Y EMILI VILLAESCUSA BLANCA

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 EM 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 V 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 EM 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 sistema, 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 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.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Madrid, 10 de junio de 2022

Jerónima Bonafé Ramis

Consejera

José Ignacio Conde Ruiz

Consejero

Francisco Javier Goienetxea Urkaregui

Consejero

Félix Martín Galicia

Consejero

Miguel Martínez Cuadrado

Consejero

Matilde Más Ivars

Consejera

Fernando Móner Romero

Consejero

Eduardo Navarro Villarreal

Consejero

Javier Ojeda González Posada

Consejero

José Basilio Otero Rodríguez

Consejero

Juan Antonio Pedreño Frutos

Consejero

Gustavo Samayoa Estrada

Consejero

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Raymond Torres Martín

Consejero

Emili Villaescusa Blanca

Consejero

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEISER-2af5-7ceb-9a60-4165-864e-0ad7-e59f-7ad1 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracionespublicas.gob.es/valida

RECIBO DE PRESENTACIÓN EN OFICINA DE REGISTRO

Oficina:	Registro General del Consejo Economico y Social - O00006482
Fecha y hora de registro en	10/06/2022 10:37:03 (Horario peninsular)
Fecha presentación:	10/06/2022 10:34:09 (Horario peninsular)
Número de registro:	REGAGE22e00023793027
Tipo de documentación fisica:	Documentación adjunta digitalizada
Enviado por SIR:	No

Interesado

Identificación:		Razón Social	GRUPO TERCERO
País:		Municipio:	
Provincia:		Dirección:	
Código Postal:		Teléfono:	
Canal Notif:		Correo	
		Observaciones:	

Información del registro

Tipo Asiento:	Entrada
Resumen/Asunto:	Remite Voto Particular presentado por los Consejeros del Grupo Tercero al 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.
Unidad de tramitación destino/Centro directivo:	Secretaria General - EA0041792 / Consejo Economico y Social
Ref. Externa:	

Adjuntos

Nombre:	voto particular.pdf
Tamaño (Bytes):	72.350
Validez:	Copia Electrónica Auténtica
Tipo:	Documento Adjunto
CSV:	GEISER-73b6-234d-1a8c-4876-88cd-2413-62bd-3e6b
Hash:	4f863b31a452788cd3cbc69c8f5fbd27a49b27126f808a469d45078e96e9a8f09345ce1831f8b8f1559b93a3aa6d23a411dc1f265d69f887d67cfa56006f21aa
Observaciones:	

La Oficina de Registro Registro General del Consejo Economico y Social declara que las imágenes electrónicas anexadas son imagen fiel e íntegra de los documentos en soporte físico origen, en el marco de la normativa vigente.

El registro realizado está amparado en el Artículo 16 de la Ley 39/2015.

De acuerdo con el art. 31.2b de la Ley 39/15, a los efectos del cómputo de plazo fijado en días hábiles, y en lo que se refiere al cumplimiento de plazos por los interesados, la presentación en un día inhábil se entenderá realizada en la primera hora del primer día hábil siguiente salvo que una norma permita expresamente la recepción en día inhábil.
Podrán consultar el estado de su registro en Carpeta ciudadana. https://sede.administracion.gob.es/carpeta/
La documentación adjunta estará disponible para su consulta y descarga durante un período de un año.

ÁMBITO-PREFIJO	CSV	FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
GEISER	**GEISER-2af5-7ceb-9a60-4165-864e-0ad7-e59f-7ad1**	**10/06/2022 10:37:03 (Horario peninsular)**
Nº REGISTRO	**DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN**	**VALIDEZ DEL DOCUMENTO**
REGAGE22e00023793027	**https://sede.administracionespublicas.gob.es/valida**	**Original**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Dirección

0088/2021

Examinada su solicitud de informe, remitida a este Gabinete Jurídico, referente al Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, solicitado de esta Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) de conformidad con lo dispuesto en el artículo 47 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), en relación con el artículo 57.1, letra c), del 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 (Reglamento General de Protección de Datos -RGPD-), y 5 b) del Estatuto de la Agencia, aprobado por Real Decreto 389/2021, de 1 de junio, cúmpleme informarle lo siguiente:

El citado Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, regula la materia de protección de datos personales en su artículo segundo, apartado Dos, que da nueva redacción al art. 3 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Cabe mencionar que en la Memoria no existe referencia alguna a la normativa de protección de datos, por lo que no hay exposición sobre la naturaleza o finalidad de las modificaciones propuestas en este aspecto.

I

En el apartado 1 del artículo 3 bis nos encontramos con que el Ministerio de Sanidad es el competente para el reconocimiento del derecho a la protección a la salud y la asistencia sanitaria con fondos públicos de quienes, conforme al art. 3.2, tiene ese derecho. Se añade que *reglamentariamente se determinarán los procedimientos para ejercer el reconocimiento y control del derecho, cuya gestión podrá estar atribuida a otros órganos o entidades de las administraciones públicas*.

Código Seguro De Verificación	APDPFFD5EF5A21A9346FF59100-57541	Fecha	09/03/2022
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	la Directora - María España Martí		
Url De Verificación	https://sedeagpd.gob.es/validar-csv/	Página	1/11

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Desde el punto de vista de la normativa de protección de datos personales, el Ministerio de Sanidad se constituye, en virtud de esta ley, en el presente caso, como responsable del tratamiento. Es la propia ley la que determina los fines y los medios del tratamiento, y quien establece el responsable del tratamiento (art. 4.7 RGPD).

La mención que hace la ley a la "colaboración" de otras entidades significa que estas entidades deberán, en virtud del deber de colaboración interadministrativa (art. 141 ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público), facilitar la información que precise sobre la actividad que desarrollen en el ejercicio de sus propias competencias. Desde la perspectiva de protección de datos, dicha colaboración se plasmaría en una cesión de dichos datos, esto es, en un tratamiento de datos personales. Dicho tratamiento de datos, la cesión, estará basado en dicha ley, que cabe considerar que es una medida necesaria y proporcionada para salvaguardar objetivos previstos en el art. 23, apartado 1, del RGPD. En concreto, la determinación del derecho a la asistencia sanitaria puede considerarse un objetivo importante de interés público general relacionado con la sanidad pública (apartado e) del art. 23 RGPD), y, asimismo, dada la repercusión del reconocimiento de dicho derecho en los fondos públicos, dicho objetivo de interés público sería también el reconocido en dicha letra e): interés público económico o financiero, de carácter presupuestario.

Continuando con el apartado 1, como hemos transcrito, el procedimiento reglamentario que se prevé para el reconocimiento y control del derecho a la asistencia sanitaria podrá atribuir la gestión a otros órganos o entidades de las administraciones públicas. Esa "gestión" que se atribuye a otros órganos constituiría un verdadero encargo del tratamiento, en el sentido del art. 28 RGPD. Tal y como resulta de los considerandos 81 y 19 del RGPD, esta Agencia ha reconocido en diversos Informes, y hoy día establece expresamente el art. 33 LOPDGDD, el concepto de "acto jurídico" a que hace referencia el art. 28.3 RGPD que puede regir el encargo de tratamiento de datos personales puede recaer en una norma jurídica. Así, el art. 33.5 LOPDGDD ya dice que: *En el ámbito del sector público podrán atribuirse las competencias propias de un encargado del tratamiento a un determinado órgano de la Administración General del Estado, la Administración de las comunidades autónomas, las Entidades que integran la Administración Local o a los Organismos vinculados o dependientes de las mismas mediante la adopción de una norma reguladora de dichas competencias, que deberá incorporar el contenido exigido por el artículo 28.3 del Reglamento (UE) 2016/679.* Así, dicha norma reglamentaria, si estableciese la gestión de dichos tratamientos por terceras entidades que actúen como encargadas de los tratamientos cuyo responsable es el Ministerio de Sanidad según esta norma, habrá de incorporar el contenido exigido por el artículo 28.3 del RGPD.

Código Seguro De Verificación	APDPFFD5EF5A21A9346FF59100-57541	Fecha	09/03/2022
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	la Directora - María España Martí		
Url De Verificación	https://sedeagpd.gob.es/validar-csv/	Página	2/11

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Para los tratamientos previstos en los dos últimos párrafos del apartado 1, los responsables serían las entidades ahí previstas: INGESA y Comunidades Autónomas, y el INSS y el ISM.

II

En el apartado 3 del art. 3 bis se ha modificado la redacción anterior para pasar de que los órganos de extranjería podrían comunicar a los responsables de los tratamientos los datos que resulten imprescindibles para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos a otra en la que dichos responsables de los tratamientos podrán acceder telemáticamente a los datos referentes a la situación administrativa de los extranjeros sin contar con el consentimiento del interesado, así como a los datos que resulten imprescindibles para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.

Respecto del acceso telemático, es este un tratamiento de datos personales más, tal y como resulta del art. 4.2 RGPD, que contiene la definición de «tratamiento»: *cualquier operación o conjunto de operaciones realizadas sobre datos personales* o conjuntos de datos personales, ya sea por procedimientos automatizados o no, como la recogida, registro, organización, estructuración, conservación, adaptación o modificación, extracción, *consulta*, utilización, comunicación por transmisión, difusión o *cualquier otra forma de habilitación de acceso*, cotejo o *interconexión*, limitación, supresión o destrucción.

El Tribunal Constitucional (TC), en su Sentencia 17/2013, de 31 de enero, tuvo la oportunidad de examinar la posibilidad de acceso por vía telemática por las Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, a determinados datos de extranjeros para la finalidad ahí prevista (cumplimiento de la normativa de entrada, estancia y residencia de los extranjeros en España). En esta sentencia, el Tribunal Constitucional entendió que el respeto a dicha legislación tiene relevancia constitucional, y limita, en un adecuado ejercicio de ponderación, el derecho fundamental a la protección de datos personales. El texto legal sometido a informe establece la finalidad del tratamiento, y específicamente dicha finalidad es comunicar a las administraciones sanitarias competentes los datos necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y atención sanitaria con cargo a fondos públicos. Cabe apreciar pues una adecuada restricción, pues, al derecho fundamental a la protección de datos en el cumplimiento de una finalidad constitucional. Pero, añade el TC, dichos tratamientos habrán de regirse en su totalidad por la normativa que regula este derecho. Y cabe recordar ahora, de la misma manera que lo recuerda el TC en dicha sentencia, que dichos tratamientos, aunque no requieran del consentimiento del interesado, habrán

Código Seguro De Verificación	APDPFFD5EF5A21A9346FF59100-57541	Fecha	09/03/2022
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	la Directora - María España Martí		
Url De Verificación	https://sedeagpd.gob.es/validar-csv/	Página	3/11

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

de regirse por la normativa de protección de datos personales (FJ 7º). Y entre dichas garantías y principios previstos en el RGPD y la LOPDGDD se encuentra el de información a los interesados cuyos datos son tratados aun sin su consentimiento (art. 14 RGPD) así como que el responsable estará sujeto a los principios del art. 5 RGPD, entre ellos que los datos tratados habrán de ser adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con los fines para los que son tratados. Por último, mencionar aquí que tanto los extranjeros cuyos datos sean tratados, provenientes de otras Administraciones o entidades, así como los propios no extranjeros cuyos datos son igualmente tratados a los fines previstos en la norma, tienen los derechos previstos en el RGPD, entre ellos el de información, íntegros, (art. 14 RGPD ya citados), sin que se hayan visto limitados, lo cual habría de hacerse, en su caso, mediante una norma legal conforme al art. 23 RGPD.

En cuanto a la nueva redacción, no se advierte en la MAIN la razón del cambio entre la versión anterior y la actual, en cuanto que la actual distingue entre "situación administrativa de los extranjeros" y "los datos imprescindibles para la comprobación de la situación" y la versión anterior tan sólo mencionaba esta última expresión.

En cualquier caso, el precepto concreta que no será necesario el consentimiento de los interesados. Esta expresión, si bien no es incorrecta, cabe entender que es innecesaria hoy día, pues a diferencia del régimen anterior al RGPD (art. 6.1 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, LOPD 99) en el que la base jurídica preponderante para el tratamiento de datos personales era el consentimiento de los interesados, en el actual régimen previsto por el RGPD el consentimiento es tan sólo "una" de las bases jurídicas que permiten el tratamiento lícito de datos personales. Y el consentimiento ha de ser una manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca, por lo que, tal y como resulta del Considerando 42 RGPD el consentimiento no debe considerarse libremente prestado cuando el interesado no goza de verdadera o libre elección o no puede denegar o retirar su consentimiento sin sufrir perjuicio alguno. En consecuencia, y como regla en la mayoría de los casos, el consentimiento no es base jurídica lícita para que la Administración trate datos personales de los interesados.

Se requiere pues buscar una base jurídica diferente, que el precepto legal informado no concreta (tampoco lo hacía el precepto que se modifica). Y esa base legal se considera que podría ser la incluida en la letra e) del art. 6.1 RGPD, es decir, cuando el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. No corresponde a esta Agencia determinar cuál es esa misión de interés público o el ejercicio de poderes públicos, pero puede entenderse que dicha misión de interés público o en el ejercicio de poderes públicos es la determinación de la concurrencia de los requisitos para la asistencia sanitaria financiada con fondos públicos. Sería más que conveniente que dicha base jurídica se hiciera constar en la propia

Código Seguro De Verificación	APDPFFD5EF5A21A9346FF59100-57541	Fecha	09/03/2022
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	la Directora - María España Martí		
Url De Verificación	https://sedeagpd.gob.es/validar-csv/	Página	4/11

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ley, entre otras razones, siquiera sea porque los interesados habrán de ser informados por el responsable del tratamiento de cuál es la base jurídica que legitima dicho tratamiento (art. 14.1.c) RGPD).

Dicho apartado 3 también contiene una referencia a "los datos que resulten imprescindibles para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos". Dicha expresión "imprescindible", en cuanto parece contener una limitación a las facultades de los órganos administrativos para solicitar datos personales, en realidad no tiene efecto alguno, porque la propia normativa de protección de datos personales ya establece como principio relativos al tratamiento el de "minimización" (art. 5.1.c) RGPD), según el cual, como ya hemos mencionado, los datos personales a tratar sólo habrán de ser los limitados a lo necesario en relación con los fines para los que son tratados. Un tratamiento de datos personales que no sean los imprescindibles para conseguir dicho fin sería contrario al derecho fundamental a la protección de datos personales.

Ahora bien, no se hace constar en la ley cuáles serán esos datos que se van a tratar, sino que se hace una declaración general sobre cualesquiera datos. Sin embargo, el art. 14.1.d) RGPD establece que los interesados habrán de ser informados, cuando menos, de "las categorías de datos personales de que se traten" por el responsable (además de otra información), todo lo cual, además, deberá constar en el Registro de Actividades de Tratamiento (RAT) previsto en el art. 30 RGPD y 31 LOPDGDD. Dicho registro deberá contener toda la información indicada a continuación: a) el nombre y los datos de contacto del responsable y, en su caso, del corresponsable, del representante del responsable, y del delegado de protección de datos; b) los fines del tratamiento; c) una descripción de las categorías de interesados y de las categorías de datos personales; d) las categorías de destinatarios a quienes se comunicaron o comunicarán los datos personales, incluidos los destinatarios en terceros países u organizaciones internacionales; e) en su caso, las transferencias de datos personales a un tercer país o una organización internacional, incluida la identificación de dicho tercer país u organización internacional y, en el caso de las transferencias indicadas en el artículo 49, apartado 1, párrafo segundo, la documentación de garantías adecuadas; f) cuando sea posible, los plazos previstos para la supresión de las diferentes categorías de datos; g) cuando sea posible, una descripción general de las medidas técnicas y organizativas de seguridad a que se refiere el artículo 32, apartado 1 RGPD.

En ese mismo apartado 3 se regula que el Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, podrán tratar los datos obrantes *en los ficheros de las entidades gestoras, servicios comunes* y órganos de las administraciones públicas competentes que resulten imprescindibles para verificar la concurrencia del

Código Seguro De Verificación	APDPFFD5EF5A21A9346FF59100-57541	Fecha	09/03/2022
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	la Directora - María España Martí		
Url De Verificación	https://sedeagpd.gob.es/validar-csv/	Página	5/11

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

reconocimiento y control del citado derecho. La mencionada cesión de estos datos no precisará del consentimiento del interesado.

Esta referencia a entidades gestoras y servicios comunes es enormemente amplia, y esta Agencia quiere recordar y poner de manifiesto que entre dichos datos podrían estar comprendidos datos de salud, y por lo tanto con un régimen de especial protección según el art. 9 RGPD. Nada se prevé en la ley, ni se dice nada tampoco a este respecto, por lo que cabe mencionar en este momento que tanto el Tribunal Constitucional como el Tribunal de Justicia de la Unión Europea se han pronunciado sobre los requisitos que han de cumplir en ese caso las normas que establecen dichos tratamientos.

El Tribunal Constitucional ha tenido ocasión de examinar los requisitos para que las leyes que establecen tratamientos de datos personales, en cuanto que restricciones al derecho fundamental a la protección de datos personales del interesado, puedan considerarse conformes a la Constitución. Así, dicha doctrina constitucional puede resumirse en la sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 76/2019, de 22 de mayo. Esta sentencia contiene la doctrina relevante de este sobre el derecho fundamental a la protección de datos personales, y aborda tanto las características como el contenido que ha de tener la normativa que pretenda establecer una injerencia en ese derecho fundamental.

> *(…) Por mandato expreso de la Constitución, toda injerencia estatal en el ámbito de los derechos fundamentales y las libertades públicas ora incida directamente sobre su desarrollo (artículo 81.1 CE), ora limite o condicione su ejercicio (artículo 53.1 CE), precisa una habilitación legal (por todas, STC 49/1999, de 5 de abril, FJ 4). (…) Esta doble función de la reserva de ley se traduce en una doble exigencia: por un lado, la necesaria intervención de la ley para habilitar la injerencia; y, por otro lado, esa norma legal «ha de reunir todas aquellas características indispensables como garantía de la seguridad jurídica», esto es, «ha de expresar todos y cada uno de los presupuestos y condiciones de la intervención» (STC 49/1999, FJ 4). En otras palabras, «no sólo excluye apoderamientos a favor de las normas reglamentarias […], sino que también implica otras exigencias respecto al contenido de la Ley que establece tales límites» (STC 292/2000, FJ 15).*

Y ello porque, en el ámbito de las categorías especiales de datos personales, como son los datos de salud, (…)

> *el Reglamento general de protección de datos establece las garantías mínimas, comunes o generales para el tratamiento de datos personales que no son especiales. En cambio, no establece por sí mismo el régimen jurídico aplicable a los tratamientos de datos personales especiales, ni en el ámbito de los Estados miembros ni para el Derecho de la Unión. Por ende, tampoco fija las garantías que deben observar los*

Código Seguro De Verificación	APDPFFD5EF5A21A9346FF59100-57541	Fecha	09/03/2022
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	la Directora - María España Martí		
Url De Verificación	https://sedeagpd.gob.es/validar-csv/	Página	6/11

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

diversos tratamientos posibles de datos sensibles, adecuadas a los riesgos de diversa probabilidad y gravedad que existan en cada caso; tratamientos y categorías especiales de datos que son, o pueden ser, muy diversos entre sí. El reglamento se limita a contemplar la posibilidad de que el legislador de la Unión Europea o el de los Estados miembros, cada uno en su ámbito de competencias, prevean y regulen tales tratamientos, y a indicar las pautas que deben observar en su regulación. Una de esas pautas es que el Derecho del Estado miembro establezca «medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado» [artículo 9.2.g) RGPD] y que «se ofrezcan garantías adecuadas» (considerando 56 RGPD). Es patente que ese establecimiento de medidas adecuadas y específicas solo puede ser expreso. Si la norma interna que regula el tratamiento de datos personales relativos a opiniones políticas no prevé esas garantías adecuadas, sino que, todo lo más, se remite implícitamente a las garantías generales contenidas en el Reglamento general de protección de datos, no puede considerarse que haya llevado a cabo la tarea normativa que aquel le exige.

En consecuencia, y tal y como exige el Tribunal Constitucional, la ley que establezca unas determinadas injerencias en el derecho fundamental a la protección de datos personales de los interesados, como podría ser, en el caso presente, la posibilidad de tratar datos personales de los interesados de categorías especiales, como son datos relativos a su salud, requiere que esta en primer lugar, y para cada tratamiento de datos personales de categorías especiales que contemple:

a) especifique el interés público esencial que fundamenta la restricción del derecho fundamental (FJ 7 de la STC 76/2019).

b) en segundo lugar, la ley habrá de regular pormenorizadamente las injerencias al derecho fundamental estableciendo reglas claras sobre el alcance y contenido de los tratamientos de datos que autoriza. Es decir, habrá de establecer cuáles son los presupuestos y las condiciones del tratamiento de datos personales relativos a las categorías especiales de datos personales que habrán de ser objeto de tratamiento, mediante reglas claras y precisas (STC 76/2019, FJ 7 b)

c) Y, por último, la propia ley habrá de contener las garantías adecuadas frente a la recopilación de datos personales que autoriza. El TC ha sido claro en cuanto a que *[l]a previsión de las garantías adecuadas no puede deferirse a un momento posterior a la regulación legal del tratamiento de datos personales de que se trate. Las garantías adecuadas deben estar incorporadas a la propia regulación legal del tratamiento, ya sea directamente o por remisión expresa y perfectamente delimitada a fuentes externas* ***que posean el rango normativo adecuado.*** *Solo ese entendimiento es compatible con la doble exigencia que dimana del artículo 53.1 CE (…). Es evidente que si la norma*

Código Seguro De Verificación	APDPFFD5EF5A21A9346FF59100-57541	Fecha	09/03/2022
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	la Directora - María España Martí		
Url De Verificación	https://sedeagpd.gob.es/validar-csv/	Página	7/11

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

incluyera una remisión para la integración de la ley con las garantías adecuadas establecidas en normas de rango inferior a la ley, sería considerada como una deslegalización que sacrifica la reserva de ley ex artículo 53.1 CE, y, por este solo motivo, debería ser declarada inconstitucional y nula. (…). Se trata, en definitiva, de "*garantías adecuadas de tipo técnico, organizativo y procedimental, que prevengan los riesgos de distinta probabilidad y gravedad y mitiguen sus efectos, pues solo así se puede procurar el respeto del contenido esencial del propio derecho fundamental".* Tampoco sirve por ello que para el establecimiento de dichas garantías adecuadas y específicas la ley se remita al propio RGPD o a la LOPDGDD.

Además, dicha ley deberá respetar en todo caso el principio de proporcionalidad, tal y como recuerda la Sentencia del Tribunal Constitucional 14/2003, de 28 de enero:

> *"En otras palabras, de conformidad con una reiterada doctrina de este Tribunal, la constitucionalidad de cualquier medida restrictiva de derechos fundamentales viene determinada por la estricta observancia del principio de proporcionalidad. A los efectos que aquí importan basta con recordar que, para comprobar si una medida restrictiva de un derecho fundamental supera el juicio de proporcionalidad, es necesario constatar si cumple los tres requisitos o condiciones siguientes: si la medida es susceptible de conseguir el objetivo propuesto (juicio de idoneidad); si, además, es necesaria, en el sentido de que no exista otra medida más moderada para la consecución de tal propósito con igual eficacia (juicio de necesidad); y, finalmente, si la misma es ponderada o equilibrada, por derivarse de ella más beneficios o ventajas para el interés general que perjuicios sobre otros bienes o valores en conflicto (juicio de proporcionalidad en sentido estricto; SSTC 66/1995, de 8 de mayo [RTC 1995, 66] , F. 5; 55/1996, de 28 de marzo [RTC 1996, 55] , FF. 7, 8 y 9; 270/1996, de 16 de diciembre [RTC 1996, 270] , F. 4.e; 37/1998, de 17 de febrero [RTC 1998, 37] , F. 8; 186/2000, de 10 de julio [RTC 2000, 186] , F. 6)."*

La misma doctrina sostiene el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE). Así, si el art. 8 de la Carta Europea de los Derechos Fundamentales reconoce el derecho de toda persona a la protección de los datos de carácter personal que le conciernan, el art. 52.1 reconoce que ese derecho no es ilimitado y permite la limitación del ejercicio de esos derechos y libertades reconocidos por la Carta, limitación que deberá ser establecida por la ley y respetar el contenido esencial de los mismos.

Pues bien, la STJUE de 6 de octubre de 2020, en los casos acumulados C-511/18, C-512/18 y C-520/18, La Quadrature du Net y otros, (no disponible aún a esta fecha en español), en su apartado 175, recuerda que:

Código Seguro De Verificación	APDPFFD5EF5A21A9346FF59100-57541	Fecha	09/03/2022
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	la Directora - Mar España Martí		
Url De Verificación	https://sedeagpd.gob.es/validar-csv/	Página	8/11

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

> *En cuanto a la justificación de dicha injerencia, cabe precisar que el requisito, previsto en el artículo 52, apartado 1, de la Carta, de que cualquier limitación del ejercicio de los derechos fundamentales deba ser establecida por ley implica que la base legal que la permita debe definir ella misma el alcance de la limitación del ejercicio del derecho de que se trate (véase, en este sentido, la sentencia de 16 de julio de 2020, Facebook Ireland y Schrems, C-311/18, EU:C:2020:559, apartado 175 y jurisprudencia citada).*

Igualmente, el apartado 65 de la Sentencia (STJUE) de la misma fecha 6 de octubre de 2020 (C-623/17), Privacy International contra Secretary of State for Foreign and Commonwealth Affairs y otros (a esta fecha tampoco aún traducida al español), con cita, como la anterior, de la sentencia Schrems 2, dice:

> *Cabe añadir que el requisito de que cualquier limitación del ejercicio de los derechos fundamentales deba ser establecida por ley implica que la base legal que permita la injerencia en dichos derechos debe definir ella misma el alcance de la limitación del ejercicio del derecho de que se trate (sentencia de 16 de julio de 2020, Facebook Ireland y Schrems, C-311/18, EU:C:2020:559, apartado 175 y jurisprudencia citada).*

En definitiva, el apartado 175 de la STJUE de 16 de julio de 2020, C-311/2020, Schrems 2, dice: *Cabe añadir, sobre este último aspecto, que el requisito de que cualquier limitación del ejercicio de los derechos fundamentales deba ser establecida por ley implica que la base legal que permita la injerencia en dichos derechos debe definir* ***ella misma*** *el alcance de la limitación del ejercicio del derecho de que se trate [dictamen 1/15 (Acuerdo PNR UE-Canadá), de 26 de julio de 2017, EU:C:2017:592, apartado 139 y jurisprudencia citada].*

Es pues, la misma ley que establece la injerencia en el derecho fundamental la que ha de determinar las condiciones y garantías, esto es, el alcance y la limitación, que han de observarse en dichos tratamientos,

Y en dicha STJUE de 16 de julio de 2020, Schrems 2, se añade (y se reitera posteriormente en las citadas sentencias de 6 de octubre de 2020):

> *176 Finalmente, para cumplir el requisito de proporcionalidad según el cual las excepciones a la protección de los datos personales y las limitaciones de esa protección no deben exceder de lo estrictamente necesario, la normativa controvertida que conlleve la injerencia debe establecer* ***reglas claras y precisas que regulen el alcance y la aplicación de la medida en cuestión e impongan unas exigencias mínimas****, de modo que las personas cuyos datos se hayan transferido dispongan de* ***garantías suficientes*** *que permitan proteger de manera eficaz sus datos de carácter personal contra los riesgos de abuso. En particular, dicha normativa deberá indicar en qué circunstancias y con arreglo a qué requisitos puede adoptarse una medida que contemple el*

Código Seguro De Verificación	APDPFFD5EF5A21A9346FF59100-57541	Fecha	09/03/2022
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	la Directora - María España Martí		
Url De Verificación	https://sedeagpd.gob.es/validar-csv/	Página	9/11

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

tratamiento de tales datos, garantizando así que la injerencia se limite a lo estrictamente necesario. La necesidad de disponer de tales garantías reviste especial importancia cuando los datos personales se someten a un tratamiento automatizado [véase, en este sentido, el dictamen 1/15 (Acuerdo PNR UE-Canadá), de 26 de julio de 2017, EU:C:2017:592, apartados 140 y 141 y jurisprudencia citada).

La STJUE de 6 de octubre de 2020, en el caso C-623/17, añade la mención de las categorías especiales de datos:

68 (…) Those considerations apply especially where the protection of the ***particular category of personal data that is sensitive*** *data is at stake (see, to that effect, judgments of 8 April 2014, Digital Rights Ireland and Others, C-293/12 and C-594/12, EU:C:2014:238, paragraphs 54 and 55, and of 21 December 2016, Tele2, C-203/15 and C-698/15, EU:C:2016:970, paragraph 117; Opinion 1/15 (EU-Canada PNR Agreement) of 26 July 2017, EU:C:2017:592, paragraph 141).*

Resulta pues tanto de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional como del Tribunal de la UE que es la propia ley que establece el tratamiento de datos de categorías especiales (esto es, la injerencia en el derecho fundamental) la que ha de establecer, ella misma, (i) la finalidad de interés público esencial que lo justifica, (ii) reglas claras y precisas sobre el alcance y contenido de los tratamientos de datos que autoriza, y (iii) la ley ha de establecer unas exigencias mínimas de modo que las personas cuyos datos se hayan transferido dispongan de garantías suficientes que permitan proteger de manera eficaz sus datos de carácter personal contra los riesgos de abuso.

A la vista de la amplitud y ambigüedad de la regulación legal, esta Agencia sugiere que la regulación de las cuestiones relativas a los tratamientos de datos personales que resulten de esta norma se aborden de una manera integral en la propia ley, con una redacción en la que participe directamente el Delegado de Protección de Datos del órgano redactor del anteproyecto, de manera que en la propia ley se regulen todas las circunstancias que determinan a licitud de los tratamientos de datos que resultan del propio texto legal. Como ejemplo concreto, ya el legislador español se ha hecho eco de esta necesidad, y en los sucesivos textos legales se van incorporando la regulación completa de los tratamientos. Obsérvese que ello está previsto específicamente en el art. 6.3 RGPD, el cual, en el caso de tratamientos de datos personales cuyas bases jurídicas sean el cumplimiento de una obligación legal o de una misión de interés público, la propia base jurídica (en el caso español, la ley -art. 8 LOPDGDD-), dicha ley podrá contener disposiciones específicas para adaptar la aplicación de normas del presente Reglamento, entre otras: las condiciones generales que rigen la licitud del tratamiento por parte del responsable; los tipos de datos objeto de tratamiento; los interesados afectados; las entidades a las que se pueden comunicar datos personales y los fines de tal comunicación; la limitación de la finalidad; los plazos de

Código Seguro De Verificación	APDPFFD5EF5A21A9346FF59100-57541	Fecha	09/03/2022
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	la Directora - María España Martí		
Url De Verificación	https://sedeagpd.gob.es/validar-csv/	Página	10/11

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

conservación de los datos, así como las operaciones y los procedimientos del tratamiento.

A tal efecto, cabe mencionar como ejemplo que podría ser tenido en cuenta, la regulación contenida en la Disposición adicional cuarta de la ley Orgánica 11/2021, de 28 de diciembre, de lucha contra el dopaje en el deporte.

Mar España Martí
Directora de la Agencia Española de Protección de Datos

SR. SECRETARIO GENERAL TÉCNICO DEL MINISTERIO DE JUSTICIA

Código Seguro De Verificación	APDPFFD5EF5A21A9346FF59100-57541	Fecha	09/03/2022
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	la Directora - Mar España Martí		
Url De Verificación	https://sedeagpd.gob.es/validar-csv/	Página	11/11

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

S/Ref: DG/67/21

N/Ref.: 287/2021

Informe 26.9 LG

OCCN

INFORME SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Remitido por el Ministerio de Sanidad, el 15 de noviembre de 2021 se recibió, para informe, el *"Anteproyecto de ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud".*

Dicho anteproyecto se ha acompañado de la preceptiva memoria del análisis de impacto normativo (en adelante, la memoria), tal como exige el artículo 26.3 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, desarrollado por el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la elaboración de dicha memoria.

Examinado el texto del anteproyecto y la documentación que lo acompaña, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 26.9 de la Ley del Gobierno y en el artículo 2 del Real Decreto 1081/2017, de 29 de diciembre, por el que se establece el régimen de funcionamiento de la Oficina de Coordinación y Calidad Normativa, se informa lo siguiente:

1. OBJETO, ESTRUCTURA Y CONTENIDO

1.1. Objeto

El anteproyecto de ley tiene por objeto establecer medidas que consoliden la equidad, la cohesión y la universalización en el Sistema Nacional de Salud, mediante la modificación de varias disposiciones con rango de ley y reglamentarias:

- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- El 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.

Avda. Puerta de Hierro, s/n
28071 MADRID
TEL: 91 335 39 17
OCCNormativa@mpr.es

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- El 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.
- El 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.

1.2. Estructura y contenido

El anteproyecto consta de una exposición de motivos, cinco artículos, una disposición adicional, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y seis disposiciones finales, cuyo contenido principal es el siguiente:

El **artículo primero** modifica la Ley 14/1986, de 25 de abril, tiene dos apartados:

- El apartado uno da nuevo contenido al artículo 47, sobre Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud, disponiendo un principio de preferencia de la gestión directa frente a otras fórmulas de gestión.
- El apartado dos introduce un nuevo artículo 90 bis, sobre el régimen jurídico de los consorcios sanitarios, que integra en aquella Ley el contenido actual de la disposición adicional única de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que se deroga por la disposición derogatoria única.

El **artículo segundo** modifica los siguientes artículos de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud:

- Artículo 3. Amplía el ámbito subjetivo de los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, por relación a las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como a los familiares que les acompañen.

  Asimismo reconoce expresamente estos derechos a solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos, en las condiciones que establece.

- Artículo 3 bis. Dispone que el reconocimiento del derecho a la protección sanitaria y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos corresponde al Ministerio de Sanidad, salvo en el caso de solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos, que corresponderá a las Comunidades Autónomas y al INGESA.

  Prevé que se determinen reglamentariamente los procedimientos para ejercer el reconocimiento y el control del derecho, cuya gestión podrá estar atribuida a otros órganos o entidades de las administraciones públicas.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- Artículo 3 ter. Precisa el régimen de protección de la salud de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.

- Artículo 8. Modifica el régimen de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, estableciéndola como única -junto con la Cartera de servicios complementaria de las Comunidades Autónomas -, limitando con ello la posibilidad de supuestos de copago.

  Complementariamente, la disposición derogatoria deroga los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quater, que regulan, respectivamente la Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, la Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud y la Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud, dada la supresión de estas modalidades.

- Artículos 13 y 14. Se modifica el régimen de las prestaciones de atención especializada y sociosanitaria, para aclarar su régimen; y se establecen mecanismos de coordinación entre las Administraciones competentes.

- Artículo 67. Se incorpora la representación de pacientes y ciudadanos en los órganos de asesoramiento del Sistema Nacional de Salud.

El **artículo tercero** modifica el artículo 26 del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, para referirse a la asistencia sanitaria para españoles de origen desplazados temporalmente al territorio nacional y para los familiares que les acompañen, conforme a su nueva previsión en el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

El **artículo cuarto** modifica el artículo 9 del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, para homogenizar con el régimen de la prestación farmacéutica la exención de la aportación de los usuarios de la prestación ortoprotésica.

Asimismo contiene una modificación de mero ajuste técnico de su disposición adicional segunda.

El **artículo quinto** modifica el artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, relativo al Fondo de Garantía Asistencial, que compensa entre las Comunidades Autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común del SNS a las personas titulares de derecho a asistencia.

Aparte de otras modificaciones de ajuste técnico al nuevo régimen de la cartera común de servicios, se suprime el actual apartado 5, relativo al importe de las cuantías a liquidar, que se deslegaliza mediante su remisión a su determinación reglamentaria.

La **disposición adicional única** autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

La **disposición transitoria primera**, vinculada con el artículo quinto, establece el régimen transitorio para la determinación de las cuantías a liquidar por los servicios de salud derivadas de desplazamientos temporales.

La **disposición transitoria segunda** contiene un régimen transitorio para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos hasta que no entre en vigor el reglamento previsto en el artículo 3 bis.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

La **disposición derogatoria única** establece la derogación de cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en esta ley y la derogación expresa de la Ley 15/1997, de 25 de abril; de los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quater de la Ley 16/2003, de 28 de mayo; y de la disposición final segunda del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

La **disposición final primera** se refiere al título competencial.

La **disposición final segunda** salvaguarda el rango normativo de las normas reglamentarias que modifica la presente ley, con el fin de que sigan ostentando rango reglamentario.

La **disposición final tercera** se refiere a la habilitación normativa.

La **disposición final cuarta** se refiere a las referencias normativas hechas en otras normas al concepto de cartera común básica de servicios asistenciales, al de cartera común suplementaria o al de cartera común de servicios accesorios.

La **disposición final quinta**, sobre el carácter excepcional del trasplante de órganos de donante fallecido, habilita el desarrollo reglamentario necesario para establecer criterios de acceso a la lista de espera de trasplante y dispone que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.

La **disposición final sexta** establece la entrada en vigor de la norma el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

2. CONSIDERACIONES SOBRE EL PROYECTO NORMATIVO

2.1. Fundamento jurídico y rango normativo

La norma proyectada tiene su **fundamento jurídico** en los artículos 87 y 88 de la Constitución Española. Así, el apartado 1 del artículo 87 establece que "*La iniciativa legislativa corresponde al Gobierno, al Congreso y al Senado, de acuerdo con la Constitución y los Reglamentos de las Cámaras*", mientras que el artículo 88 determina que "*Los proyectos de ley serán aprobados en Consejo de Ministros, que los someterá al Congreso, acompañados de una exposición de motivos y de los antecedentes necesarios para pronunciarse sobre ellos*".

A su vez, el artículo 127 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, titulado "Iniciativa legislativa y potestad para dictar normas con rango de ley", dispone en su párrafo primero que "*El Gobierno de la Nación*

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ejercerá la iniciativa legislativa prevista en la Constitución mediante la elaboración y aprobación de los anteproyectos de Ley y la ulterior remisión de los proyectos de ley a las Cortes Generales".

En cuanto al **rango** de ley que adopta la norma proyectada, cabe manifestar que se considera adecuado en relación con las previsiones de los artículos primero, segundo y quinto, dedicados a la modificación de normas con rango legal.

No obstante, no parece el instrumento adecuado en relación con lo previsto en los artículos tercero y cuarto, dedicados a la modificación de normas con rango reglamentario, por razones de buena técnica normativa y de seguridad jurídica. Además, el efecto perseguido para una regulación conexa, coherente y ajustada en el tiempo de ambos instrumentos se podría lograr a través de una tramitación paralela de las modificaciones legales y reglamentarias que se pretenden, a través de instrumentos normativos de su propio rango. Sobre ello volveremos de nuevo, en el apartado 2.7.A)1 del presente informe.

2.2. Congruencia con el Derecho de la Unión Europea y el ordenamiento jurídico interno

A) Derecho de la Unión Europea

La propuesta no constituye propiamente nuevo desarrollo o transposición de normas de la Unión Europea, no suscitándose cuestiones de compatibilidad en relación con este Derecho.

Las modificaciones que se establecen son coherentes con lo previsto en la Directiva 2011/24/UE del Parlamento europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y su normativa de desarrollo, y con la Directiva 2010/45/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de julio de 2010, sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados al trasplante.

Asimismo, este anteproyecto forma parte del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (en adelante, PRTR), en el Componente 18. La consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad es una de las reformas incluidas en el Componente 18, en concreto constituye la reforma 3. La entrada en vigor de esta norma constituye el hito CID #275, estableciéndose como plazo de cumplimiento el cuarto trimestre de 2023.

B) Ordenamiento jurídico interno

En su propósito de consolidar la equidad, la cohesión y la universalización en el Sistema Nacional de Salud, la propuesta adopta diversas medidas que, articuladas mediante la modificación de varias disposiciones con rango de ley y reglamentarias, inciden transversalmente en este sector de nuestro ordenamiento jurídico, constituido por un bloque normativo complejo y fuertemente atomizado en numerosas normas legales y reglamentarias.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

En este contexto, operaciones como la que lleva a cabo la presente propuesta requieren velar con especial cuidado por que el efecto sobre el conjunto mantenga la coherencia completa del bloque normativo y, en lo posible, se contribuya a su simplificación.

Desde esta óptica puede considerarse favorablemente, por ejemplo, la decisión de incardinar en la Ley 14/1986, de 25 de abril las previsiones sobre la gestión de los centros y servicios sanitarios contenidas en la Ley 15/1997, de 25 de abril, pues contribuye a la simplificación de este bloque jurídico.

Pero a la vez considera esta Oficina oportuno advertir de la necesidad de revisar otros extremos de la propuesta a fin de que su inserción en el ordenamiento jurídico se realice de la manera más adecuada, lo que significa no solo que deba ser globalmente coherente con el resto del ordenamiento jurídico, sino que también contribuya a generar un marco normativo estable, predecible, integrado, claro y de certidumbre, que facilite su conocimiento y comprensión, aspectos todos ellos propios del principio de seguridad jurídica, que es un principio de buena regulación que ha de inspirar toda iniciativa normativa.

Desde esta perspectiva, se apuntan a continuación los principales aspectos generales a tener en cuenta, sin perjuicio de que más adelante, en el apartado 2.7.B) del presente informe, se profundice en algunos de ellos al hilo de las consideraciones particulares que se formulan sobre los contenidos de la propuesta:

1) Adecuación del bloque normativo a los cambios que se introducen.

   La propuesta incorpora algunos cambios de calado que afectan a la regulación actual de otras normas que pertenecen a este mismo grupo normativo.

   Es el caso, por ejemplo, de las modificaciones en la concepción de la Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. La propuesta incluye a estos efectos -en su disposición final cuarta- una previsión de mera aclaración de las referencias terminológicas actuales, si bien posiblemente haya de llevarse a cabo una adecuación a este nuevo esquema de las normas reglamentarias existentes.

   En esta situación, y no siendo adecuado -por razones de rango- que dicha adecuación se realice directamente en la propuesta, sería apropiado, por una parte, que la propuesta dispusiera un mandato de adecuación de las normas existentes en el plazo que se establezca; y, por otra parte, que la Memoria (en el apartado sobre la coherencia de la propuesta con otras normas del ordenamiento español) incorporara una explicación de la incidencia de la propuesta sobre su grupo normativo, de forma que se identifiquen las normas que habrán de ser modificadas y el sentido y alcance básico de las modificaciones que habrán de realizarse en su adaptación.

   Estos mismos criterios deberían aplicarse respecto de otros supuestos de adecuación que fueran necesarios y que deberían ser también identificados.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

2) Debe velarse porque las modificaciones que se realizan en determinados preceptos no den lugar a desajustes en el contenido de otras normas que puedan tomarlos como referencia en su regulación.

En este sentido se observa, por ejemplo, que el artículo 3.2 de la Ley 14/1986 constituye una referencia básica en la determinación del supuesto de hecho de otras normas, entre ellas:

- La disposición adicional única del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, que toma referencia dicho artículo 3.2 al definir los conceptos de asegurado y beneficiario a efectos de lo previsto en la normativa internacional y la aportación a la prestación farmacéutica.
- La disposición final tercera del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre referencias normativas al concepto de asegurado a efectos de la prestación de la asistencia sanitaria.

Se suscita la cuestión sobre si la modificación del contenido del artículo 3.2, al incorporar nuevos supuestos -nuevos párrafos d), e) y f)- debería o no afectar al supuesto de hecho de las normas que toman este precepto como referencia, en el sentido de si aquellos nuevos supuestos deban serlo o no también a efectos de estas últimas normas, pues en caso de que no fuera así, la modificación del citado artículo 3.2 debería conllevar un ajuste en la redacción de las normas que lo toman como referencia (en este caso, de la disposición adicional única y final tercera del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio).

La Memoria debería indicar este tipo de incidencias y explicar la necesidad o no de realizar un ajuste.

3) Mantenimiento de la congruencia con otras normas y de la coherencia interna de las normas modificadas.

Se observan algunos posibles desajustes de esta naturaleza que deberían ser revisados. Por ejemplo:

- En la coherencia interna de la nueva redacción del artículo 3.1 y 2.d) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.
- En la interrelación del nuevo artículo 3.4, párrafo tercero, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, con la normativa general que rige el mutualismo administrativo.
- En el nuevo contenido que se atribuye al artículo 26 del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero

A todos ellos nos referiremos de forma particular en el apartado 2.7.B) del presente informe.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

4) En lo posible, se deberá contribuir a la simplificación del ordenamiento jurídico.

Como regla general, la simplicidad del ordenamiento principio jurídico es un principio que ha de inspirar el planteamiento de toda nueva iniciativa normativa, en la que se debe procurar evitar la proliferación indiscriminada de normas que puedan incidir en una mayor fragmentación y dispersión de aquel.

Esta consideración resulta transcendente en este caso, pues, por ejemplo:

- Podría aprovecharse la propuesta para incorporar a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, la regulación del Fondo de Garantía Asistencial, contenida en el artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

  Dicho fondo constituye un elemento estructural del régimen de cohesión del Sistema Nacional de Salud y por ello tendría mejor encaje en la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

- La nueva previsión sobre trasplantes contenida en la disposición final quinta no debería quedar aislada de su grupo normativo, encabezado por la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos, siendo más adecuada su formulación como una modificación expresa de esta ley.

- La propuesta deroga la disposición final segunda del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, que queda así prácticamente sin contenido sustantivo propio (con la salvedad de la disposición adicional única y de la disposición final tercera, antes referidas).

  Debería considerarse la derogación completa del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sin perjuicio de que puedan incorporarse como contenidos propios del Anteproyecto aquellas disposiciones de la parte final del citado Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, que se considere deban subsistir, con los ajustes de redacción que sean procedentes

Por lo demás, y aun cuando la concreta propuesta que se examina no sea el vehículo adecuado para llevarla a cabo, estima esta Oficina oportuno poner de manifiesto la conveniencia de que el órgano proponente tenga en cuenta esta perspectiva en la tramitación de otras iniciativas relacionadas con este grupo normativo que están actualmente previstas en el Plan Anual Normativo para el año 2022 (por ejemplo, se prevé en dicho Plan una modificación del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, siendo de considerar la incorporación al mismo de las previsiones en esta materia contenidas en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, y la posible derogación de este).

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

2.3. Adecuación de la norma al orden constitucional de distribución de competencias

La disposición final primera del anteproyecto y la memoria expresan que la norma se dicta al amparo del artículo 149.1.1.ª (condiciones básicas que garantizan la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales); y 149.1.16.ª (legislación sobre productos farmacéuticos y en materia de bases y coordinación general de la sanidad).

En la memoria se destaca la participación que han tenido las Comunidades Autónomas en la fase de consulta previa del anteproyecto, así como la que tendrán en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, órgano al que se solicitará informe al respecto, más la audiencia específica que tendrán dentro del trámite ad hoc que se prevé realizar, según se expone en la memoria.

Sin perjuicio del mejor criterio que al respecto pueda expresar el Ministerio de Política Territorial, cuyo informe se prevé recabar, se recomienda ampliar la información que se ofrece en la memoria sobre los antecedentes de conflictividad en la materia o la inexistencia de los mismos.

2.4. Entrada en vigor y derogación normativa

A) Entrada en vigor

La disposición final sexta establece la entrada en vigor de la ley el día siguiente al de su publicación en el BOE.

Cabe constatar que la norma propuesta no impone nuevas obligaciones a las personas físicas o jurídicas que desempeñen una actividad económica o profesional como consecuencia del ejercicio de ésta, y que por tanto no es de aplicación en este caso la regla especial de entrada en vigor prevista en el artículo 23 de la Ley del Gobierno, que establece "*Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 2.1 del Código Civil, las disposiciones de entrada en vigor de las leyes o reglamentos, cuya aprobación o propuesta corresponda al Gobierno o a sus miembros, y que impongan nuevas obligaciones a las personas físicas o jurídicas que desempeñen una actividad económica o profesional como consecuencia del ejercicio de ésta, preverán el comienzo de su vigencia el 2 de enero o el 1 de julio siguientes a su aprobación*".

Rige en consecuencia lo establecido en el artículo 2.1 del Código Civil, según el cual "*1. Las leyes entrarán en vigor a los veinte días de su completa publicación en el «Boletín Oficial del Estado», si en ellas no se dispone otra cosa*".

La regla de entrada en vigor prevista en la propuesta se atiene a lo previsto en artículo 2.1 del Código Civil, si bien se recomienda ponderar la suficiencia de dicho plazo para la correcta aplicación de la norma y subsidiariamente dar cuenta sucinta en la Memoria las razones que aconsejarían en este caso disponer la entrada en vigor inmediata en lugar de atenerse al plazo de veinte días de *vacatio legis*, que en principio debería tomarse como regla general.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

B) Derogación normativa

La norma proyectada contiene una cláusula derogatoria que dispone la derogación expresa de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud, lo que es coherente con la incorporación de la regulación que constituye su objeto a la Ley 14/1986, de 25 de abril, mediante las modificaciones que se disponen en el artículo primero.

Asimismo, dispone la derogación de los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quater de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que resultan incompatibles con la regulación proyectada sobre la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Ello no obstante, sería de mejor técnica normativa proceder a su supresión concreta mediante sendos apartados en el artículo segundo, como más tarde se expondrá.

Por otro, se deroga la disposición final segunda del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, sobre acceso de personas extranjeras a la lista de espera de trasplantes, lo que se entiende como correlato a la nueva regulación sobre trasplante de órganos contenida en la disposición final quinta de la propuesta.

Según se ha planteado ya, a fin de evitar una fragmentación y dispersión aún mayor de este bloque normativo, debería considerarse la derogación completa del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sin perjuicio de que puedan incorporarse como contenidos propios del Anteproyecto aquellas disposiciones de la parte final del citado Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, que se considere deban subsistir, con los ajustes de redacción que sean procedentes.

2.5. Tramitación

La tramitación prevista en el apartado VII de la Memoria se atiene a las exigencias básicas de índole procedimental contenidas en el artículo 26 de la Ley del Gobierno, y otras normas concordantes, y consta de los siguientes trámites:

Se indica que se ha efectuado la **consulta previa** prevista en el artículo 26.2 de la Ley del Gobierno, entre los días 19 de octubre y 19 de noviembre de 2020. Sería conveniente incluir una referencia sobre la vía a través de la cual se procedió a realizar dicho trámite.

La propuesta habría sido informada por la **Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos** con fecha 22 de octubre de 2021.

Asimismo el **Consejo de Ministros** ha tomado conocimiento del Anteproyecto, a efectos de lo dispuesto en el artículo 26.4 de la Ley del Gobierno, en su reunión del día 8 de noviembre de 2021.

Se indican como pendientes los siguientes trámites:

a) En la memoria se expone que se va a sustanciar el trámite de **información pública** a través del portal web del Ministerio, así como el trámite de **audiencia** (si bien no se indican las entidades que habrán de ser llamadas a consulta).

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

b) Se prevé recabar los siguientes **informes**:

- Ministerio de Sanidad -ha de entenderse que se refiere a su Secretaría General Técnica, como debería precisarse- (artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley del Gobierno).
- De los siguientes ministerios (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley del Gobierno):
  - Ministerio de Defensa.
  - Ministerio de Industria, Comercio y Turismo
  - Ministerio de Ciencia e Innovación.
  - Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación
  - Ministerio de Hacienda y Función Pública
  - Ministerio del Interior
  - Ministerio de Consumo
  - Ministerio de Trabajo y Economía Social
  - Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones
  - Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030
  - Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital
  - Ministerio de Educación y Formación Profesional
  - Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana
- Informe del Ministerio de Política Territorial sobre adecuación del proyecto al orden de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas (artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley del Gobierno).
- Informe del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática -que entiende que es el que compete a esta Oficina-, que se emite en este acto (artículo 26.9 de la Ley del Gobierno).
- Informe de Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).
- Informe del Consejo de Consumidores y Usuarios (artículo 2 del Real Decreto 894/2005, de 22 de julio, por el que se regula el Consejo de Consumidores y Usuarios y artículo 39.2 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre).

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

c) Está prevista la práctica de las siguientes **consultas**:

- Pleno del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud (art. 4.1 del Real Decreto 1515/1992, de 11 de diciembre, por el que se regula la composición y funciones del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud).
- Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (art. 71 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).
- Federación Española de Municipios y Provincias.
- Agencia Española de Protección de Datos.
- Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)

d) **Aprobación previa** de la Ministra de Hacienda y Función Pública (artículo 26.5, párrafo quinto, de la Ley del Gobierno).

e) **Dictamen del Consejo Económico y Social** (artículo séptimo 1.1.a) de la Ley 21/1991, de 17 de junio, por la que se crea el Consejo Económico y Social).

f) **Dictamen del Consejo de Estado** (se cita el artículo 21 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, si bien debe concretarse si la consulta responde a uno de los supuestos en que resulta preceptiva conforme a dicho artículo, o bien si sería facultativa, en ejercicio de la facultad prevista en el artículo 25 de dicha ley orgánica).

2.6. Adecuación a los principios de buena regulación

En la parte expositiva del proyecto y en la Memoria se justifica la adecuación de la norma a los principios de buena regulación (necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia), tal y como establecen el artículo 129.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, y el artículo 2.1.a)2º del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre.

En el título del correspondiente apartado de la memoria se denominan principios de "buena gestión". A este respecto, cabe señalar que dichas normas los denominan como principios de "buena regulación", por lo que deberá adecuarse dicho título a esa denominación.

En aras de la mejor justificación de la propuesta desde la perspectiva de su adecuación a aquellos principios, se formulan las siguientes recomendaciones:

- De modo general, se recomienda una vinculación más concreta y específica de los argumentos empleados en la justificación con los aspectos particulares de la propuesta. Dicha especificación ya se contiene en algún caso en la justificación que se ofrece en la Memoria, sin embargo la contenida en la exposición de motivos resulta en general más formularia, lo que debe evitarse.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- En la justificación de la adecuación al **principio de proporcionalidad** convendría constatar expresamente que la norma no solo no restringe derechos ni impone obligaciones a los destinatarios, sino que supone una extensión del ámbito de aplicación del derecho a la protección de la salud y de su alcance.

- Dadas las implicaciones que tiene la propuesta desde la perspectiva de la **seguridad jurídica** se entiende que la adecuación de la norma a este principio debería ser objeto de una particular atención y constatación.

  En la Memoria se afirma al respecto que "*se trata de una norma con rango de ley que modifica a otras leyes y reales decretos, cuya tramitación e integración en el ordenamiento jurídico goza de las garantías que amparan a las normas de este rango*". Se entiende sin embargo que la inclusión en la propuesta de modificaciones de normas reglamentarias no es un hecho que pueda ser aducido en respaldo de su adecuación al principio de seguridad jurídica. Por ello, este argumento debería ser omitido o revisado.

- A fin de una mejor justificación de la adecuación al **principio de transparencia** cabría aludirse a aspectos que hayan supuesto una mejora de las condiciones de participación pública en la elaboración de la propuesta de las previstas en la legislación con carácter ordinario.

  Por ejemplo, según lo expresado en la Memoria la consulta previa se ha celebrado entre los días 19 de octubre y 19 de noviembre de 2020, lo que supone un plazo mayor del mínimo general de 15 días naturales, previsto en el artículo 26.2 de la Ley del Gobierno.

- En relación con el **principio de eficiencia**, resulta innecesariamente ambigua la afirmación que se realiza en la exposición de motivos en el sentido de que "*esta Ley no impone cargas administrativas que no estén justificadas para la consecución de sus fines*". Si tal y como expresa la Memoria la propuesta no impusiera nuevas cargas administrativas ni afectase a las existentes, este hecho debería constatarse en estos términos.

  Finalmente, debería tenerse en cuenta que conforme al contenido que el artículo 129.6 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, atribuye al principio de eficiencia "*la iniciativa normativa debe… racionalizar, en su aplicación, la gestión de los recursos públicos*".

  Aun cuando la iniciativa supone un mayor gasto, se debería justificar que esta contribuye a racionalizar, en su aplicación, la gestión de los recursos públicos.

2.7. Calidad técnica

Se formulan a continuación las siguientes consideraciones sobre la calidad técnica de la propuesta y su adecuación a lo establecido en las Directrices de Técnica Normativa, aprobadas por Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de julio de 2005 (en adelante DTN):

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

A) CONSIDERACIONES GENERALES

1. Inclusión en el anteproyecto de modificaciones expresas de normas reglamentarias

Como ya se ha indicado en el apartado 3.1 del presente informe, entiende esta Oficina que no sería una técnica normativa adecuada incluir dentro del anteproyecto de ley modificaciones de normas con rango reglamentario, como las que se incluyen en los artículos segundo y tercero, y ello aun a pesar de que en la disposición final segunda se incluya una previsión sobre el mantenimiento de su rango reglamentario para evitar la congelación del rango de dichas disposiciones.

La inclusión en una norma de determinado rango de modificaciones expresas de otras disposiciones de rango inferior es una técnica anómala, como ha señalado de manera constante el Consejo de Estado, pues aunque ello no suponga una vulneración del principio de jerarquía normativa -entendido en un sentido meramente formal-: "*Esta forma de operar, ni es acorde con una adecuada técnica jurídica, ni se compadece bien con el principio de seguridad jurídica. Este no es simplemente una idea inspiradora del ordenamiento, sino uno de los principios básicos que lo conforman constitucionalmente. Se concreta en múltiples exigencias, entre las que se cuenta la claridad de las normas, su estabilidad y su adecuada inserción en el sistema normativo, de tal modo que la forma del instrumento jurídico de aprobación permita colegir, sin distingos, su valor, rango y jerarquía, y el lugar de su inserción en el ordenamiento"* (así, por ejemplo, en su dictamen nº 765/2020, de 11 de marzo de 2020[1]).

Tratándose de un anteproyecto de ley, la incorporación de modificaciones expresas de sendos reales decretos tendría una connotación adicional en función del distinto sentido institucional que corresponde al Parlamento y al Gobierno en nuestro sistema de poderes y que tiene también su traslación al sistema de fuentes del derecho. La predeterminación expresa y directa del contenido de una norma reglamentaria por un anteproyecto de ley del Gobierno que ha de ser aprobado por el Parlamento parece hacer omisión de ese diferente sentido institucional y basarse en la doble asunción de que el Parlamento, o bien no hará modificación de esa propuesta del Gobierno, o bien puede disponer del contenido de normas reglamentarias como si fuera el propio Gobierno.

A falta de una explicación en la Memoria, no se entienden las razones que justificarían el modo de proceder seguido en este punto por el anteproyecto y que, como se ha señalado, se acompasa mal con la buena técnica normativa.

---

[1] Dictamen nº 765/2020, de 11 de marzo de 2021, emitido por la Comisión Permanente del Consejo de Estado en relación con el Proyecto de Real Decreto por el que se regula la cualificación inicial y la formación continua de los conductores de determinados vehículos destinados al transporte por carretera y por el que se modifica el Reglamento de la Ley de Ordenación de los Transportes Terrestres, aprobado por el Real Decreto 1211/1990, de 28 de septiembre, y la Orden FOM/2607/2010, de 1 de octubre, por la que se establecen los requisitos que deben cumplir los formadores que impartan los cursos de cualificación inicial y formación continua de los conductores de determinados vehículos destinados al transporte por carretera.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Por ello se entiende que sería preferible que los artículos segundo y tercero se segregaran del anteproyecto y se aprobaran, una vez se apruebe la ley proyectada, mediante el correspondiente real decreto.

La tramitación seguida hasta la fecha podría conservarse para el correspondiente proyecto de real decreto, y la subsiguiente realizarse de modo *pari passu* -salvo la necesidad de recabar el Dictamen del Consejo de Estado conforme a su carácter reglamento ejecutivo, ex artículo 22.3 de su ley orgánica-, lo que permitiría una rápida aprobación del real decreto una vez se apruebe la ley.

2. Articulación técnica de algunos contenidos de la propuesta

Se debe velar por articular los contenidos de la propuesta de la manera técnicamente más adecuada. Por ejemplo:

- Según se ha dicho ya, se considera que, en vez de derogar los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quater de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, como se dispone en la disposición derogatoria única, sería una técnica normativa preferible suprimir dichos preceptos, mediante sendos apartados del artículo segundo que así lo expresaran.

  Siendo la Ley 16/2003, de 28 de mayo, objeto de una modificación expresa por el artículo segundo, se entiende que la abrogación de aquellos preceptos mediante una modificación de supresión -en vez de una derogación a través de la cláusula derogatoria- evidencia mejor el sentido global de la reforma que se emprende de aquella ley.

- La norma sería más clara si se invirtiera el orden de las disposiciones transitorias primera y segunda, pues la primera se vincula a una cuestión tratada en el artículo quinto y la segunda a una materia objeto del artículo segundo.

  En una norma de esta naturaleza, en cuyo articulado se modifican otras varias, la inclusión de las disposiciones transitorias en el mismo orden que los artículos con los que guardan conexión se entiende que facilita su comprensión.

- Sería más adecuado que el contenido de la disposición final quinta, sobre el "Carácter excepcional del trasplante de órganos de donante fallecido" se incorporara técnicamente a través de una modificación expresa de la Ley 30/1979, de 27 de octubre.

  Sobre esto último volveremos más adelante, en la consideración particular de la disposición final quinta.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

B) CONSIDERACIONES PARTICULARES

1. Exposición de motivos

Aparte de la necesidad de mejorar la justificación de la **adecuación de la norma a los principios de buena regulación** (ver apartado 2.6 del presente informe), se formulan las siguientes consideraciones sobre la exposición de motivos:

- Como primera consideración, de orden sistemático, se advierte que la **división de la parte expositiva** en solo dos apartados no resulta adecuada.

  Se trata de una exposición de motivos relativamente extensa, con partes diferenciadas, de modo que una mayor división contribuiría a ordenar mejor sus distintos contenidos, facilitando además su lectura. Por ello, se recomienda incluir al menos una división más y seguir un esquema similar al siguiente:

  - En el en apartado I se incluiría una exposición de los antecedentes, oportunidad y objetivos de la norma, que contextualizan las medidas que se adoptan
  - En el apartado II se incluiría una descripción de los contenidos de la norma, destacando las novedades que incorporan sus artículos y disposiciones.
  - En el apartado III se incorporaría la justificación de la adecuación de la norma a los principios de buena regulación, los aspectos más destacados de la tramitación y la expresión de las competencias que habilitan al Estado para dictar la norma.

- Se recomienda profundizar en la **explicación de la situación existente y de los motivos** de la norma.

  Por ejemplo, en el párrafo cuarto se expresa "*Por otra parte, la pandemia ha puesto de manifiesto algunas debilidades del SNS… cuyo análisis ha sido abordado en el Ministerio de Sanidad, así como en distintos ámbitos, como son el grupo de trabajo en materia de sanidad y salud pública de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social del Congreso de los Diputados, y por diversos grupos de expertos, sociedades científicas y el movimiento asociativo. Así, se han acumulado análisis, datos, conocimiento, y propuestas para mejorar la situación*."

  Sin embargo, no se explican los análisis efectuados ni las propuestas que han sido planteadas.

  En el párrafo sexto, se vincula la propuesta al Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, y se expresa que este "*pretende corregir las debilidades estructurales detectadas y adaptar el sistema sanitario a los retos y desafíos identificados*". Tampoco en este caso se identifican tales debilidades y desafíos.

  Dada la importancia de la propuesta, sería muy recomendable que se explicara con más detalle cuál es la situación que se aborda, las necesidades que se derivan de ella y las alternativas que se han planteado en su solución.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- De forma más particular:

  - En el **párrafo séptimo**, se alude a la vinculación de la propuesta con el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Tal mención se justificaría en su actual ubicación en la medida en que sirviese a la explicación de los antecedentes y motivos de la propuesta. En cambio, la expresión de que la norma propuesta debe aplicarse con respeto a la normativa europea que regula los fondos que financian dicho Plan -incluido el cumplimiento del principio de no causar un perjuicio significativo al medioambiente-, tendría un encaje más adecuado en el último apartado de la parte expositiva.

  - En el **párrafo decimoquinto**, se contiene la expresión (que también se recoge en la memoria): "*En relación a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cabe destacar que en la actualidad estos colectivos ya disponen de cobertura sanitaria por lo establecido en las disposiciones adicionales cuarta y quinta, respectivamente, del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, pero no se encuentran incluidas en el artículo que regula esta condición en la normativa sanitaria española, por lo que se considera oportuno su inclusión*." Esta expresión no resulta afortunada, pues el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, sí que formaría parte de la normativa sanitaria española a que se alude.

  - Se recomienda aclarar el sentido de la explicación que se ofrece en el **párrafo vigesimoprimero** ("*Por último, con objeto de clarificar, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual, se modifican los artículos 13 y 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Todo ello en base a lo dispuesto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que regula en sus anexos el contenido de cada una de las carteras de servicios. Así pues, se incluye idéntica definición a la recogida en el apartado 8 del anexo III del Real Decreto citado. Todo ello, para evitar posibles interpretaciones en el término "recuperable" que pudieran producir situaciones en su aplicación que no abordaran la globalidad de lo que comprende.*").

  - En el **párrafo trigésimo noveno** se expresa que uno de los propósitos de la disposición final quinta, relativa al trasplante de órganos, es "*consolidar en nuestro ordenamiento jurídico que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación, tal y como se establece en la Directiva 2011/24/UE del Parlamento europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011,*

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y su normativa de desarrollo". Se entiende que se debería aclarar la afirmación transcrita, pues la Directiva citada no hace referencia expresa al acceso mediante contraprestación a listas de espera de trasplantes.

Por otra parte, parecería que la citada disposición final podría tener una conexión más intrínseca con la Directiva 2010/45/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de julio de 2010, sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados al trasplante, vinculación que, aun cuando no parezca que constituya propiamente transposición de esta, podría destacarse.

Las anteriores consideraciones son extensibles respecto de las referencias equivalentes a la transcrita que figuran en la Memoria.

2. Fórmula promulgatoria

Los anteproyectos de ley no llevan fórmula promulgatoria. Por ello se debe suprimir el término "DISPONGO", que figura entre la parte expositiva y el artículo primero.

3. Artículo primero. Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

1) Artículo 47.3

En el apartado uno se da nuevo contenido al artículo 47, para regular la Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud, aspecto actualmente tratado en el artículo único de la Ley 15/1997, de 25 de abril, que se deroga.

La principal novedad de su contenido se encuentra en el apartado 3, que expresa: "*3. 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. 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".*

La redacción de este precepto suscita algunas consideraciones de carácter técnico:

a) En primer lugar, se advierte que la expresión "***gestión directa de carácter público***" resulta un tanto extraña.

   De acuerdo con la teoría general de las formas administrativas de gestión de los servicios públicos, se identifica la "gestión directa" con aquella forma de gestión que lleva a cabo

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

la propia Administración titular del servicio, sin interposición alguna, de forma que la titularidad del servicio y su gestión se realizan por la misma Administración pública.

En este contexto, se considera que en lugar de "*gestión directa de carácter público*" habría de expresarse, simplemente, "*gestión directa*", que es la expresión tradicional comúnmente utilizada.

En este mismo sentido, debe tenerse en cuenta adicionalmente que su calificación como "*de carácter público*" no solo no comporta precisión adicional alguna (pues toda gestión directa es, por definición, una gestión realizada por una Administración pública en sentido propio), sino que resta claridad al concepto pues parece asumirse con ella que sería posible una "*gestión directa de carácter no público*", lo que como se ha dicho no encaja con el concepto de gestión directa.

b) En segundo lugar, parece que las prescripciones sobre la **memoria** resultarían un tanto escuetas: no se establece qué órgano, entidad o Administración ha de aprobarla, recibirla, o valorarla, y además posiblemente convenga aclarar expresamente su incidencia en la decisión final sobre su implantación.

   Del engarce con el apartado 1, parece ser que correspondería al Gobierno y a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas la decisión sobre el establecimiento de esas formas alternativas de gestión; pero también se desconoce la incidencia de dicha memoria en la decisión final. Por tanto, es importante saber a qué sujeto corresponde la elaboración de la memoria, y qué ente la ha de valorar y en su caso decidir la viabilidad de dicha fórmula; así como los posibles efectos obstativos de una valoración negativa de la mencionada memoria.

c) En tercer lugar, se suscita la cuestión acerca de la **aplicabilidad** o no de este artículo 47.3 respecto de los supuestos que actualmente sean objeto de fórmulas de gestión distintas a la directa y también en aquellos casos en que esté actualmente en tramitación un procedimiento para la adjudicación de una gestión no directa.

   En el primero de los supuestos planteados, parecería que no sería aplicable -en el sentido de que se requiera su revisión inmediata-, si bien puede existir la duda sobre su aplicación cuando la gestión no directa se hubiera concertado, por ejemplo, por tiempo determinado con posibilidad de prórroga. En el segundo supuesto, también sería dudosa la aplicación de la nueva regla cuando exista un procedimiento de adjudicación ya iniciado.

   Por lo expuesto, se recomienda la incorporación de una **nueva disposición transitoria** que aclare la aplicación en el tiempo de este nuevo régimen, según los distintos supuestos que puedan plantearse, ya sean los que se han expuesto aquí u otros que se consideren.

2) Artículo 90 bis

Este apartado incluye dentro de la Ley 14/1986 casi textualmente el contenido de la Ley 15/1997, en lo referido a los consorcios sanitarios. Esta normativa es anterior a la regulada con carácter general por la Ley 40/2015, y se considera que sería conveniente que se hiciera

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

mención expresa de la aplicabilidad de ésta última ley y no solo a "*la normativa que regula con carácter general el resto de consorcios administrativos*".

En este sentido, ha de tenerse en cuenta que el capítulo VI del título II de la Ley 40/2015, relativo a los consorcios, constituye legislación básica prácticamente en su totalidad -salvo su artículo 123.2-, y es en consecuencia aplicable a todas las Administraciones Públicas (cfr. disposición final decimocuarta de la Ley 40/2015).

4. Artículo segundo. Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

1) Engarce del artículo 3.1 con el nuevo supuesto previsto en el artículo 3.2.d)

El apartado uno da nueva redacción al artículo 3, relativo a los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria.

En esta nueva redacción, por una parte, se mantiene la actual del artículo 3.1, disponiendo (subrayado en este informe): "*1. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español*."

Por otra parte, en su nueva redacción, el artículo 3.2 contiene nuevos párrafos d), e) y f), siendo su redacción la siguiente:

> *"2. Para hacer efectivo el derecho al que se refiere el párrafo primero del apartado 1 con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, las personas titulares de los citados derechos deberán encontrarse en alguno de los siguientes supuestos:*
>
> *a) Tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español.*
>
> *b) Tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.*
>
> *c) Ser persona extranjera y con 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.*
>
> *d) Ser persona con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen.*
>
> *A los efectos indicados, se entenderá que son familiares con derecho a asistencia sanitaria:*
>
> *1.ª El/La cónyuge o el/la conviviente con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.*
>
> *2.ª Las personas descendientes o las de su cónyuge o las de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquella y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65 por ciento.*

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Para que las personas contempladas en la letra d) reciban atención sanitaria con cargo a fondos públicos, esta atención no podrá constituir el motivo de su desplazamiento.

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."

Se advierte que en su nueva redacción habría una incongruencia entre el artículo 3.1 y el nuevo artículo 3.2.d), en la medida en que el primero exige para la titularidad del derecho que la persona *tenga establecida su residencia en el territorio español*, y esta cualidad no está presente en el caso de las personas desplazadas temporalmente a que se refiere el artículo 3.2.d).

Se entiende que habría de reducirse la incongruencia mediante una redacción de ajuste que haga compatible el contenido de ambos preceptos.

2) Artículo 3.2.d)

Por relación al artículo 3.2.d), convendría aclarar, para el supuesto de los convivientes que constituyan una pareja de hecho y que tienen derecho a la asistencia sanitaria cuando se desplacen a España, la normativa que se tendría en cuenta para su consideración como pareja de hecho. Teniendo en cuenta que en el supuesto planteado la constitución como tal pareja de hecho se habrá realizado siguiendo la normativa de un tercer Estado, la aclaración puede ser importante en supuestos en que su regulación se desvíe de la existente en España (por ejemplo, en cuanto a la exigencia o no de inscripción registral constitutiva para el reconocimiento del vínculo; o en Estados donde sea legal la poligamia).

Asimismo, convendría aclarar si sería posible esa asistencia sanitaria al cónyuge, pareja de hecho o familiares, si no vienen acompañados del cónyuge, pareja o ascendiente español, la cual parece no ser posible a tenor del texto presentado, circunstancia que habría de ponderarse.

También parece conveniente ahondar en la forma de acreditar que la atención sanitaria no constituye la razón del desplazamiento de los anteriores sujetos, puesto que ésta no es una cuestión abordada por este precepto, y condiciona totalmente la asistencia a recibir.

3) Artículo 3.4, párrafo tercero

El artículo 3.4 tiene el siguiente contenido (subrayado en el presente informe):

"4. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el 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, que mantendrán su régimen jurídico específico.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público serán adscritas a los servicios de salud de las comunidades autónomas o al INGESA, según corresponda, que les facilitarán, conforme a las normas legales y de procedimiento que rijan en el ámbito de dichos servicios, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se financiará conforme a lo previsto en el artículo 10, con la singularidad en la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficinas de farmacia que se recoge en su normativa específica.

Por su parte, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado al pago, de acuerdo a la normativa vigente."

Se plantean las siguientes consideraciones técnicas respecto del **párrafo tercero** transcrito:

a) En primer lugar, la expresión "***a través de entidades de seguro***" no recoge de modo completo los supuestos que pueden darse, pues la normativa que regula el mutualismo administrativo contempla supuestos de asistencia sanitaria por medios propios o concertados -supuesto este último que, a priori, no solo comprende los conciertos con entidades de seguro- (cfr., por ejemplo, el artículo 17.1 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por el Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio; y el artículo 77 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por el Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo).

b) En segundo lugar, la previsión que se dispone en el sentido de que, en caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, **el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado *al tercero obligado al pago***, no sería completamente consistente con las reglas actualmente contenidas en la normativa que regula el mutualismo administrativo.

   En este sentido, y por relación a la normativa que se acaba de citar aplicable a los funcionarios civiles del Estado, ha de tenerse en cuenta que el artículo 17.2 del texto refundido dispone que "*2. La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado no abonará los gastos que puedan ocasionarse cuando el beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice servicios médicos distintos de los que le hayan sido asignados, a no ser en los casos que se establezcan en el Reglamento General del Mutualismo Administrativo*", y el artículo 78.1 del Reglamento dispone como regla general que "*El beneficiario que, por decisión propia o de sus familiares, utilice servicios sanitarios distintos de los que le correspondan, abonará, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse*", y solo en supuestos de excepción - por denegación injustificada de asistencia sanitaria o por asistencia urgente de carácter vital- se prevé que el funcionario pueda reclamar el reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia sanitaria.

   En otras palabras, la posibilidad que contempla la propuesta en el sentido de que la reclamación del pago se dirija a un *tercero obligado al pago* (que será la mutualidad

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

administrativa o la entidad con la que esta haya concertado la prestación sanitaria del empleado público en cuestión), haría necesaria una modificación concorde de la normativa mutualista, que como supuesto general prevé que sea el empleado público el obligado al pago, sin perjuicio de que en los supuestos de excepción antes mencionados este último tenga derecho a su reembolso.

4) Artículo 3 ter

Se formulan algunas consideraciones sobre el artículo 3 ter:

a) Por un lado, en la modificación proyectada las personas extranjeras no residentes legalmente en España, el **apartado 1** dispone que tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, "*con especial atención en los siguientes supuestos"* y se incluyen una serie de supuestos, algunos de especial vulnerabilidad.

   Esta previsión siembra sin embargo cierta incertidumbre, ya que estos supuestos de especial vulnerabilidad (enfermedad grave, atención a embarazadas, menores de 18 años) ya estaban contemplados como supuestos con derecho a protección para extranjeros no residentes legalmente, y la expresión subrayada puede generar confusión, respecto de la aplicabilidad o no de otros supuestos no contemplados. Por esa razón, si el propósito de la norma no fuera restringir la protección a estos supuestos, cabría omitir su mención específica. Si aun no teniendo carácter restrictivo se prefiriera mantener el énfasis en estos supuestos, se propone sustituir aquella expresión por otra del estilo: "*incluyendo, entre otras,*".

b) Por otro lado, en el **apartado 4**, se expresa que "*En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en España menos de 90 días, acreditada esta duración temporal por un documento válido para las entidades gestoras de los servicios de salud, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas o del INGESA. La atención sanitaria no podrá constituir el motivo de su desplazamiento*".

   Se formulan dos cuestiones:

   En primer lugar, se debería aclarar qué criterios deban tenerse en cuenta por los servicios sociales para emitir un informe favorable.

   Esto es, la norma debería aclarar qué aspecto o situación deban valorar los servicios sociales para emitir un pronunciamiento sobre este extremo.

   En segundo lugar, habría de revisarse la referencia que se hace al INGESA como entidad competente para emitir el informe, pues en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla estas tienen asumida conforme a sus propios Estatutos competencias en materia de asistencia social, de lo cual cabría colegir -al menos a priori- que el pronunciamiento habría de corresponder a los servicios locales de dichas entidades locales. Se recomienda en consecuencia ponderar esta cuestión.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

5) Artículo 8

En el sistema proyectado desaparecen las categorías (básica, suplementaria y de servicios accesorios) de la cartera común respecto de las prestaciones a recibir. Dos de las prestaciones, la farmacéutica y la ortoprotésica, pertenecen actualmente a la cartera común suplementaria, en que se exige un porcentaje de aportación por parte del usuario.

En la regulación proyectada se establece que ambas prestaciones, así como las de servicios accesorios, estarán sujetas a aportación por el usuario, por lo que, aunque han desaparecido formalmente esas categorías, en la práctica, se establecen claras distinciones entre las prestaciones a recibir, si bien no de igual manera que hasta ahora.

Convendría que la memoria explicara de una manera más clara estas cuestiones para evitar confusiones.

6) Artículo 13

El apartado cinco da nueva redacción al artículo 13 y su contenido da lugar a las consideraciones siguientes:

a) Como primera consideración, en la medida en que -al menos en la versión del anteproyecto que se analiza- la modificación afecta únicamente a la redacción del párrafo h) del artículo 13.2, se estima que su articulación sería más clara si, en lugar de formularse como una nueva redacción completa del artículo 13, se limitara a dar nueva redacción al citado párrafo, mediante una formulación como la siguiente:

«Cinco. El párrafo h) del artículo 13.2 queda redactado de la siguiente forma:

"h) La rehabilitación en pacientes…."»

b) En su nueva redacción, el párrafo h) expresa: "*h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual".*

Se estima que el estilo del precepto es mejorable en varios extremos. Por ejemplo, no debería repetirse el término "*paciente*" tres veces en la misma frase; "*facilitar, mantener o devolver*" constituye un emparejamiento de términos que actúan como sinónimos en este contexto, lo que debe evitarse; parecen también repetitivas las apelaciones a la "*independencia*" y "*autonomía*" del paciente; la expresión "*reintegrarlo en su medio habitual"* parece presuponer que el paciente ha sido previamente extraído de dicho medio, lo que no tiene porqué darse en todos los casos. Se recomienda la revisión o supresión, de esta última expresión, pues además de que no es necesaria puede inducir a confusión sobre el alcance de la prestación, al poder interpretarse en el sentido de que solo sería posible cuando el paciente estuviera desplazado de su medio habitual.

En línea con las consideraciones anteriores, se sugiere una redacción similar a la siguiente, que mantiene no obstante el sentido propio del precepto:

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

"h) La rehabilitación de pacientes con déficit funcional, que ha de orientarse a proporcionarles el mayor grado de capacidad funcional posible, de forma que puedan desenvolverse con la máxima autonomía en su medio habitual."

7) Artículo 14

Se formulan dos consideraciones sobre el artículo 14, que trata de la prestación de atención sociosanitaria:

a) Una de las novedades del precepto es la inclusión de una mención expresa (apartados 1, 3 y 5) a los servicios y al ámbito educativo, como referentes en la dispensa en algunos casos de esta prestación, hasta ahora limitada a los servicios sanitarios y sociales, persiguiéndose además una adecuada coordinación entre estos tres ámbitos.

   Estas previsiones merecen una consideración positiva, si bien, en aras de su mayor efectividad, se plantea la conveniencia de un desarrollo más específico, ya sea en la propia normativa sanitaria o incluso en la educativa.

   De entenderse que la propuesta no constituye la sede legal más adecuada para llevar a cabo ese desarrollo, se debería al menos explicar en la Memoria el modo en el que se pretenda llevar a efecto (por ejemplo, en el apartado sobre la coherencia de la propuesta con otras normas del ordenamiento español).

b) Respecto del artículo 14.2.c), de contenido idéntico al artículo 13.2.h), se recomienda dar al mismo una redacción equivalente a la que se ha sugerido más arriba para este último.

8) Artículo 67

Se formulan las siguientes consideraciones sobre la nueva redacción del artículo 67, relativo al Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud:

a) La técnica de redacción de este artículo debería ser mejorada, sin que deba ser obstáculo para ello el hecho de que buena parte de sus contenidos figuren ya en su versión vigente:

   - Se advierte que el **título** ("*Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud*") no resulta completamente coherente con el contenido de este artículo, que en ningún momento alude a la existencia orgánica de dicho Consejo, sino que simplemente regula el Comité Consultivo, el Foro Abierto de Salud y el Foro Virtual como cauces de participación en el SNS.

     En la exposición de motivos de la Ley 16/2003 se expresa que "*la participación de los ciudadanos y de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud, que se articula principalmente a través del Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo. Este órgano, que pretende ofrecer un cauce de comunicación permanente entre las Administraciones públicas sanitarias, los profesionales y las sociedades científicas, las organizaciones sindicales*

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

y empresariales y los consumidores y usuarios, tendrá tres formas de organización, pudiendo actuar como Comité Consultivo, como Foro Abierto o como Foro Virtual".

Sin embargo, el artículo 67 no es coherente con esta previsión, de forma que no materializa la creación orgánica del Consejo de Participación, ni tampoco lo define como una abstracción que englobe los tres cauces de participación señalados.

Esta Oficina estima que debería acabarse con esta situación de indefinición, para lo cual caben dos soluciones: o bien eliminar la referencia al Consejo de Participación en la rúbrica del artículo 67, o bien dotarla de un sentido concreto, de forma que el apartado 1 proceda a la definición de este Consejo de Participación en términos coherentes con lo expresado en la parte expositiva.

- La **división** de este artículo debería ser revisada. Por ejemplo, el apartado 2 resulta excesivamente largo, incorporando previsiones relativas a la naturaleza del Consejo (párrafo primero), a sus funciones (párrafos segundo a octavo), y a su composición (párrafos noveno a último). Estos tres contenidos deberían ser objeto, al menos, de tres apartados independientes.

b) En el **apartado 2, primer párrafo**, se expresa que "*El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes y ciudadanas más representativas en dicho nivel*".

Como primera consideración, de carácter más bien formal, se observa que no resulta clara la expresión "*en dicho nivel*". Parecería referirse al Sistema Nacional de Salud, si bien en el **párrafo f)** siguiente se alude a "*organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal*".

Se entiende que ambas expresiones deberían al menos unificarse.

En segundo lugar, se plantea la cuestión sustantiva de qué haya de entenderse por "*organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal*".

La representatividad en el ámbito estatal (o inferior) es un concepto legalmente delimitado en relación con las organizaciones sindicales y empresariales (cfr. artículos sexto y séptimo de la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical y la disposición adicional sexta del Estatuto de los Trabajadores), lo que no consta que suceda en el caso de las "*organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas*"

Se entiende por ello que la norma debería definir qué haya de entenderse por "*organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal*".

Por una parte, se trataría de aclarar el criterio de representatividad aplicable.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Por otra, en el caso de las "*organizaciones ciudadanas*", se debería aclarar a qué tipo de organizaciones se refiere, pues se entiende que no se pretende englobar a cualquier tipo de organización ciudadana, sino solo aquellas que se encuentren vinculadas a este ámbito sanitario. Por ello, se debería precisar a estos efectos su ámbito de actuación o finalidad.

c) El **apartado 2.f)** dispone que el Comité Consultivo estará integrado, entre otros, por "*Ocho representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal*."

En línea con lo anteriormente considerado, debería en primer lugar quedar claro en la norma qué haya de entenderse por "*organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal"*.

En segundo lugar, en tanto no se precise en ella misma la distribución, la norma debería expresar el criterio en base al cuál se deba decidir qué número de esos ocho representantes corresponderá a las *organizaciones de pacientes* y qué número corresponderá a las *organizaciones ciudadanas*, así como la autoridad que deba decidir la designación de unas y otras.

5. Artículo tercero. Modificación del 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

Se modifica el artículo 26, que actualmente se refiere a la "Asistencia sanitaria para españoles de origen retornados y para los trabajadores y pensionistas españoles de origen residentes en el exterior desplazados temporalmente al territorio nacional y para los familiares de los anteriores que se establezcan con ellos o les acompañen" y que en su redacción propuesta pasa a referirse a la "Asistencia sanitaria para españoles de origen desplazados temporalmente al territorio nacional y para los familiares que les acompañen".

Sin perjuicio de las observaciones previamente formuladas respecto de la inclusión en la propuesta de modificaciones expresas de normas reglamentarias, se formulan algunas consideraciones sobre el nuevo contenido de este artículo 26:

a) El principal efecto de la modificación de este artículo 26 es la supresión de la regulación que el mismo contiene de la asistencia sanitaria de los españoles retornados, pasando a referirse solo a los españoles residentes en el exterior que se desplacen temporalmente a España.

Esta reducción del objeto del precepto quiebra en alguna medida la coherencia interna del real decreto modificado, pues no ha de olvidarse que este artículo 26 se inserta en el capítulo V del real decreto, que regula, precisamente, las "*Prestaciones para españoles de origen retornados*".

Se recomienda por ello que el precepto siga manteniendo una referencia al régimen aplicable a los españoles retornados.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

b) En segundo lugar, se observa que la normativa sustituida desarrollaba el régimen de la asistencia sanitaria para los españoles retornados, donde se establecía que corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) dicho reconocimiento, y la expedición del documento acreditativo del derecho, junto con otras previsiones, que también desaparecen, sin que se establezca una regulación sustitutoria.

Más allá de sus efectos sobre la coherencia interna de la norma -que se proyectan sobre todo sobre la capacidad de comprensión del derecho aplicable, que es una cuestión no menor-, se suscita la duda sobre si estas supresiones darían lugar o no a un vacío normativo en este ámbito. Se recomienda valorar expresamente esta cuestión, que al menos debiera quedar aclarada en la Memoria.

c) Finalmente se formulan algunas consideraciones sobre la concreta redacción propuesta del artículo 26, que expresa: "*Los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen tendrán derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria*"

En primer lugar, se formula de nuevo respecto de este precepto la cuestión planteada en el comentario al artículo 3.2.d) de la Ley 16/2003, a propósito de la exigencia de los familiares hayan de estar "*acompañados*" materialmente por el español de origen. Para evitar reiteraciones innecesarias, nos remitimos a la consideración que se ha hecho a dicho artículo sobre este extremo.

En segundo lugar, en aras de la mayor claridad de la norma, se recomienda precisar la referencia que se hace a la "*legislación vigente en materia sanitaria*", que parece debería hacerse a los artículos 3.2 y concordantes de la citada Ley 16/2003, de 28 de mayo.

6. Disposición adicional única

En la disposición adicional única se autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Es del siguiente tenor:

> *"1. Se autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad, a través del órgano competente de su coordinación.*
>
> *2. El consorcio se creará mediante convenio suscrito por los órganos participantes anteriormente mencionados y no podrá suponer aumento neto de los gastos de personal."*

En primer lugar, se echa en falta una alusión expresa a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, por la que ha de regirse esta entidad. Dicha omisión debería ser solventada.

En segundo lugar, en el apartado 1, parece que debiera suprimirse la expresión "*, a través del órgano competente de su coordinación*", que no tiene sentido en el contexto del precepto

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

(pues se entiende que será el Consorcio, y no otro órgano, el que facilitará la actuación coordinada de las actividades de la Red).

7. **Disposición transitoria primera**

Para mayor claridad, se recomienda ajustar la redacción de la disposición transitoria primera en los siguientes términos:

> *"Hasta que se apruebe el desarrollo reglamentario previsto en el artículo 3.4 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, seguirán siendo de aplicación los importes de las cuantías a liquidar en función de las modalidades de desplazamientos vigentes establecidos en dicho real decreto-ley."*

8. **Disposición derogatoria única**

A efectos de la redacción de la disposición derogatoria única, nos remitimos a las consideraciones expresadas en el apartado 2.4.B) del presente informe.

Por relación a la abrogación de los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quater de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, como también se ha dicho ya, se estima que sería técnicamente más adecuada su articulación mediante una modificación de supresión, que habría de incluirse en el artículo segundo. De aceptarse esta consideración, habría de omitirse la referencia de tales artículos en la disposición derogatoria.

9. **Disposición final segunda**

La disposición final segunda contiene una cláusula de salvaguardia del rango de las normas reglamentarias modificadas.

Su mantenimiento solo sería oportuno en caso de que el anteproyecto conserve en su tramitación subsiguiente los preceptos que modifican normas reglamentarias.

Como cuestión subsidiaria de carácter formal, se advierte que los párrafos b) y c) deben indicarse respectivamente como a) y b).

10. **Disposición final tercera**

La disposición final tercera incorpora una cláusula de habilitación normativa, formulada en los siguientes términos:

> *"Se autoriza al Consejo de Ministros y a la persona titular del Ministerio de Sanidad, en el ámbito de sus competencias, para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean necesarias para el desarrollo de esta ley, así como para acordar las medidas necesarias para garantizar su efectiva ejecución e implantación."*

Se estima pertinente la formulación de dos consideraciones acerca de la cláusula transcrita:

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

En primer lugar, se advierte que el precepto establece una habilitación general directa al Gobierno y a la persona titular del Ministerio de Sanidad para llevar a cabo el desarrollo normativo de la ley

Esta Oficina ya se ha pronunciado en varias ocasiones acerca de la escasa idoneidad de este tipo de cláusulas de habilitación, que no permiten diferenciar con claridad el sujeto habilitado, lo que suele resultar un problema en el caso de que haya de ejercerse la facultad de desarrollo normativo.

En este sentido, ha de notarse que la referencia que se hace al "*ámbito de sus* (respectivas) *competencias*" tiene una escasa utilidad para determinar el órgano que estaría habilitado en cada caso, pues en principio, las competencias de la persona titular del citado Ministerio tienen reconocimiento en el ámbito material propio de la acción del Gobierno.

Por otra parte, tratándose de una norma con rango de ley, se entiende que el desarrollo reglamentario general de sus contenidos debería encomendarse de forma preeminente al Gobierno, en cuanto titular original de la potestad reglamentaria, conforme a lo dispuesto en el artículo 97 de la Constitución.

La habilitación directa al titular de un Ministerio para que mediante orden ministerial lleve a cabo el desarrollo de una norma con rango de ley (lo que se conoce como orden ministerial "*per saltum*") sería posible siempre que se haga para un precepto o materia concreta de la norma legal y se determinen los criterios para ello, amén de justificar adecuadamente en la Memoria los motivos de la habilitación *per saltum*.

En este sentido, ha de tenerse en cuenta el artículo 129.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, conforme al cual "*Las habilitaciones para el desarrollo reglamentario de una ley serán conferidas, con carácter general, al Gobierno…. La atribución directa a los titulares de los departamentos ministeriales…, o a otros órganos dependientes o subordinados de ellos, tendrá carácter excepcional y deberá justificarse en la ley habilitante*". Asimismo, el artículo 2.1.b) del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre establece que "*Asimismo, la atribución directa de la potestad de desarrollo reglamentario de una ley a un titular de un departamento ministerial, a otros órganos dependientes o subordinados de ellos, deberá explicarse en la memoria*".

En el caso del presente anteproyecto, el articulado ya contiene diversas habilitaciones *per saltum* acotadas en su ámbito conforme a los criterios anteriormente expresados. Sin perjuicio de la debida justificación de estas que deba figurar en la Memoria -así como de otras que el órgano proponente pudiera considerar oportuno establecer-, se estima que la cláusula de habilitación normativa genérica debiera limitarse, disponiéndose solo en favor del Gobierno.

En segundo lugar, como consideración de carácter técnico-jurídico, ha de tenerse en cuenta que no resulta técnicamente necesario ni apropiado extender el alcance de las cláusulas de habilitación normativa para englobar la adopción de otro tipo de medidas de carácter no normativo –esto es, medidas de mera aplicación o ejecución administrativa–, puesto que estas

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

últimas pueden ser adoptadas por el órgano administrativo que tenga encomendada la correspondiente competencia sin necesidad de una habilitación específica[2].

En otras palabras, la habilitación debería ceñirse en la formulación de su objeto a la adopción de medidas de desarrollo reglamentario de la ley, con omisión de referencias a cualquier otro tipo de medidas de carácter no normativo para las cuales no es necesaria una habilitación legal específica.

Por las razones expuestas se propone la siguiente redacción para esta disposición final:

> *"Se autoriza al Consejo de Ministros para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean necesarias para el desarrollo de esta ley."*

11. Disposición final cuarta

De modo complementario a las modificaciones que realiza sobre la cartera de servicios del SNS en el artículo segundo, la disposición final cuarta establece:

> "*Disposición final cuarta. Referencias normativas.*
>
> *Las referencias hechas en otras normas al concepto de cartera común básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria o cartera común de servicios accesorios a los efectos de la prestación de la asistencia sanitaria se entenderán realizadas a la cartera común de servicios, según se establece en el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.*"

En principio, una cláusula de con este objeto no sería propia de una disposición final, sino más bien de una disposición adicional (cfr. DTN 39 y 42).

Su calificación como disposición final pudiera mantenerse si fuera reformulada, de manera que en lugar de una mera aclaración de referencias terminológicas contuviera un mandato de adecuación de las normas existentes al nuevo régimen que se dispone para la cartera de servicios (lo que sí sería un contenido propio de una disposición final, conforme a la DTN 42.e).

En caso de que se incorpore un mandato en tal sentido se sugiere la disposición de un plazo para que dicha adecuación se lleve a efecto.

Como cuestiones de técnica normativa y de mera redacción:

- El **título** de la disposición debería ser más ilustrativo de su particular contenido.

  Por ejemplo: "*Referencias normativas a las modalidades de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud*".

---

[2] El Consejo de Estado se ha pronunciado en reiteradas ocasiones en este mismo sentido. Cfr. entre muchos otros su Dictamen nº 325/2020, de 15 de julio de 2020.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- Debe revisarse la **redacción** del precepto.

  Por ejemplo: "*Las referencias hechas en otras normas a la cartera común básica de servicios asistenciales, a la cartera común suplementaria o a la cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud se entenderán realizadas…*".

12. Disposición final quinta

La disposición final quinta se titula "Carácter excepcional del trasplante de órganos de donante fallecido" y tiene el siguiente contenido:

> "*Se reconoce la excepcionalidad del trasplante de órganos de donante fallecido, debido a su subordinación a la disponibilidad de órganos. Con independencia de lo dispuesto en el artículo 3.3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, y sin perjuicio de lo establecido en el artículo 23 de dicha ley, ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación. En todo caso, para el acceso a dicha lista, será necesario cumplir los requisitos que se desarrollen reglamentariamente*."

Se trata de una previsión cuyo sentido y orientación es un tanto independiente respecto del resto de contenidos del anteproyecto. La Memoria explica su motivación en los siguientes términos:

> "*En la disposición final quinta, y en relación a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido, se pretende regular una necesidad que ha sido expresada reiteradamente por el Organismo Nacional de Trasplantes (ONT) así como por los centros sanitarios y las coordinaciones autonómicas de trasplante que es el disponer de criterios, objetivos y transparentes, de acceso establecidos en el SNS.*
>
> *Tal y como se manifiesta por los citados organismos y profesionales, existe un desequilibrio en la lista de espera de trasplante, puesto que, a pesar de los buenos números de España en relación con otros países en materia de trasplante, no se satisface toda la lista de espera y hay pacientes que fallecen mientras esperan un órgano.*
>
> *Asimismo, se considera esencial dejar de nuevo de manifiesto que la posibilidad de acceder a prestaciones sanitarias mediante el pago de una contraprestación, es contrario a los principios de la donación y el trasplante de órganos suscritos por nuestro país en diferentes documentos internacionales, y así lo refleja la Directiva 2011/24/UE del Parlamento europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y su normativa de desarrollo*."

Se formulan las siguientes consideraciones:

a) El contenido de esta disposición no responde al mismo objeto que las previsiones contenidas en los artículos primero a quinto, esto es, no forma parte del objeto principal del anteproyecto.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

En principio, por razones de claridad del ordenamiento jurídico ha de procurarse evitar que las normas incorporen contenidos ajenos a su objeto propio.

Por ello, si se decidiera mantener esta previsión como parte del anteproyecto, la Memoria debería explicitar las razones que excepcionalmente justificarían en este caso dicha incorporación, en vez de tramitarse mediante una iniciativa legislativa independiente.

b) Esta Oficina estima que la técnica de inserción en el ordenamiento jurídico de esta previsión en el anteproyecto de ley no se realiza en forma adecuada.

La disposición se refiere a una materia (el trasplante de órganos) que cuenta ya con una normativa sustantiva específica, encabezada por la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos, y desarrollada principalmente por el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

Por ello, se entiende que esta nueva previsión debería incorporarse a través de una modificación expresa de la Ley 30/1979, de 27 de octubre, a fin de mantener una unidad en la regulación legal de esta materia, evitándose con ello la fragmentación y dispersión que se produciría de mantenerse su actual articulación en la propuesta.

c) Si se atiende a lo anterior, y en tanto esta previsión no responde al mismo objeto que las previsiones contenidas en los artículos primero a quinto, la modificación de la Ley 30/1979, de 27 de octubre, debería incorporarse en una nueva disposición final primera (conforme al orden que han de mantener las disposiciones finales, según se desprende de la DTN 42).

Ello conllevaría la necesidad de ajustar la numeración de las actuales disposiciones finales primera a cuarta, que pasarían a numerarse como segunda a quinta.

d) La inserción de esta nueva previsión en la Ley 30/1979, de 27 de octubre, debería ajustarse en su expresión para mantener la coherencia interna de esta ley.

En particular, se desaconseja su inserción como un precepto único en sus actuales términos, siendo preferible buscar el encaje de sus contenidos en los preceptos actuales de dicha ley.

Por ejemplo, la prohibición del acceso a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación puede incluirse en el artículo segundo mediante la adición de un párrafo segundo.

Por su parte, la habilitación al Gobierno para que determine los criterios para el acceso a dicha lista, puede incardinarse mediante la adición de un nuevo párrafo d) a la actual disposición adicional primera, que contiene la habilitación para el desarrollo reglamentario de la ley.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

e) Subsidiariamente, para el caso de que no se atendieran las anteriores consideraciones, se recomienda revisar en profundidad la redacción de la disposición final quinta, cuyo estilo resulta excesivamente oscuro.

Para ello, se aconseja centrar su redacción en lo que constituye su objeto esencial, que en este caso es doble: la prohibición del acceso a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación y la habilitación al Gobierno para que determine los criterios para el acceso a dicha lista.

Correlativamente, se debería prescindir en su expresión de aquellos elementos que resultan superfluos y no contribuyen a precisar su sentido, como serían en este caso: el primer inciso, en el que "*se reconoce la excepcionalidad del trasplante de órganos de donante fallecido, debido a su subordinación a la disponibilidad de órganos*" o las menciones a los artículos 3.3 y 23 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

C) OTRAS CONSIDERACIONES DE TÉCNICA NORMATIVA Y DE CARÁCTER FORMAL

1. Adecuación general a las Directrices de Técnica Normativa

Se recomienda tener en cuenta las siguientes consideraciones a fin de velar por una mayor adecuación de la propuesta a las Directrices de Técnica Normativa:

- **Numeración de los nuevos artículos de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (DTN 27)**: aunque la DTN 27 impone como regla general que "*Los artículos se numerarán con cardinales arábigos*", debe tenerse en cuenta que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que es anterior a las DTN, sigue un sistema de numeración distinto (mediante cardinales en letra), que, por razones de claridad, ha de mantenerse en sus sucesivas modificaciones.

  Por ello, las referencias que se hacen en el artículo primero a los nuevos artículos 47 y 90 bis de dicha ley, deben expresarse en su lugar como "*artículo cuarenta y siete*" y "*artículo noventa bis*".

  Asimismo, deben ajustarse las correspondientes referencias a estos preceptos en el resto del anteproyecto (incluida su exposición de motivos) y en la Memoria.

- **Composición de los artículos modificativos (DTN 55 a 58)**: debería ajustarse la composición de los artículos modificativos, conforme a los siguientes criterios:

  - El texto de regulación no solo debe ir separado del texto marco, en párrafo aparte y entrecomillado, sino que también debe figurar sangrado, a fin de realzar tipográficamente que se trata del nuevo texto.

  - Al inicio del artículo primero debe figurar un párrafo introductorio, en el que se indique la norma modificada según su denominación completa:

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

"La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, queda modificada de la siguiente manera:

Uno. Se adiciona el artículo …".

- En el párrafo introductorio del artículo segundo y en el texto marco de los artículos tercero, cuarto y quinto, la norma modificada debe identificarse mediante su denominación completa, no abreviada (DTN 80).

  Por ello, por ejemplo, en el artículo segundo, se debería expresar:

  "Se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en los siguientes términos:

  Uno. El artículo 3 queda redactado…. (…)".

- **Uso de siglas (apéndice V.b DTN**): aunque es posible el uso de siglas para referirse a entidades, para su mejor comprensión, deben explicarse la primera vez que aparezcan en la parte dispositiva, en las que deberán venir precedidas por la denominación completa del sujeto al que se refieren. Esto es aplicable a las citas de INGESA a lo largo del texto (teniendo en cuenta que en las normas modificadas donde se incorpora la mención de dicho organismo no consta que se haya mencionado antes a éste con su denominación íntegra).

2. Consideraciones relativas al lenguaje

- **Revisión general del texto**: se encarece la realización de un repaso pormenorizado del anteproyecto al objeto de depurarlo de numerosos defectos formales que se advierten en su redacción y mejorar su estilo con el objeto de **corregir algunas erratas** (por ejemplo, en la exposición de motivos se cita a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Salud, cuando debería decir "Sanidad"; se repite la preposición "de" en la disposición derogatoria única, etc.); **construcciones sintácticas inadecuadas** ("*Todas ellas…*" en el artículo segundo.cuatro, etc.), **expresiones inadecuadas** ("*el artículo quinto pretende modificar…*"; "*troceándolo*", "*en base a*", etc. todas en la exposición de motivos, por ejemplo), evitar el **uso de muletillas** (de las cuales se hace un empleo recurrente, sobre todo en la parte expositiva: "*por tanto*", "*en definitiva*").

- **Expresión de los adjetivos numerales bis, ter, etc.**: se observan numerosas incorrecciones en la expresión de los adjetivos numerales bis, ter, etc, pues en ocasiones se separan con un punto del numeral calificado (por ejemplo "*artículo 90.bis* (sic)"), o se expresan sin un espacio de separación (por ejemplo, "*artículo 3ter* (sic)").

  La forma correcta de expresión es con un espacio de separación (sin punto). Por ejemplo: "*artículo noventa bis*", "*artículo 3 ter*", etc.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- Se recomienda revisar los **signos de puntuación**, tanto para mejorar su uso como para evitar erratas.

  En particular, se advierte con frecuencia un uso inadecuado de la coma, que debería en todo caso omitirse como elemento de separación del sujeto y el verbo de una oración. Por ejemplo, este error se advierte en la frase inicial de cada uno de los cuatro párrafos que integran el nuevo artículo 3 bis.3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo:

  - *"3. El Ministerio de Sanidad y las entidades y administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, podrán acceder …"*
  - *"… el Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, podrán tratar ..."*
  - *"El Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, tratarán la información ..."*
  - *"Cualquier modificación o variación que puedan comunicar el Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, deberá surtir ...."*

  En todo caso, los errores en el uso de la coma son frecuentes y no se ciñen a los supuestos expresados, recomendándose una revisión pormenorizada de la norma a estos efectos.

- Desde un punto de vista formal, las referencias normativas que se contienen en la exposición de motivos no deberían ir en **letra cursiva**, ya que dichas referencias ni se enfatizan, ni su cita sirve para orientar a los ciudadanos de términos no familiares, ni incluyen palabras extranjeras o que formen parte de una jerga o argot; que son los usos propios de la letra cursiva.

- Conforme a las reglas contenidas en el Apéndice V.a) DTN sobre el **uso de mayúsculas**: en los textos legislativos, "*No se escribirá con inicial mayúscula cuando en el texto de la disposición se haga referencia a la propia norma o a una clase genérica de disposición*".

  Conforme a este criterio, deberían escribirse con inicial minúscula la expresión "Real Decreto" que figura, por ejemplo, en:

  - Artículo primero.uno (nuevo texto de regulación del artículo 47.1, párrafo segundo).
  - Artículo segundo.cuatro (nuevo texto de regulación del artículo 8.2).
  - Etc.

  Sin embargo, sería adecuado expresar, con inicial mayúscula "*Comunidades Autónomas*", como es propio en la denominación de entidades político administrativas.

- Tanto en la exposición de motivos como en determinados preceptos, se advierte el recurso a diversas fórmulas de **desdoblamiento de género** (por ejemplo: "*la*

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

profesionalidad de los y de las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud", "*El/La cónyuge o el/la conviviente*", "*los/las pacientes*", etc.).

Con carácter general, el esfuerzo por dar a las normas una redacción basada en un uso no discriminatorio del lenguaje ha de valorarse de positivamente.

Ahora bien, por lo que se refiere en concreto al desdoblamiento de género se trata de una técnica que debe desaconsejarse en la redacción de textos normativos, pues además de que puede dar lugar a dificultades sintácticas y de concordancia, contraviene el principio de economía del lenguaje, complicando innecesariamente la redacción de la norma, lo que no favorece su comprensión.

En este caso, se aprecia además que este tipo de desdoblamientos se formulan en unos casos, pero en otros no, incluso en el mismo precepto, lo que resta claridad a la norma aparte de no favorecer su estilo.

Además de que la RAE[3] solo considera adecuado el desdoblamiento del género cuando la oposición de sexos es relevante en el contexto (por ejemplo, en la frase "*el desarrollo evolutivo es similar en los niños y las niñas de esa edad*"), debe significarse que las Guías sobre lenguaje no sexista normalmente recomiendan evitar el recurso de la fórmula "*El/La*", "*los/las"* salvo en el caso de formularios de carácter abierto o encabezamientos de cartas de destinatario múltiple y escritos de naturaleza análoga, lo que excluiría su utilización en la redacción de proyectos normativos.

En este sentido, cabe recordar que el castellano ofrece diversos recursos lingüísticos que, sin faltar a la gramática, ni contravenir el principio de economía del lenguaje, permiten evitar un uso discriminatorio del mismo (por ejemplo, la utilización de nombres colectivos; las construcciones metonímicas; la omisión de determinantes o el empleo de determinantes sin marca de género; el uso de formas no personales de los verbos; etc.).

Por lo expuesto, se recomienda revisar los supuestos de desdoblamiento de género que figuran en la propuesta. En su lugar, pueden emplearse recursos lingüísticos como los anteriormente indicados, sin olvidar que, conforme a las normas gramaticales de la RAE para aludir a un grupo mixto, puede recurrirse al masculino como género no marcado que engloba en la referencia a hombres y mujeres.

- Conforme a la DTN 101, y a las recomendaciones de la RAE, se debería evitar en lo posible el **uso de extranjerismos**: Por ejemplo:

  - En la exposición de motivos, en lugar de "*holística*", cabría expresar "*integral*".

  - En el artículo segundo.cuatro (nuevo texto de regulación del artículo 8.1), se recomienda evitar el uso del anglicismo "y/o", que debería sustituirse por la conjunción disyuntiva "o" (o si se considera mejor en su contexto, la conjunción copulativa "y").

[3] Al respecto, puede verse: http://www.rae.es/consultas/los-ciudadanos-y-las-ciudadanas-los-ninos-y-las-ninas.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

3. Otras consideraciones formales particulares

Sin perjuicio de la revisión pormenorizada de la propuesta que debe llevar a cabo el órgano proponente, se exponen a continuación otras consideraciones de mejora formal de la propuesta, que en ningún caso tienen carácter exhaustivo:

- En la **exposición de motivos**, por relación a su apartado I:

  - En el **párrafo primero**, se debería expresar "*La pandemia ~~por~~ de COVID-19…*".

  - En el **párrafo tercero**, se recomienda revisar la última frase ("*A lo largo de los años, los legisladores han mantenido su primacía en el ordenamiento*"), que también podría omitirse, pues no aporta contenido sustantivo a lo previamente indicado.

  - Se recomienda mejorar la expresión completa del **párrafo cuarto** ("*Por otra parte, la pandemia ha puesto de manifiesto algunas debilidades del SNS. Debilidades que se han convertido en retos a afrontar para el Gobierno, y cuyo análisis ha sido abordado en el Ministerio de Sanidad, así como en distintos ámbitos, como son el grupo de trabajo en materia de sanidad y salud pública de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social del Congreso de los Diputados, y por diversos grupos de expertos, sociedades científicas y el movimiento asociativo. Así, se han acumulado análisis, datos, conocimiento, y propuestas para mejorar la situación*.").

  - Otro tanto cabría señalar del **párrafo quinto**, en el que debieran ser revisadas expresiones como: "*pretende desarrollar medidas*" (mejor, "*dispone medidas*"); "*minimizar las desigualdades en salud sin dejar a nadie atrás*" (mejor, por ejemplo, "*minimizar las desigualdades en los niveles de protección de la salud de la población*"); "*reforzar estructuralmente el buen gobierno o gobernanza*" (ambas expresiones son sinónimas en este contexto, por lo que se debería emplear solo una de ellas) mejor, "*dispone medidas*"); no sería correcta la expresión "*necesidades en salud de la población*" (en su lugar, se sugiere "*necesidades de protección de la salud de la población*); etc.

  - En el **párrafo octavo**, debe escribirse "*para una mejor comprensión*".

  - El **párrafo noveno** se debería depurar de algunas expresiones figurativas ("*el artículo primero contempla…*"; "*Esta modificación se acuna…*").

    En este mismo párrafo, parece poco apropiada a un texto normativo la expresión "*lo que es de todos y de todas es para todos y para todas*".

    En vez de "*gestión directa de carácter público*", se debería expresar simplemente "*gestión directa*".

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

En la última frase, sería de mejor estilo no emplear dos veces la expresión "*en definitiva*".

- En el **párrafo duodécimo** se incluye la expresión "*Es objetivo de este Gobierno que el derecho a la protección…*". Se desaconseja el uso de ese tipo de expresiones por cuanto que la norma es aprobada finalmente por las Cortes Generales, y tiene vocación de permanencia, por más que el Consejo de Ministros haya ejercido la iniciativa legislativa que pudiera conducir a su aprobación.

- Se debería revisar la expresión de la primera oración del **párrafo vigesimoprimero**, cuya estructura no sería gramaticalmente correcta ("*Por último, con objeto de clarificar, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual, se modifican los artículos 13 y 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo*").

- En el **párrafo vigesimocuarto**, se recomienda suprimir la expresión "*de mejora*", en el inciso "*En España queda margen ~~de mejora~~ para ampliar y hacer más efectivo el derecho a…*".

- En el **párrafo vigesimonoveno** debería expresarse "*uno de los aspectos…*".

- Se recomienda una reformulación del **párrafo trigésimo primero**, que expresa: "*Cabe destacar que la pandemia ha posicionado esta necesidad en mayores cotas de priorización, pero siempre ha sido preciso su abordaje, incluyendo al ámbito educativo cuando se precise, fundamentalmente en la prevención, porque la persona requiere de una atención integrada que no puede compartimentarse entre lo social o lo sanitario*".

- Se recomienda una reformulación de la última oración del **párrafo trigésimo tercero**.

  Parece que se debería expresar: "*En concreto son los establecidos en el artículo 102.8 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, en sus párrafos f) personas beneficiarias del ingreso mínimo vital; g) personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%; h) 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; e i) pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de*

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros~~, del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios~~."

- En los **párrafos cuadragésimo segundo y cuadragésimo tercero**, la forma correcta de cita abreviada sería "*Ley 16/2003, de 28 de mayo*" (cfr. DTN 80)

- En el **artículo primero**, por relación a los textos de regulación de los artículos que a continuación se indican:

  - En el **artículo 47.3** habría de incluirse una coma en la expresión "*punto de vista sanitario, social y económico*".

  - En el **artículo 90 bis, apartado 1**, en lugar de "*en esta disposición*", se debería decir "*en este artículo*".

- En el **artículo segundo**, por relación a los textos de regulación de los artículos que a continuación se indican:

  - En el **artículo 3 ter.1**, deben indicarse con letras a), b), c), los párrafos actualmente indicados mediante guiones, pues conforme a la DTN 31 está expresamente vedada la indicación de párrafos mediante este tipo de signos.

  - Debe revisarse la redacción del **artículo 8.1**. Aparte de que la sintaxis de las últimas dos frases es mejorable ("*Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población*"), en el inciso inmediatamente anterior, la expresión "*coadyuvantes o de apoyo*" debe limitarse a uno de estos dos términos (cfr. DTN 101, que en aras de la claridad y sencillez del lenguaje, requiere evitar el emparejamiento de sinónimos).

  - En el **artículo 8.2**, debe escribirse con inicial minúscula "real decreto" (cfr. Apéndice V.a DTN).

  - En el **artículo 14.4** se utiliza el término "*ciudad autónoma*" que no se corresponde con ninguna categoría jurídica de nuestro ordenamiento, y debería ser sustituido por "*ciudades de Ceuta y Melilla*".

- En el **artículo cuarto**, se debería incluir un punto al final del texto de regulación de la disposición adicional segunda.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

3. CONSIDERACIONES SOBRE LA MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO

El proyecto se acompaña de la correspondiente memoria del análisis de impacto normativo.

A fin de un mejor cumplimiento de lo establecido en el artículo 26.3 de la Ley del Gobierno y en el artículo 2 del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, así como de la Guía metodológica para la elaboración de la memoria del análisis de impacto normativo, aprobada por Acuerdo del Consejo de Ministros de 11 de diciembre de 2009 se formulan a continuación algunas consideraciones, que se añaden a las que se han expresado en el apartado precedente y tienen incidencia en la memoria:

3.1. Resumen ejecutivo

Como cuestión meramente formal, esta Oficina viene recomendando no incluir el resumen ejecutivo en la numeración propia de los apartados del cuerpo de la Memoria. Por ello, su rúbrica debe figurar sin numerar y expresarse simplemente como "Resumen ejecutivo" (no "Ficha del resumen ejecutivo).

En este sentido, la Guía metodológica para la elaboración de la Memoria del análisis de impacto normativo establece que "*En relación con la estructura de las Memorias constarán en primer lugar de un Resumen Ejecutivo, seguido del Cuerpo central de la Memoria, y finalmente los anexos*", expresando posteriormente que "*La Memoria incluirá en su parte inicial un resumen ejecutivo, de acuerdo con la ficha recogida en el anexo I. Esta ficha es un resumen sistematizado de la información contenida en la Memoria*".

3.2. Oportunidad de la propuesta

a) En el apartado de **motivación** se contienen múltiples explicaciones en relación con la inclusión de estas medidas dentro del PRTR. Se considera más apropiado que se consignen dentro del apartado específico de esta memoria, en cumplimiento de lo previsto en el Real Decreto-ley 36/2020, de 30 de diciembre, para la justificación de la vinculación con la aplicación del Fondo de Recuperación. En el apartado de motivación es suficiente con una explicación sucinta.

b) En cuanto a la justificación de la adecuación de la propuesta a los **principios de buena regulación**, nos remitimos a las consideraciones expuestas en el apartado 2.6 del presente informe.

c) En cuanto a la inclusión del proyecto normativo en el **Plan Anual Normativo**, la memoria carece de un apartado ad hoc. Dado que este proyecto normativo ha sido incluido en el Plan Anual Normativo de la Administración General del Estado para 2022, aprobado mediante el Acuerdo del Consejo de Ministros de 11 de enero de 2022, se considera pertinente la incorporación de un último subapartado en el apartado de oportunidad de la propuesta, reflejando esta circunstancia.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

3.3. Análisis jurídico

En el epígrafe sobre el **Fundamento jurídico y el rango normativo**, se incluyen algunas consideraciones que no son propias de este apartado, como la indicación de los títulos competenciales aplicables (que deben trasladarse al apartado V que trata la adecuación de la norma al orden constitucional de distribución de competencias), o las referencias a la normativa relativa a la financiación del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y al principio DNSH.

En cambio, resulta excesivamente escueta la justificación del rango de la norma, que a priori no resulta adecuado por relación a los artículos tercero y cuarto.

Sería asimismo deseable una mayor profundidad en el examen de la **coherencia de la propuesta con el resto del ordenamiento jurídico español**. Para ello, cabría atender a las consideraciones que han expuesto en el apartado 2.2 y también al hilo de algunas consideraciones particulares en el apartado 2.7.B), ambos del presente informe.

En la memoria se incluye un apartado específico sobre **vinculación de la norma con la aplicación del Fondo de Recuperación**, señalando los aspectos esenciales de la reforma concreta incluida en el plan, sus objetivos, el plazo de ejecución, etc., aunque, como ya se ha expresado, en el apartado de motivación se incluye una justificación más amplia, que debería incorporarse a este apartado específico, por ser el más adecuado en relación a la materia a la que se refiere.

Asimismo, se considera más adecuado incorporar las referencias al cumplimiento del principio "Do not significant harm", que se encuentran recogidas actualmente en el apartado de fundamento jurídico y rango normativo, en el referido apartado.

En cuanto a la **entrada en vigor** y a la **derogación normativa** nos remitimos a lo expresado en los apartados 2.4.A y B de este informe.

3.4. Adecuación al orden constitucional de distribución de competencias

El apartado V de la memoria se refiere a las cuestiones competenciales que plantea la propuesta, limitándose a un análisis de los títulos competenciales aplicables en este caso.

Con carácter general, se recomienda revisar y ampliar su contenido conforme a las consideraciones que se han expuesto en el apartado 2.3 del presente informe.

3.5. Descripción de la tramitación

En el apartado VII de la memoria se incluye la descripción de la tramitación de la propuesta, con relación a los trámites que se han expuesto en el apartado 2.5 de este informe. Nos remitimos a lo expuesto en dicho apartado.

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

3.6. Análisis de impactos

Se formulan a continuación algunas consideraciones sobre el análisis de impactos que recoge la Memoria.

- En cuanto al **impacto económico**, cabe destacar que parte de las apreciaciones de la memoria se refieren al coste de los servicios y las prestaciones a sufragar por las administraciones públicas, por lo que tendrían mejor encaje dentro del apartado que explica el impacto presupuestario. Esto es aplicable a las apreciaciones sobre la ampliación del derecho a la protección de la salud, con cargo a fondos públicos, a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares; así como a las correspondientes a la homogeneización de las prestaciones ortoprotésicas con las farmacéuticas, cuestiones que también se analizan más pormenorizadamente en el apartado de impacto presupuestario.

  Por otra parte, se recomienda ampliar el análisis por relación al impacto económico que cabría esperar de la previsión que se incorpora al artículo 47.3 de la Ley 14/1986, en el sector de los servicios sanitarios, tanto desde la perspectiva de los prestadores privados de servicios sanitarios como de los propios usuarios, y asimismo si es esperable o no alguna variación en las macromagnitudes de este sector (empleo, precios, etc.) como consecuencia de las medidas previstas.

- En relación con el **impacto presupuestario**, se recomienda clarificar el análisis, así como revisar la consistencia de las estimaciones que se ofrecen con las medidas que se adoptan en el anteproyecto.

  En este sentido, se observa que el análisis: **(i)** omite el posible impacto presupuestario de algunas medidas (por ejemplo, la nueva previsión contenida en el artículo 47.3 de la Ley 14/1986) o **(ii)** se expresa solo parcialmente (por ejemplo, la ampliación del derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares: en este caso se indica solo el gasto medio mensual por habitante, cuando debería hacerse una estimación más precisa de este supuesto, en atención a sus circunstancias particulares y a la población afectada) o **(iii)** no resulta suficientemente claro (por ejemplo, en el caso de la valoración del impacto de homogeneizar los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica, la estimación parece basarse en la "aportación media anual" de los colectivos beneficiarios, en lugar del coste que supondría para la Administración la prestación correspondiente).

- En relación con el **análisis de las cargas administrativas**, en la memoria se refleja que la norma proyectada *"no tiene efecto sobre las cargas administrativas".* Esta afirmación se basa en que, según este apartado de la memoria, el contenido del anteproyecto *"se circunscribe a aspectos estructurales y organizativos de las administraciones públicas y a las relaciones entre ellas"*. Se afirma asimismo que "*no puede decirse que imponga a los*

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ciudadanos y empresas ninguna obligación nueva para relacionarse con la Administración ni modifique las cargas actualmente existentes".

Estas afirmaciones parece que deberían ser matizadas, o al menos explicadas si observamos, por ejemplo, la nueva regulación contenida en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, en que se establece como obligación de nuevo cuño que las personas extranjeras que se encuentren en España menos de 90 días, han de acreditar esa duración temporal por un documento válido para las entidades gestoras de los servicios de salud, que no parece ser el mismo que el que se cita en el párrafo anterior (y que ya estaba previsto en la normativa vigente).

Por ello, se considera conveniente que se revise la explicación aportada y, en su caso, se incluya el cálculo de las cargas administrativas que puedan derivarse de la regulación proyectada.

- No se incluye una referencia, aun genérica, al análisis del impacto por razón del **cambio climático**, que es, sin embargo, preceptivo en virtud de lo previsto en el artículo 26.3.h) de la Ley del Gobierno (modificado a tal efecto por la disposición final 5ª de la Ley 7/2021, de 20 de mayo, de cambio climático y transición energética), que conforme a lo establecido en aquella previsión legal "*deberá ser valorado en términos de mitigación y adaptación al mismo*".

3.7. Evaluación *ex post*

La memoria incorpora un apartado sobre la evaluación *ex post*, donde se afirma:

"*Una vez analizados todos los criterios contenidos en el artículo 3.1 del Real Decreto 286/2017, de 24 de marzo, por el que se regulan el Plan Anual Normativo y el Informe Anual de Evaluación Normativa de la Administración General del Estado y se crea la Junta de Planificación y Evaluación Normativa», se concluye que en el presente caso no concurre ninguna causa que haga necesaria la evaluación normativa ex post de esta ley, y ello debido a que el proyecto:*

- *No supone coste o ahorro presupuestario significativo para la Administración General del Estado.*
- *No implica incremento o reducción de cargas administrativas para los destinatarios de la norma que resulte significativo por el volumen de población afectada o por incidir en sectores económicos o sociales prioritarios.*
- *No tiene una incidencia relevante sobre los derechos y libertades constitucionales.*
- *No plantea conflictividad previsible con las comunidades autónomas.*
- *No presenta impacto sobre la economía en su conjunto o sobre sectores destacados de la misma.*
- *No produce efectos significativos sobre la unidad de mercado, la competencia, la competitividad o las pequeñas y medianas empresas.*
- *No presenta un impacto relevante por razón de género.*
- *No tiene impacto relevante sobre la infancia y adolescencia o sobre la familia.*

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

No obstante, por el interés general que persigue la norma y la medición de los resultados en la salud de la población, siendo medibles a largo plazo, se considera oportuno realizar una evaluación que permita el seguimiento tanto de la implementación efectiva de las distintas medidas como de los resultados esperados.

Se entiende que el contenido de este apartado debiera ser clarificado, y ello además teniendo en cuenta que, de acuerdo con el artículo 47.3 del Real Decreto-ley 36/2020, de 30 de diciembre, las normas vinculadas con el Fondo de Recuperación estarán sometidas a la evaluación a que se refiere el artículo 28 de la Ley del Gobierno.

Por tanto, la evaluación ex post, no debería circunscribirse únicamente a *la implementación efectiva de las distintas medidas como de los resultados esperados*, como se expone en este apartado de la memoria, sino que, de acuerdo lo dispuesto en el artículo 3.2 del Real Decreto 286/2017, de 24 de marzo, los contenidos de esta evaluación afectarían a:

a) La eficacia de la norma, entendiendo por tal la medida en que ha conseguido los fines pretendidos con su aprobación.

b) La eficiencia de la norma, identificando las cargas administrativas que podrían no haber sido necesarias o haberlo sido en menor grado.

c) La sostenibilidad de la disposición, considerando los efectos de la norma no previstos directamente por ella que puedan llegar a comprometer su viabilidad futura.

Por lo demás, conforme a lo previsto en el artículo 2.1.j) del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, el sometimiento de la norma a evaluación ex post haría necesario que la memoria expresara los criterios en función de los cuales se realizaría la evaluación; los objetivos y fines de la norma a estos efectos; los términos y plazos para analizar sus resultados; la sistemática que se utilizaría y la entidad u órgano que se considera idóneo para llevarla a cabo.

EL DIRECTOR DE LA OFICINA DE COORDINACIÓN Y CALIDAD NORMATIVA

Francisco Javier Anta Saavedra

SRA. SECRETARIA GENERAL TÉCNICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD

CSV : GEN-2d5c-2430-2340-b89b-4121-37a4-24db-72c3
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER ANTA SAAVEDRA | FECHA : 02/06/2022 15:16 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

SGN/BUE
DG/67/21

INFORME AL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

I. ANTECEDENTES NORMATIVOS

A) Normativa nacional

- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al 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.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- 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.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo
- 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

sgnorm@mscbs.es

Pº DEL PRADO, 18-20
28014 MADRID
TEL: 915961754

CSV : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA FERNANDEZ MUÑOZ | FECHA : 23/05/2022 14:09 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.

- 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.

B) Normativa de la Unión Europea

- 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.

II. ESTRUCTURA, CONTENIDO, FUNDAMENTO JURÍDICO Y DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN

El anteproyecto de ley sometido a informe consta de una exposición de motivos, ocho artículos, dos disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria única y seis disposiciones finales.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que configuró nuestro Sistema Nacional de Salud, lo definió como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas, integrando 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.

En esta línea, los objetivos generales que persigue el anteproyecto son establecer medidas que consoliden la equidad, la cohesión y la universalización en el Sistema Nacional de Salud, incorporando aquellas que minimicen las desigualdades en salud y que refuercen estructuralmente la cooperación entre las distintas estructuras y ámbitos para abordar de forma integral las necesidades en salud de la población ante los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos que se presentan.

Para la consecución de este objetivo, el anteproyecto de ley modifica diversas disposiciones y, de manera destacada, dos de las normas sanitarias más relevantes, como son la propia Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, además de facilitar el fortalecimiento del sistema sanitario público, amplia el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares, o garantiza la

CSV : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA FERNANDEZ MUÑOZ | FECHA : 23/05/2022 14:09 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección de la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España.

Igualmente, se establecen los requisitos que han de regir el tratamiento de datos de carácter personal en el ámbito sanitario, determinando, con carácter general, las condiciones de acceso y tratamiento de los datos para las organizaciones y administraciones públicas con responsabilidades en el ámbito sanitario, profesionales, ciudadanos, organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario para los fines enunciados en las disposiciones que resultan de aplicación, y se persigue como objetivo la implantación efectiva y sistemática del enfoque de salud en todas las políticas, mediante la incorporación de la evaluación del impacto en salud en la elaboración preceptiva de las Memorias del Análisis de Impacto Normativo.

Por otra parte, el Gobierno de España ha incluido la renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en su componente 18, reforma 3. Este, tal y como se especifica en el mencionado Plan, pretende corregir las debilidades estructurales detectadas y adaptar el sistema sanitario a los retos y desafíos identificados. Su objetivo es tener un modelo sanitario más robusto, flexible y resiliente. La consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad es una de las cinco reformas incluidas en dicho Plan.

El fundamento jurídico de esta disposición se encuentra básicamente en el artículo 149.1, reglas 1ª y 16ª de la Constitución Española, que atribuyen a la Administración General del Estado, respectivamente, la competencia exclusiva en la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimento de los deberes constitucionales y en materia de bases y coordinación general de la sanidad. No obstante, dado que el contenido del anteproyecto de ley lo constituye la modificación de normas en vigor que disponen de los fundamentos jurídicos correspondientes, serán estos los que hayan de considerarse en cada caso como fundamentos jurídicos respectivos.

Desde el punto de vista formal, en cuanto al rango de la norma, puesto que se pretende modificar normas con rango de ley, en virtud del principio de jerarquía normativa, la modificación habrá de realizarse mediante normas con rango de ley.

Por lo que respecta a la tramitación, de acuerdo con las previsiones de la memoria del análisis de impacto normativo, para su aprobación deben realizarse los siguientes trámites:

- Consulta pública previa sobre el proyecto normativo de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, realizada entre los días 19 de octubre y 19 de noviembre de 2020.

CSV : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA FERNANDEZ MUÑOZ | FECHA : 23/05/2022 14:09 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- Trámite de información pública a través de la página Web del departamento, realizado entre los días 16 de noviembre y 7 de diciembre de 2021, así como trámite de audiencia pública, durante quince días hábiles, a las entidades que representan intereses legítimos directamente afectados por la norma, ambos de acuerdo con dispuesto en el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

- Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad, en virtud de lo previsto en el artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

- Informes de los siguientes ministerios, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre:

  - Ministerio de Ciencia e Innovación.
  - Ministerio de Trabajo y Economía Social.
  - Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.
  - Ministerio de Hacienda y Función Pública.
  - Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación.
  - Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
  - Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.
  - Ministerio de Defensa.
  - Ministerio del Interior.
  - Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana.
  - Ministerio de Industria, Comercio y Turismo.
  - Ministerio de Educación y Formación Profesional.
  - Ministerio de Consumo.

  Estos informes ya han sido recibido y valorados en los textos objeto de este informe.

- Informe del Ministerio de Política Territorial, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, acerca de la adecuación del proyecto al orden constitucional de distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas. Este informe también ha sido ya recibido y valorado debidamente.

- Aprobación previa del Ministerio de Hacienda y Función Pública, en virtud de lo previsto en el artículo 26.5, párrafo quinto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre. Se ha solicitado recientemente, por lo que todavía no se ha recibido informe al respecto.

- Informe de la Oficina de Coordinación y Calidad Normativa del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 26.9 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre. Este informe se ha solicitado pero no se ha recibido todavía.

CSV : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA FERNANDEZ MUÑOZ | FECHA : 23/05/2022 14:09 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- Informe de las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla y de la Federación Española de Municipios y Provincias, así como del Comité Consultivo y del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Este conjunto de observaciones ya ha sido recibido e incorporado a los textos sobre los que se emite el presente informe.

- Asimismo, se han solicitado los informes de los siguientes órganos, habiéndose recibido e incorporado ya al expediente:

  - Comisión Ministerial de Administración Digital del Ministerio de Sanidad.
  - Consejo de Consumidores y Usuarios.
  - Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).
  - Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).
  - Mutualidad General Judicial (MUGEJU).

- Informe de la Agencia Española de Protección de Datos, de conformidad con el artículo 47 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y en el artículo 5 b) del Estatuto de la Agencia, aprobado por Real Decreto 389/2021, de 1 de junio. Ya ha sido recibido e incorporado al expediente este informe.

- Dictamen al Consejo Económico y Social, conforme a lo previsto en el artículo 7.1.3 de la Ley 21/1991, de 17 de junio, por la que se crea el Consejo Económico y Social. Se ha solicitado recientemente, por lo que todavía no ha sido recibido.

El anteproyecto de ley se acompaña de la correspondiente memoria del análisis de impacto normativo, de conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo.

III. OBSERVACIONES

Una vez revisado el anteproyecto de ley sometido a informe, esta Secretaría General Técnica realiza las siguientes observaciones al contenido del mismo:

A) AL PROYECTO DE REAL DECRETO

Al preámbulo

- A lo largo de toda la exposición de motivos, la cita de las disposiciones normativas que se realizan y, en algunos casos, de los artículos a los que se hace referencia se

CSV : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA FERNANDEZ MUÑOZ | FECHA : 23/05/2022 14:09 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

realiza en letra cursiva. Lo correcto es que estas citas no rompan con la uniformidad del texto, por lo que se entiende que debe suprimirse la utilización de la letra cursiva.

- Asimismo, la introducción de apartados y subapartados en la exposición de motivos tampoco se considera una correcta técnica legislativa, por lo que se recomienda la búsqueda de una alternativa para resaltar los aspectos deseados, sin que esta rompa con la uniformidad del texto. Este modo de enumeración de aspectos relevantes u organizativos de la norma es más adecuado para su plasmación en la MAIN.
- Debe eliminarse el DISPONGO que introduce la parte dispositiva del proyecto, puesto que se trata de un anteproyecto de ley y no de una disposición reglamentaria.

Al articulado

Artículo primero

- En el apartado Dos, la situación es similar a la anteriormente descrita, por lo que el artículo 90 debería ir titulado.

Artículo tercero

- En el apartado Uno, la titulación de la nueva redacción del artículo 3, al ir este entrecomillado, debe aparecer tal cual se incorporará a la norma modificada. Por ello, el título de dicho artículo, debe figurar en cursiva. Esto es, "Artículo 3. *Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.*"

  Lo mismo sucede con el resto de apartados modificativos de la Ley 16/2003. Los títulos de los artículos modificados y que van entrecomillados deberán redactarse en cursiva.

  En la redacción de este mismo artículo 3, en el apartado 2, tras la letra d), se indica que "A los efectos indicados…", sin que realmente pueda determinarse donde o cuales son los indicados. Convendría, por tanto, complementar esta introducción.

Artículo cuarto

- En la modificación del artículo 3 de Real Decreto-ley 16/2012, como ya se indicó para el artículo tercero, cuando se da nueva redacción al mismo, el título dentro del entrecomillado deberá figurar en cursiva.

Artículo sexto

- Misma observación que la realizada en los artículos anteriores respecto a la conveniencia de que el título del artículo 26 modificado figure en cursiva.

CSV : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA FERNANDEZ MUÑOZ | FECHA : 23/05/2022 14:09 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Asimismo, la primera frase del párrafo resulta excesivamente larga, por lo que se sugiere que se introduzca una coma después de la palabra acompañen. Así, "… familiares que les acompañen, tendrán derecho a la asistencia sanitaria…"

Artículo séptimo

- Se reitera la observación realizada en los artículos anteriores respecto a la conveniencia de que el título del artículo 9 modificado figure en cursiva.
- Asimismo, en el apartado 3. Debería incluirse una "a" como preposición introductoria para darle mejor significado a la frase, así como una coma tras la palabra "funcionarios" para facilitar la lectura de la misma. Quedaría del siguiente modo: "**A** las personas titulares y sus beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por las mutualidades de funcionarios, les…"

Artículo octavo

- El título de la modificación del artículo 2 del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, adolece de la misma irregularidad que los títulos de los anteriores artículos y debería figurar en cursiva.

B) A LA MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO

- Debe realizarse una revisión general de la memoria en aras de su adecuación a lo dispuesto en el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, así como en la Guía metodológica para la elaboración de la memoria del análisis de impacto normativo, aprobada por Acuerdo del Consejo de Ministros de 11 de diciembre de 2009.
- Por otra parte, debe tenerse en cuenta que la memoria es un documento evolutivo y que es objeto de modificación en función de la evolución de la tramitación del proyecto al que acompaña. Por tanto, la fecha de los sucesivos textos e informes habrán de irse actualizando.

Lo que se informa de conformidad con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

Firmado electrónicamente por LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA,

Mónica Fernández Muñoz

CSV : GEN-a8d2-822a-f3dd-c62d-0e81-7f2d-0e38-810c
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA FERNANDEZ MUÑOZ | FECHA : 23/05/2022 14:09 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-11eb-d119-a87b-706c-4b74-96bb-9cae-bd9f | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

INFORME DEL ARTÍCULO 26.5 DE LA LEY 50/1997, DE 27 DE NOVIEMBRE, DEL GOBIERNO, AL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

I. ANTECEDENTES.

Con fecha 16 de noviembre de 2021, procedente de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad, tuvo entrada en esta Secretaría General Técnica oficio por el que se remitió el texto del *Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud,* así como su correspondiente Memoria del Análisis de Impacto Normativo (MAIN), para informe del artículo 26.5, párrafo primero, de la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.*

II. OBJETO Y ESTRUCTURA.

El objeto de este proyecto normativo es establecer medidas que consoliden la equidad, la cohesión y la universalización en el Sistema Nacional de Salud, incorporando aquellas que minimicen las desigualdades en salud sin dejar a nadie atrás, así como, entre otros objetivos específicos, facilitar el fortalecimiento del sistema sanitario público, ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares, o garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección de la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España.

Desde el punto de vista formal, el anteproyecto consta de una parte expositiva, una parte dispositiva que se desarrolla en cinco artículos, una disposición adicional, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y seis disposiciones finales.

– El artículo primero lleva por rúbrica "Modificación de la Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad, el artículo segundo "Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud", el artículo tercero "Modificación del 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", el artículo cuarto "Modificación del 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 ortoprotésica" y el artículo quinto lleva por rúbrica "Modificación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones".

www.exteriores.gob.es
sgt@maec.es

PLAZA DE LA PROVINCIA, Nº 1,
28071, MADRID
TEL: 91 379 9446
FAX: 91 394 8675

CSV : GEN-11eb-d119-a87b-706c-4b74-96bb-9cae-bd9f
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ROSA VELÁZQUEZ ÁLVAREZ | FECHA : 19/11/2021 14:06 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-11eb-d119-a87b-706c-4b74-96bb-9cae-bd9f | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

– La disposición adicional autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la disposición transitoria primera lleva por rúbrica "Cuantías a liquidar por los servicios de salud derivadas de desplazamientos temporales" y la disposición transitoria segunda establece el régimen transitorio para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.

– La disposición derogatoria establece que quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en el anteproyecto y, en particular, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre la habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud, los artículos 8 bis, 8 ter 8 quater 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.

– Por su parte, las seis disposiciones finales hacen referencia, respectivamente, al título competencial, cláusula de salvaguardia para modificaciones de normas de rango inferior, habilitación normativa, referencias normativas, carácter excepcional del trasplante de órganos de donante fallecido y, en último lugar, la entrada en vigor, que será el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

III. BASE JURÍDICA Y RANGO DE LA NORMA.

El anteproyecto de ley encuentra su base jurídica en el artículo 149.1.1ª y 149.1.16ª, de la Constitución Española, esto es, la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales y bases y coordinación general de la sanidad.

En cuanto al rango de la norma, dado que se pretende modificar normas con rango de ley, y por el principio de jerarquía normativa, habrá de hacerse mediante norma con rango de ley.

IV. TRAMITACIÓN.

Dentro del ámbito competencial del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación se ha remitido el texto y su correspondiente MAIN a los Gabinetes del Ministro, de los Secretarios de Estado y del Subsecretario con el objeto de recabar el criterio de sus respectivos centros directivos y organismos vinculados o dependientes.

V. OBSERVACIONES.

Una vez recabada la opinión de los diferentes centros directivos y organismos vinculados o dependientes de este Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, se formulan las siguientes observaciones:

CSV : GEN-11eb-d119-a87b-706c-4b74-96bb-9cae-bd9f
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ROSA VELÁZQUEZ ÁLVAREZ | FECHA : 19/11/2021 14:06 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-11eb-d119-a87b-706c-4b74-96bb-9cae-bd9f | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- En primer lugar, en relación con la parte expositiva del anteproyecto, la Resolución de 28 de julio de 2005, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros, de 22 de julio de 2005, por el que se aprobaron las Directrices de técnica normativa (en adelante, DTN), establece en su directriz 11 que en los anteproyectos de ley, la parte expositiva se denominará <<exposición de motivos>> y se insertará así en el texto correspondiente (<< EXPOSICIÓN DE MOTIVOS>>, centrado en el texto).” En su virtud, se sugiere que en el texto se inserte la denominación expresada.

- En segundo lugar, se ha advertido a lo largo del texto la plasmación en mayúsculas de la referencia a la propia norma. Se propone seguir las prescripciones recogidas en el apartado V. Apéndices, a) 2º de las DTN que recomiendan que “No se escribirá con inicial mayúscula cuando en el texto de la disposición se haga referencia a la propia norma o a una clase genérica de disposición”. Por ejemplo, en el párrafo séptimo de la parte expositiva, se lee “….. llevarse a cabo en cumplimiento de la presente **L**ey …….”.

- En tercer lugar, en cuanto al uso específico de siglas, el Apartado V. Apéndices, b), de las DTN, establece que el uso de las siglas puede justificarse dentro de una disposición, para evitar formulaciones farragosas y repeticiones cansinas, siempre que se explique, cuando aparezcan por primera vez (fuera del título y de la parte expositiva), mediante su inclusión entre paréntesis o entre comas precedida de la expresión <<en adelante>> y se escriban en mayúsculas sin puntos ni espacios de separación.” Así, a modo de ejemplo, se hace mención en el texto a las siglas SNS o CISNS sin la expresión “en adelante,”.

- En cuarto lugar, el artículo segundo, siete, 5º, establece la composición del Comité Consultivo del Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud, y cuando se hace mención a sus miembros se lee: “b) Nueve representantes de las comunidades autónomas”. Conforme al Apartado V. Apéndices, c) Denominaciones oficiales, de las DTN, quizá podría hacerse mención, también, a las “Ciudades con Estatuto de Autonomía”.

- Y, en último lugar, en la disposición derogatoria, segundo párrafo, se aprecia una repetición de la preposición “de”, pues se lee: “… sobre habilitación de nuevas fórmulas **de de** gestión del Sistema Nacional de Salud, ……”

Madrid, en la fecha de la firma electrónica.

LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA

Rosa Velázquez Álvarez

CSV : GEN-11eb-d119-a87b-706c-4b74-96bb-9cae-bd9f
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ROSA VELÁZQUEZ ÁLVAREZ | FECHA : 19/11/2021 14:06 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

MINISTERIO
DE DEFENSA

USO PUBLICO

SUBDEF
SEGENTE

VICESEGENTE

VICESEGENTE

FIRMA ELECTRÓNICA MINISDEF-EC-WPG-PKI:
SECRETARIO GENERAL TÉCNICO
Emilio Fernandez-Piñeyro Hernandez
FECHA DE LA FIRMA: 29/11/2021

MINISDEF-SEGENTE

	FECHA DE REGISTRO (CET):
SALIDA	29/11/2021 20:31:17

D-OC-SB-420000-S-21-020603

E S C R I T O - G E I S E R

S/REF.

N/REF. 421-AJ 21/0375

FECHA 29/11/2021

ASUNTO ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAD LA EQUIDAD UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ANEXOS De ISFAS informe

DESTINATARIO SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA, MINISTERIO DE SANIDAD [INTERESADO]

En cumplimiento del trámite previsto en el párrafo primero del artículo 26.5 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, una vez consultados los órganos directivos de este Departamento, así como los de la organización militar que pudieran tener competencias sobre esta materia, esta Secretaría General Técnica no formula observaciones al proyecto de disposición del "asunto". Asimismo, adjunto se remite el informe sin comentarios del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, expresamente solicitado en su oficio de remisión del anteproyecto de Ley.

EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO

- Emilio Fernandez-Piñeyro Hernandez -

Los datos de carácter personal que puedan aparecer en este escrito o sus anexos deberán ser tratados conforme a lo establecido en la legislación vigente en materia de Protección de Datos, debiendo ser empleados únicamente para la finalidad con que fueron comunicados y mantenidos durante no más tiempo del necesario para los fines del tratamiento.

CÓDIGO SEGURO DE VERIFICACIÓN: 202000ILFFJ8K7P+DD8F1ZCK8JVCK77W8=
URL de verificación: http://sede.defensa.gob.es
(documentos clasificados o de uso oficial no pueden verificarse)

CORREO ELECTRÓNICO:
secretariasgt@oc.mde.es

USO PUBLICO

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Pº Castellana 109
28071 (Madrid)
TEL: 913955686/87
FAX: 913955169

02IP2111282. E.56385. F.

Se ha recibido en esta Secretaría General Técnica, para informe, a efectos de lo previsto en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, procedente del Ministerio de Sanidad, un **"Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud"**.

1.- Este anteproyecto de ley tiene por objeto la modificación de las siguientes normas:

a) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, para facilitar la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios, preferentemente, mediante la fórmula de gestión directa de carácter público, reconociendo especialmente el régimen jurídico de los consorcios sanitarios.

b) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, introduciendo, entre otras, las siguientes modificaciones:

- Se reconoce como titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria a las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazadas temporalmente al territorio español siempre que esta atención no constituya el motivo del desplazamiento, así como a los familiares que les acompañen, en los términos previstos en el artículo 3 que se modifica.

- Se reconoce, asimismo, como titulares del mismo derecho a las personas solicitantes de protección internacional y a las víctimas de trata de seres humanos cuya permanencia o estancia temporal en España haya sido autorizada mientras se mantenga la situación que se cita en cada caso.

- Se actualiza la denominación de la vigente estructura ministerial.

- En la regulación del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, se añaden, como de "especial atención", los siguientes supuestos y colectivos:

CORREO ELECTRONICO:
secretaria.sgt@hacienda.gob.es

C/ALCALÁ, 5 – PLANTA 3ª
28071 MADRID
TEL: 91 595 82 11/12/13
FAX: 91 595 88 42/41

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

i. De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.

ii. A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.

iii. A las menores de dieciocho años.

- Se unifican las carteras comunes básica, suplementaria y de servicios accesorios en una sola cartera común básica.

- Se modifica la composición del Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en los siguientes términos:

Sectores representados	**Legislación vigente**	**Modificación propuesta**
Administración General del Estado	6	9
Comunidades autónomas	6	9
Administración local	4	6
Organizaciones empresariales	8	8
Organizaciones sindicales más representativas en ámbito estatal	8	8
Organizaciones de pacientes y organizaciones ciudadanas más representativas en ámbito estatal	No se contempla	8
TOTAL	**32**	**48**

c) Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, al eliminar la regulación de los familiares de los españoles de origen retornados a que se refiere el artículo modificado, si bien dicha regulación se añade en las modificaciones introducidas a la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

d) 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, eliminando:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- por un lado, la regulación detallada de la aportación del usuario en relación a la cartera suplementaria de prestación ortoporotésica, y remitiendo para ello al Anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

- por otro, la enumeración de las categorías de las personas exentas de la aportación en la prestación farmacéutica, sustituyendo este apartado por el siguiente: "*2. Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que en el momento de la dispensación pertenezcan a una de las categorías exentas de la aportación en la prestación farmacéutica.*"

e) 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, al suprimir el apartado que recoge el importe de las cuantías a liquidar en relación con los desplazamientos de larga y corta duración, para, según el resumen ejecutivo de la Memoria del análisis de impacto normativo (MAIN), "*así poder desarrollar el desarrollo reglamentario que el FOGA requiere*".

Asimismo, el anteproyecto de ley autoriza la creación, mediante convenio, del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad. Actualmente existe el llamado Consejo de la Red, creado mediante Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, por la que se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, y ya se encuentra en funcionamiento, si bien mediante la modificación propuesta se persigue dotar a este organismo de personalidad jurídica propia y diferenciada. Además, añade la MAIN a este respecto, *"(…), se traslada que la creación del consorcio supone continuidad en la línea presupuestaria en los siguientes ejercicios y no supone un aumento de los costes de personal.*"

Por otra parte, se reconoce la excepcionalidad del trasplante de órganos de donante fallecido, debido a su subordinación a la disponibilidad de órganos y se determina que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.

La disposición derogatoria única deroga 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 *quater* de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

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.

La MAIN determina que la aprobación de este proyecto tendrá impacto presupuestario para las comunidades autónomas y para el INGESA por la aprobación de las siguientes medidas:

1. Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares.

2. Homogeneizar los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica.

En cuanto al impacto de la medida 1, la MAIN dispone en el mismo apartado que éste será inapreciable "*dado que hay que tener en cuenta que los españoles que emigran a otros países lo hacen principalmente por razones de trabajo, por lo que su número siempre será superior a los que residen en otros países y no trabajan. De cualquier forma, (...) el impacto en cada una de las personas que se beneficien de esta medida se estima (impacto económico) en 124,5 euros, correspondiendo dicha cantidad a un mes del gasto real sanitario público por habitante protegido.*"

Respecto de la medida 2, la MAIN cuantifica en 1.749.543,08 euros al año el impacto presupuestario para las comunidades autónomas y el INGESA.

Por otra parte, se descarta que el aumento de miembros del Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tenga impacto presupuestario, ya que "*desde su creación, en ningún caso se han abonado dietas por parte del Ministerio a las personas representantes que han acudido al Comité Consultivo*". Tampoco se prevé que presente impacto presupuestario la autorización de creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, ya que existe como Consejo y desde 2013 y cuenta con una estructura física, organizativa y de recursos humanos suficiente. Además, en la actualidad ya existe una dotación específica en los Presupuestos Generales del Estado destinada al desarrollo de las actividades del Plan de Trabajo de la Red en las partidas presupuestarias 26.09.313A.457 "A las CC. AA para el desarrollo del plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud", dotada con 5.325.000 euros, y 16.09.000X.411 "Al Instituto de Salud Carlos III para el desarrollo de las actividades de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias", dotada con 824.510 euros.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

2.- Analizado el texto del proyecto y consultados los órganos competentes del Ministerio de Hacienda y Función Pública, se formulan las siguientes observaciones:

Primera.- El artículo primero del anteproyecto de ley pretende modificar la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En su apartado uno se procede a la adición de un nuevo artículo 47 relativo a la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

Este artículo 47 que se propone incorporar en el proyecto, aun cuando su título se refiere únicamente a "Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud", se refiere en su apartado 3 a la gestión de la prestación de asistencia sanitaria en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, por lo que su contenido puede afectar a la gestión de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE). Con esta nueva regulación se puede dar lugar a la reducción de los supuestos de concertación con régimen privado, aunque sin prohibirlo.

Por este motivo, resultaría conveniente la adición de un nuevo apartado 4 con el siguiente texto o similar:

"*4. Lo dispuesto en el apartado anterior de este artículo no modifica el régimen de gestión de la asistencia sanitaria de las Mutualidades administrativas, que mantendrán su régimen jurídico específico.*"

Segunda.- El mismo artículo primero, en su apartado dos, adiciona el artículo 90 bis a la Ley 14/1986, de 25 de abril. Dicho nuevo precepto regula el régimen jurídico de los consorcios sanitarios, indicando en su apartado 1: "*(...) su régimen jurídico será el establecido en esta disposición y, subsidiariamente, en aquello no regulado en esta ley, la normativa que regula con carácter general el resto de consorcios administrativos*".

Se considera más acertado hacer referencia a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, en lugar de una referencia genérica como la que incluye este apartado, todo ello en aras de una mayor precisión y seguridad jurídica de la norma proyectada.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

De otra parte, en el apartado 3 de este mismo artículo 90 bis se prevé la posibilidad de que los consorcios sanitarios contraten directamente a personal laboral. En este caso, se deberían tener en cuenta las previsiones en cuanto al carácter excepcional de dicha contratación -cuando no resulte posible contar con personal procedente de las Administraciones participantes en el consorcio en atención a la singularidad de las funciones a desempeñar- y lo referido a la autorización expresa de la Administración de adscripción para ello, aspectos establecidos en el artículo 121 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, que resulta de aplicación a todas las administraciones públicas.

Tercera.- El artículo segundo modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En el nuevo artículo 3, apartado 4, relativo al régimen de 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, que mantendrán su régimen jurídico específico, se indica:

"*A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público serán adscritas a los servicios de salud de las comunidades autónomas o al INGESA, según corresponda, que les facilitarán, conforme a las normas legales y de procedimiento que rijan en el ámbito de dichos servicios, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se financiará conforme a lo previsto en el artículo 10, con la singularidad en la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficinas de farmacia que se recoge en su normativa específica*."

El apartado señalado, que hace referencia a la singularidad en la prestación farmacéutica, puede resultar poco precisa, considerándose más acertada la redacción existente hasta ahora, o fórmula o similar:

"*(…), con la única salvedad de la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficina de farmacia*".

Cuarta.- El apartado tres del mismo artículo da una nueva redacción al artículo 3 ter de la citada ley, debiendo revisarse el uso de la expresión "*con especial atención en los siguientes supuestos*", puesto que no resulta claro si la cita de esos tres supuestos se hace a modo aclaratorio o si, por el contrario, en ellos el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria se verá reforzado de algún modo.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Por otra parte, el apartado 4 de dicho artículo 3 ter establece que "*las comunidades autónomas y el INGESA en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo*".

Esta previsión parece que deberá materializarse a través de una disposición de carácter general que regule dichas circunstancias, por lo que no parece adecuado mantener la referencia a que el INGESA "fijará" ningún procedimiento, al carecer esta entidad gestora de potestad normativa alguna. Se sugiere, por tanto, aclarar en este párrafo sobre quién recaerá la competencia regulada para el caso del INGESA.

[redacted]sta misma consideración se hace respecto a la previsión contenida en el artículo 14.2: "*(…), la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine (…)*" -, incluido en el artículo segundo, apartado seis, de este anteproyecto de ley.

En el mismo apartado 4 del artículo 3 ter, párrafo tercero, se sugiere especificar a qué procedimiento administrativo se está haciendo referencia.

Quinta.- Conforme a la exposición de motivos del propio proyecto de ley, la modificación a introducir en los artículos 13 y 14 de la Ley de Cohesión 16/2003, de 28 de mayo, responde al objetivo de clarificar el concepto de déficit funcional recuperable, para "*evitar posibles interpretaciones en el término "recuperable" que pudieran producir situaciones en su aplicación que no abordaran la globalidad de lo que comprende.*"

No obstante lo indicado en la exposición de motivos, tanto en el apartado h) del artículo 13 como en el 2.c) del artículo 14, se elimina de la redacción el término *recuperable* y se sustituye por su definición, pudiendo dar lugar a distintas interpretaciones.

Se propone, por tanto, que la redacción propuesta siga incluyendo el término "recuperable" junto con la definición, de manera que ambos artículos se redacten del siguiente modo:

"*La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Sexta.- La disposición adicional única establece:

"*1. Se autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad, a través del órgano competente de su coordinación.*

2. El consorcio se creará mediante convenio suscrito por los órganos participantes anteriormente mencionados y no podrá suponer aumento neto de los gastos de personal."

En el caso del Ministerio de Sanidad, el órgano "competente de su coordinación" es la Dirección General de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, de acuerdo con la función asignada al respecto por el artículo 5.2, s) del Real Decreto 735/2020, de 4 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del citado Ministerio.

En este caso, la suscripción de dicho convenio no puede llevarse a cabo por la persona titular del referido órgano directivo, pues carecería, en principio, de competencia para ello de acuerdo con el artículo 48.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre. En consecuencia, debería establecerse en la redacción de este apartado que el convenio se suscribirá por la persona titular del Ministerio de Sanidad.

Séptima.- Desde el punto de vista de la vinculación del anteproyecto de ley con el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR) –teniendo en cuenta que *la consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad* es una de las reformas incluidas en el Componente 18; en concreto, constituye la reforma 3– se observa lo siguiente:

En primer lugar, será necesario atender a las siguientes disposiciones normativas sobre el sistema de gestión y de información del PRTR:

• Orden HFP/1030/2021, de 29 de septiembre, por la que se configura el sistema de gestión del PRTR.

• Orden HFP/1031/2021, de 29 de septiembre, por la que se establece el procedimiento y formato de la información a proporcionar por las Entidades del Sector Público Estatal, Autonómico y Local para el seguimiento del cumplimiento de hitos y objetivos y de ejecución presupuestaria y contable de las medidas de los componentes del PRTR.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Adicionalmente, se recuerda que el Mecanismo sólo apoyará las medidas del PRTR (*Reformas e Inversiones*) que cumplan y mantengan el principio de "*no causar daño significativo*" (DNSH, por sus siglas en inglés).

Por tanto, será necesario presentar una evaluación del cumplimiento del principio DNSH, conforme a la lista de verificación de la Guía técnica sobre la aplicación del principio de la Comisión Europea, pudiendo utilizar la metodología establecida en el Reglamento del MRTR, para identificar cuáles de los seis objetivos medioambientales del Reglamento de Taxonomía requieren una evaluación sustantiva y para cuáles podrá ser suficiente un enfoque simplificado.

Por último, se considera que debería hacerse en la documentación recibida alguna referencia a la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, en particular las referidas al párrafo 3 del artículo 26, y al Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, en concreto el párrafo 1 del artículo 2, sobre los apartados contenidos en la Memoria del Análisis de Impacto Normativo.

La modificación u omisión de las mencionadas disposiciones normativas podría afectar a la ejecución del PRTR, por lo que es necesario aclarar si esto afecta o no al mismo en base a lo establecido en 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 Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia:

"*Artículo 47. Aprobación de las normas adoptadas en el marco de la ejecución de los fondos europeos para el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.*

1. *El procedimiento de elaboración de las normas adoptadas en el marco de la ejecución de los fondos europeos para el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, tendrá el carácter de urgente a los efectos y con el alcance previsto en el artículo 27.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.*
2. *(...)*

3. Las memorias de análisis del impacto normativo de estas normas contendrán un apartado específico en el que se justifique su vinculación con la aplicación del Fondo de Recuperación y estarán sometidas a la evaluación a que se refiere el artículo 28 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno."

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Con carácter meramente formal, en el último inciso del tercer párrafo de la página 6 de la exposición de motivos, la cita que se realiza al "artículo 102.8", se sugiere que se complete con la norma a la que hace referencia, es decir "*artículo 102.8 del 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*".

Finalmente, se considera que el contenido del anteproyecto incide en aspectos organizativos que hacen necesario el sometimiento del mismo al trámite de aprobación previa previsto en el artículo 26.5, párrafo quinto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, por lo que se recuerda que los textos definitivos del proyecto deberán remitirse a este Ministerio a fin de sustanciar el citado trámite.

Madrid, 17 de diciembre de 2021

LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA

Marta de Andrés Novo

SRA. SECRETARIA GENERAL TÉCNICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

MINISTERIO
DEL INTERIOR

En respuesta a la solicitud de informe acerca del anteproyecto de ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, en base al artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, este Ministerio traslada las consideraciones siguientes:

1. En la parte dispositiva del anteproyecto de ley se ha advertido el incumplimiento de la directriz número 80 de las Directrices de técnica normativa, aprobadas por el Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de julio de 2005 (Directrices), que establece que la primera cita deberá realizarse completa y podrá abreviarse en las demás ocasiones señalando únicamente tipo, número, año y fecha. En este caso, por ejemplo, se llama la atención sobre la cita de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que, además de incumplir esta premisa, se menciona de manera indistinta como "*General de Sanidad"* y como "*General de Salud*".

2. En el artículo primero, en concreto, en la adición del artículo 90bis, se debería añadir la preposición (**de**) en el inciso "*Los consorcios sanitarios cuyo objeto principal sea la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud están adscritos a la Administración sanitaria responsable de la gestión* ***de*** *estos servicios (...).*"

3. En el artículo segundo, apartado tres, relativo al artículo 3ter.1 se señala que el supuesto referido "*A l****as*** *menores de dieciocho años"* se entiende que debería aludir, no sólo al género femenino sino a todos los menores de dieciocho años como beneficiarios de un derecho de protección a la salud.

El Secretario General Técnico
Juan Antonio Puigserver Martínez

SRA. SECRETARIA GENERAL TÉCNICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD.

S:\Firma Digital\Disposiciones Pendientes\Álvaro\3744 05 Informe SGT Interior.docx

Código seguro de Verificación : GEN-ace8-19e2-6a9f-2670-9e90-3baf-4790-1c65 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

CSV : GEN-ace8-19e2-6a9f-2670-9e90-3baf-4790-1c65
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : JUAN ANTONIO PUIGSERVER MARTÍNEZ | FECHA : 12/01/2022 10:23 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

FIRMADO

FIRMADO por : MARTÍNEZ ORTEGA, ANGELICA. A fecha: 30/11/2021 04:02 PM
SECRETARIA GENERAL TÉCNICA
Total folios: 3 (1 de 3) - Código Seguro de Verificación: MFOM02SF1F2F8D36310BBB214612
Verificable en https://sede.mitma.gob.es

MINISTERIO
DE TRANSPORTES, MOVILIDAD
Y AGENDA URBANA

INFORME SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY POR EL QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

1. Antecedentes

El “anteproyecto de ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud”, que acompañado de la memoria del análisis de impacto normativo, ha sido remitido el pasado 16 de noviembre, por la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad, que solicita sea informado con carácter de urgencia, de conformidad con lo previsto, en el artículo 27.2 de la ley 50/1997, de 27 de noviembre.

Esta Secretaría General Técnica, a los efectos previstos en el párrafo primero del artículo 26.5 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, informa lo siguiente:

2. Objeto y motivación de la propuesta

Según recoge la exposición de motivos de la norma, el anteproyecto tiene por objeto desarrollar medidas para la consolidación de los principios de universalidad, equidad y cohesión del SNS. Para ello, incorpora elementos para minimizar las desigualdades en salud sin dejar a nadie atrás y para reforzar estructuralmente el buen gobierno o gobernanza y la legitimidad de nuestro sistema sanitario público, en cooperación con otras estructuras y ámbitos. Con ello, 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.

También se indica en la exposición de motivos que, en cumplimiento con lo dispuesto en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en el Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de febrero de 2021, por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, y su normativa de desarrollo, en particular la Comunicación de la Comisión Guía técnica (2021/C 58/01) sobre la aplicación del principio de «no causar un perjuicio significativo», así como con lo requerido en la Decisión de Ejecución del Consejo relativa a la aprobación de la evaluación del plan de recuperación y resiliencia de España (CID) y su documento Anexo, todas las actuaciones que deban llevarse a cabo en cumplimiento de la presente Ley deben respetar el llamado principio de no causar un perjuicio significativo al medioambiente (principio DNSH por sus siglas en inglés, “Do No Significant Harm”).

FIRMADO
FIRMADO por : MARTÍNEZ ORTEGA, ANGELICA. A fecha: 30/11/2021 04:02 PM
SECRETARIA GENERAL TÉCNICA
Total folios: 3 (2 de 3) - Código Seguro de Verificación: MFOM02SF1F2F8D36310BBB214612
Verificable en https://sede.mitma.gob.es
MINISTERIO DE TRANSPORTES, MOVILIDAD Y AGENDA URBANA

El anteproyecto pretende establecer modificaciones en las siguientes normas ya existentes:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- 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-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.

En la Memoria se indica que, con esta norma se avanza en el cumplimiento de las metas establecidas en los objetivos 3 y 10 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, es decir, garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades y reducir las desigualdades y que nadie se quede atrás.

También indica la Memoria, que esta Ley responde a los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia, y eficiencia, tal y como exige la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. A estos efectos se pone de manifiesto el cumplimiento de los principios de necesidad y eficacia dado el interés general en el que se fundamentan las medidas que se establecen, y que tienen como fin último la protección de la salud de la población. La norma es acorde con el principio de proporcionalidad al contener la regulación imprescindible para la consecución de los objetivos previamente mencionados, ya que las medidas que ahora se regulan resultan proporcionadas al bien público que se trata de proteger. Igualmente, se ajusta al principio de seguridad jurídica, siendo coherente con el resto del ordenamiento jurídico. En relación con el principio de eficiencia, esta Ley no impone cargas administrativas que no estén justificadas para la consecución de sus fines.

3. Adecuación de la norma al orden de distribución de competencias

La presente norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 1.ª y 149.1. 16.ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899 MINISTERIO DE TRANSPORTES, MOVILIDAD Y AGENDA URBANA

FIRMADO

los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, así como en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

4. Contenido de la propuesta

El texto de este anteproyecto de ley se compone de una exposición de motivos, cinco artículos, una disposición adicional única, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria única y seis disposiciones finales. Comporta la modificación de distintas normas, por lo que la exposición de motivos se desarrolla, para una mejor compresión del texto, en función de los artículos que contiene el anteproyecto.

5. Tramitación

Esta Secretaría General Técnica, en el ámbito de las competencias de este Ministerio ha recabado informe de las Secretarías Generales de Infraestructuras; de Transportes y Movilidad, y de Agenda Urbana y Vivienda; de las Direcciones Generales de Organización e Inspección; de Carreteras; de Planificación y Evaluación de la Red Ferroviaria; de Aviación Civil; de la Marina Mercante; de Transporte Terrestre; de Agenda Urbana y Arquitectura; de Vivienda y Suelo y del Instituto Geográfico Nacional; de las Agencias Estatales de Seguridad Aérea y Ferroviaria; del organismo público Puertos del Estado; de los organismos autónomos CEDEX y CENIG, de la Sociedad Estatal SENASA y de las entidades públicas empresariales ADIF, RENFE, SEPES Y SASEMAR.

6. Valoración

Esta Secretaría General Técnica, informa que, sin entrar a valorar los aspectos técnicos establecidos en la propuesta normativa, que se considera están bajo la garantía técnica de los órganos competentes, no tiene ninguna objeción que oponer a la aprobación del “anteproyecto de ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud”, desde el ámbito competencial de este Departamento.

LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA

Angélica Martínez Ortega

SRA. SECRETARIA GENERAL TÉCNICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD

FIRMADO por : MARTÍNEZ ORTEGA, ANGELICA. A fecha: 30/11/2021 04:02 PM
SECRETARIA GENERAL TÉCNICA
Total folios: 3 (3 de 3) - Código Seguro de Verificación: MFOM02SF1F2F8D36310BBB214612
Verificable en https://sede.mitma.gob.es

MINISTERIO
DE TRANSPORTES, MOVILIDAD
Y AGENDA URBANA

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899 MINISTERIO DE TRANSPORTES, MOVILIDAD Y AGENDA URBANA

Código seguro de Verificación : GEN-c251-1d3d-eb54-8fa9-9ef4-0c68-6d23-da47 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN
Y FORMACIÓN PROFESIONAL

SUBSECRETARÍA

SECRETARIA GENERAL
TÉCNICA

O F I C I O

S/REF.

N/REF. N-106-21 RL

FECHA

ASUNTO

Informe de la Secretaría General Técnica.

DESTINATARIO

SRA. SECRETARIA GENERAL TÉCNICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD

En relación con el **Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud**, y a efectos de lo dispuesto en el artículo 26.5 párrafo 1 de la Ley 50/1997, de 26 de noviembre, del Gobierno, esta Secretaría General Técnica informa que, una vez consultados los órganos competentes del Departamento, no se formulan observaciones al texto del mencionado proyecto normativo.

EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO

Liborio López García

CORREO ELECTRÓNICO
sgt@educacion.gob.es

C/ Alcalá 34
28071 Madrid
TEL.: 917018411
FAX.: 917018629

CSV : GEN-c251-1d3d-eb54-8fa9-9ef4-0c68-6d23-da47
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : LIBORIO LÓPEZ GARCÍA | FECHA : 18/11/2021 14:31 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : PTF-b8be-0e86-5132-d056-3de4-f5e3-d183-9846 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
TÉCNICA

INFORME SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (Texto de 16.11.21)

1. Objeto y contenido.

1.1. Objeto.

El objeto del anteproyecto consiste en la modificación de tres de las normas legales más relevantes en el ámbito sanitario; acompañándose de otras medidas y reformas de rango reglamentario, con la finalidad de consolidar los principios de universalidad, equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

Constituye una de las reformas incluidas en el Componente 18 (Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud) del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Asimismo, con esta norma se avanza en el cumplimiento de las metas establecidas en los objetivos 3 y 10 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, es decir, garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades y reducir las desigualdades y que nadie se quede atrás.

1.2. Contenido.

El anteproyecto de ley se **estructura** en una exposición de motivos, cinco artículos, una disposición adicional, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y seis disposiciones finales.

En cuanto a su **contenido**, destacan los aspectos siguientes:

- Su **artículo 1** modifica la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, para añadir dos artículos (47 - Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud- y 90 bis - Régimen jurídico de los consorcios sanitarios-) que provienen de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, cuya derogación se incluye en el anteproyecto de ley de forma expresa.

  Con esta reforma se pretende facilitar el continuo fortalecimiento de las estructuras sanitarias públicas. En particular, en el nuevo artículo 47.3, se prevé que “la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios se llevará a cabo preferentemente mediante la fórmula de gestión directa de carácter público”

- El **artículo 2** modifica la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** (SNS), en relación con la ampliación del acceso universal al Sistema, la recuperación de la cartera común de servicios, el fortalecimiento de participación ciudadana y la especificación de mecanismos estructurales que faciliten

CORREO ELECTRONICO
sgt@mites.gob.es

Paseo de la Castellana, 63
28071 MADRID
TEL: 91 363 00 13
FAX: 91 363 02 40
Código DIR3: E04940304

CSV : PTF-b8be-0e86-5132-d056-3de4-f5e3-d183-9846
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CONSOLACION RODRIGUEZ ALBA | FECHA : 07/03/2022 18:43 | Sin accion específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : PTF-b8be-0e86-5132-d056-3de4-f5e3-d183-9846 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

una coordinación efectiva entre los ámbitos social y sanitario en todo el territorio nacional.

- El **artículo 3** modifica el **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,** para posibilitar la aplicación efectiva de la modificación realizada en la citada Ley 16/2003, de 28 de mayo, en relación con el derecho a la asistencia sanitaria de los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen, en sus desplazamientos temporales a nuestro país.

- El **artículo 4** modifica el **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**, para homogeneizar los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y de la ortoprotésica.

- El **artículo 5** modifica el **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**, para posibilitar el desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) y las reglas de compensación entre comunidades autónomas por el desplazamiento de los pacientes en el territorio nacional, con el consenso necesario.

- La **disposición adicional única** autoriza la **creación del consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud** (RedETS).

- Las dos **disposiciones transitorias** se refieren, respectivamente, a las cuantías a liquidar por los servicios de salud, derivadas de desplazamientos temporales del Fondo de Garantía Asistencial, mientras no se lleve a cabo el desarrollo reglamentario previsto, y, por otro lado, el régimen transitorio para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos hasta que no entre en vigor el reglamento previsto en el artículo 3 bis.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

- La **disposición derogatoria única**, establece la derogación expresa de las siguientes normas: Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud; artículos 8 bis, 8 ter y 8 quáter de la Ley 16/2003, que fue modificada por el 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; y la disposición final segunda del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio.

- Las **disposiciones finales** se refieren al título competencial (artículo 149.1. 1.ª y 16.ª de la Constitución Española); a la salvaguarda del rango normativo de las normas

CSV : PTF-b8be-0e86-5132-d056-3de4-f5e3-d183-9846
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CONSOLACION RODRIGUEZ ALBA | FECHA : 07/03/2022 18:43 | Sin accion específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : PTF-b8be-0e86-5132-d056-3de4-f5e3-d183-9846 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

reglamentarias que se modifican; a la habilitación de desarrollo normativo; a la actualización de las referencias que deban entenderse realizadas a la cartera común de servicios; al carácter excepcional del trasplante de órganos de donante fallecido; y, por último, a la fijación de la entrada en vigor.

2. Valoración y observaciones.

El anteproyecto de ley fue elevado a informe del Consejo de Ministros, en su reunión de 8 de noviembre de 2021, a los efectos previstos en el artículo 26.4 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

En dicho trámite, el Ministerio de Trabajo y Economía Social realizó una valoración positiva sobre la inclusión en el anteproyecto del principio de gestión preferente de la gestión pública directa de los servicios sanitarios, considerando, no obstante, que para garantizar que dicha fórmula de gestión sea efectiva, además de proyectarse hacia el futuro, debería desplegar sus efectos sobre las situaciones actuales, fomentando los procedimientos de reversión de los servicios en las administraciones públicas que apuesten por esta vía.

Se trata de favorecer y facilitar la implementación de los eventuales acuerdos de las distintas administraciones competentes dirigidos a la recuperación para la gestión pública directa de los servicios que hubieran sido objeto de concierto u otra forma de gestión privada.

Habida cuenta de la dificultad de afrontar esta cuestión en el anteproyecto de ley en la medida en que se requiere de la revisión de un importante conjunto normativo, por lo demás técnicamente complejo, **se reitera la propuesta de iniciar un proceso de elaboración de la normativa adecuada que facilite la reversión de la gestión de servicios de aquellas comunidades autónomas que los inicien, de modo que se eliminen barreras de índole contractual, económico o laboral que puedan dificultar los procesos de desprivatización**.

Así, las últimas sentencias del Tribunal Supremo, entre otras, la STS 95/2022, de 2 de febrero, llegan a la conclusión de que “cuando una Administración Pública se subroga, por transmisión de empresa, en un contrato de trabajo que tenía carácter fijo debe mantenerse esa condición. Es inadecuado aplicar en este caso la categoría de personal indefinido no fijo, so pena de desconocer las exigencias derivadas de la Directiva 2001/23/CE"; no obstante, se advierte que “la fijeza no está adquirida incondicionadamente en todo el ámbito de la empleadora”, poniendo de manifiesto la necesidad de abordar una regulación específica en aras de la seguridad jurídica.

Con este objetivo, se reitera la propuesta de incluir en el anteproyecto de ley la siguiente disposición final, que prevé un compromiso de revisión de la normativa, a fin de facilitar dichos procesos de reversión, con una redacción del siguiente o parecido tenor:

CSV : PTF-b8be-0e86-5132-d056-3de4-f5e3-d183-9846
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CONSOLACION RODRIGUEZ ALBA | FECHA : 07/03/2022 18:43 | Sin accion específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : PTF-b8be-0e86-5132-d056-3de4-f5e3-d183-9846 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

"Disposición final XX. Gestión pública directa de los servicios sanitarios

En el plazo de doce meses, el Gobierno promoverá las medidas legales oportunas para facilitar los procesos de reversión y recuperación de la gestión pública directa de los servicios sanitarios cuando sean acordados por las administraciones competentes".

3. Conclusión.

A la luz de lo anteriormente expuesto, esta Secretaría General Técnica emite el informe que le ha sido solicitado, en virtud del artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, en sentido favorable, sin perjuicio de la observación recogida en el apartado anterior.

Es cuanto cabe informar por parte de esta Secretaría General Técnica.

LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA

Consolación Rodríguez Alba.
FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE

CSV : PTF-b8be-0e86-5132-d056-3de4-f5e3-d183-9846
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CONSOLACION RODRIGUEZ ALBA | FECHA : 07/03/2022 18:43 | Sin accion específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

N/Ref.PN 109/2021.Informe 26.5. 1º)
SGDNIP/EMC

INFORME SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad ha remitido para informe el anteproyecto de ley referenciado, acompañado de su Memoria del Análisis de Impacto Normativo (MAIN).

A la vista del expediente y en virtud del artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, esta Secretaría General Técnica emite el siguiente informe:

1.- ANTECEDENTES Y OBJETO

1.1 Antecedentes

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que configuró nuestro Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS), lo definió como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas, integrando 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.

La universalidad, la equidad y la cohesión del SNS son los principios en los que se sustenta nuestro sistema sanitario público y, como tal, se recogen en las normas sanitarias más relevantes, como son la misma Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Por otra parte, la pandemia ha puesto de manifiesto algunas debilidades del SNS. Debilidades que se han convertido en retos a afrontar para el Gobierno, y cuyo análisis

Paseo de la Castellana, 160
28071 MADRID
TEL: 91349 46 36

Firmado el 01/12/2021 13:26:35 : NURIA GARCIA GONZALEZ, Secretaria General Tecnica de Secretaria General Tecnica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ha sido abordado en el Ministerio de Sanidad, así como en distintos ámbitos, como son el grupo de trabajo en materia de sanidad y salud pública de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social del Congreso de los Diputados, y por diversos grupos de expertos, sociedades científicas y el movimiento asociativo. Así, se han acumulado análisis, datos, conocimiento, y propuestas para mejorar la situación.

Por ello, el Gobierno de España ha incluido la renovación y ampliación de las capacidades del SNS en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en su componente 18. Éste, tal y como se especifica en el mencionado Plan, pretende corregir las debilidades estructurales detectadas y adaptar el sistema sanitario a los retos y desafíos identificados. Su objetivo es tener un modelo sanitario más robusto, flexible y resiliente. La consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad es una de las cinco reformas incluidas en dicho Plan.

Con esta norma se avanza en el cumplimiento de las metas establecidas en los objetivos 3 y 10 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, es decir, garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades y reducir las desigualdades y que nadie se quede atrás.

1.2 Objeto

El anteproyecto de ley tiene por objeto la modificación de las siguientes normas: Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; 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; 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; el 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; y el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, para posibilitar el desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA).

Asimismo, el anteproyecto de ley tiene por objeto la autorización de la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y

Firmado el 01/12/2021 13:26:35 : NURIA GARCIA GONZALEZ, Secretaria General Tecnica de Secretaria General Tecnica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, como entidad de derecho público con personalidad jurídica propia y diferenciada que mantiene, a su vez, la entidad propia de las organizaciones participantes, de carácter mayoritariamente autonómico.

2.- ESTRUCTURA Y CONTENIDO

2.1 Estructura

El anteproyecto de ley se estructura en una exposición de motivos, cinco artículos, una disposición adicional única, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria única y seis disposiciones finales.

2.2 Contenido

El artículo primero contempla la modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, para facilitar el continuo fortalecimiento de las estructuras sanitarias públicas.

En el artículo segundo se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

El artículo tercero modifica el 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, para que sea de aplicación efectiva la modificación realizada en el artículo 3.2.d) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y así, los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen tengan derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.

El artículo cuarto modifica el 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.

Firmado el 01/12/2021 13:26:35 : NURIA GARCIA GONZALEZ, Secretaria General Tecnica de Secretaria General Tecnica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

El artículo quinto modifica el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, para posibilitar el desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA).

En la disposición adicional única se autoriza la creación del consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS), para potenciar el desarrollo de sus actividades y posicionarla como un ejemplo de co-gobernanza en la evaluación de tecnologías y prestaciones sanitarias tanto en el ámbito nacional como internacional.

La disposición transitoria primera establece las cuantías a liquidar por los servicios de salud derivadas de desplazamientos temporales del Fondo de Garantía Asistencial, mientras no se lleve a cabo el desarrollo reglamentario previsto, siendo de aplicación los importes de las cuantías a liquidar en función de las modalidades de desplazamientos vigentes a la entrada en vigor de esta ley.

La disposición transitoria segunda contempla un régimen transitorio para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos hasta que no entre en vigor el reglamento previsto en el artículo 3 bis.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

La disposición derogatoria única, establece la derogación de cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en esta ley y la derogación expresa de: 1) la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud; 2) los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quáter de la Ley 16/2003, que fue modificada por el 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, como consecuencia de la modificación realizada en el artículo segundo que, entre otras, recupera la cartera común de servicios del SNS sin segmentaciones que puedan posibilitar la introducción de copagos sanitarios nuevos a la ciudadanía española; 3) la disposición final segunda del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, con objeto de que los criterios que se proponen desarrollar reglamentariamente para el acceso a la lista de espera de trasplante de órgano de donante fallecido sean aplicables a toda la población susceptible de beneficiarse.

Firmado el 01/12/2021 13:26:35 : NURIA GARCIA GONZALEZ, Secretaria General Tecnica de Secretaria General Tecnica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código: **11205084-762055486NVT8SYCTHPM** Autenticidad verificable en: https://serviciosmin.gob.es/arce
Documento electrónico, página 4 de 7.

La disposición final primera se refiere al título competencial.

La disposición final segunda salvaguarda el rango normativo de algunas de las normas que modifica la ley, con el fin de que sigan ostentando rango reglamentario.

La disposición final tercera se refiere a la habilitación normativa.

La disposición final cuarta se refiere a las referencias normativas hechas en otras normas al concepto de cartera común básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria o cartera común de servicios accesorios a los efectos de la prestación de la asistencia sanitaria, que se entenderán como cartera común de servicios, según se establece en la propuesta de modificación realizada en el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

La disposición final quinta, sobre el carácter excepcional del trasplante de órganos de donante fallecido, habilita el desarrollo reglamentario necesario para establecer criterios de acceso a la lista de espera de trasplante de órgano de donante fallecido y dispone que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.

Por último, la disposición final sexta determina el momento de entrada en vigor de la ley, que tendrá lugar el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

3.- VALORACIÓN Y OBSERVACIONES

3.1 Consultas internas

Se ha consultado sobre el presente anteproyecto de ley a la Secretaría de Estado de Comercio, a la Secretaría de Estado de Turismo y a la Secretaría General de Industria y de la Pequeña y Mediana Empresa, que no han formulado observaciones.

3.2 Valoración

Firmado el 01/12/2021 13:26:35 : NURIA GARCIA GONZALEZ, Secretaria General Tecnica de Secretaria General Tecnica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Esta Secretaría General Técnica no encuentra obstáculos de naturaleza jurídica que impidan la tramitación de este proyecto normativo, considerando que el mismo se ajusta a Derecho y se está tramitando de acuerdo con el procedimiento legalmente establecido.

No obstante, se formulan las siguientes observaciones al texto del anteproyecto de ley y a la correspondiente MAIN.

3.3 Observaciones

3.3.1 Al texto

- Como observación de carácter general se indica la necesidad de revisar tanto la inserción de espacios como el color del texto, que ha de ser negro.

  Asimismo, se sugiere que, al emplear lenguaje de género, se priorice el empleo de conjunciones frente al de signos ortográficos al hacer referencia, por ejemplo, a "*los/las pacientes*" o "*El/La cónyuge o el/la conviviente*". Así, podría resultar preferible hacer mención a "los o las pacientes" y "el o la cónyuge o el o la conviviente".

- En el tercer párrafo del apartado I de la exposición de motivos se afirma lo siguiente:

  "*La universalidad, la equidad y la cohesión del SNS son los principios en los que se sustenta nuestro sistema sanitario público y, como tal, se recogen en las normas sanitarias más relevantes como son: la misma Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. A lo largo de los años, los legisladores han mantenido su primacía en el ordenamiento*".

  Se sugiere la supresión del último inciso citado ("*A lo largo de los años, los legisladores han mantenido su primacía en el ordenamiento*"), por no entenderse exactamente su significado en el que parece que, quizás, se hace mención impropia al principio de primacía cuando en realidad parece que se quiere hacer referencia al principio de prevalencia del Derecho estatal sobre las normas autonómicas, definido en el art. 149.3 de la Constitución Española, conforme al cual, en caso de conflicto, las normas de los órganos centrales del Estado prevalecerán sobre las de las

Firmado el 01/12/2021 13:26:35 : NURIA GARCIA GONZALEZ, Secretaria General Tecnica de Secretaria General Tecnica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Comunidades Autónomas, en todo lo que no esté atribuido a la exclusiva competencia de éstas.

- En el apartado I de la exposición de motivos debe incluirse correctamente la cita corta (con fecha) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, en los párrafos referidos al análisis de la disposición transitoria segunda y de la disposición derogatoria única del anteproyecto de ley.

3.3.2 A la MAIN.

- Al hacer referencia a que el anteproyecto carece de impacto de carácter medioambiental debe hacerse mención, tanto en la ficha del resumen ejecutivo como en el apartado VI.8 de la MAIN, a que dicha valoración se refiere al impacto del anteproyecto por razón de cambio climático, valorado en términos de mitigación y adaptación al mismo, de acuerdo con lo establecido en la letra h) del artículo 26.3 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, introducida por la Ley 7/2021, de 20 de mayo, de cambio climático y transición energética.

- El apartado II.4 de la MAIN ha de pasar a denominarse “Adecuación a los principios de buena regulación”, en vez de “*Adecuación a los principios de buena gestión*”, ya que en dicho apartado se hace referencia a los principios de buena regulación contenidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA

Nuria García González

Firmado electrónicamente

SRA. SECRETARIA GENERAL TÉCNICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD

Firmado el 01/12/2021 13:26:35 : NURIA GARCIA GONZALEZ, Secretaria General Tecnica de Secretaria General Tecnica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

MINISTERIO
DE CONSUMO

SUBSECRETARÍA

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

O F I C I O

S/REF.

N/REF.

ASUNTO Informe art. 26.5, párrafo 1º de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno y del CCU.

DESTINATARIO SRA. SECRETARIA GENERAL TECNICA
MINISTERIO DE SANIDAD

En respuesta a la solicitud recibida, y de conformidad con lo establecido en el artículo 26.5, párrafo 1º de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, en relación con el texto del proyecto **"Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud"**, se comunica que, una vez consultados los centros directivos competentes de este departamento, **no se realizan observaciones.**

Así mismo, se adjunta el **informe del Consejo de Consumidores y Usuarios.**

Firmado electrónicamente por LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA,

María Ángeles Ezquerra Plasencia.

Alcalá, 27- 5ª planta
28071- MADRID
Tel.: 91/596.77.67
sgt@consumo.gob.es

CSV : GEN-afb1-affa-b5a2-b413-fdbe-16e5-f2d2-dfa7
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MARIA ANGELES EZQUERRA PLASENCIA | FECHA : 10/12/2021 14:00 | NOTAS : F
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-2d9a-ae01-ede1-ae56-4e58-853b-acbb-1504 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SUBSECRETARÍA

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

O F I C I O

N/REF: ID 74-21

ASUNTO: ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

DESTINATARIO: SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD.

Con relación al "*Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud*", y a los efectos establecidos en el artículo 26.5, primer párrafo, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, se indica que, una vez consultados al efecto los órganos superiores y directivos del departamento, no se efectúan observaciones.

LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA

Iria Álvarez Besteiro

CORREO ELECTRÓNICO
sgt@inclusion.gob,.es

PASEO DE LA CASTELLANA 63
28071 MADRID
TEL: 91 363.00.20
FAX: 91 363.02.57
Código DIR3: E04940302

CSV : GEN-2d9a-ae01-ede1-ae56-4e58-853b-acbb-1504
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : IRIA ALVAREZ BESTEIRO | FECHA : 26/11/2021 14:23 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-dade-665d-9ce8-5606-5979-80d1-3b1a-bf02 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES
Y AGENDA 2030

SUBSECRETARÍA

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

O F I C I O

S/REF.

N/REF. DG/DSA/67/21

DESTINATARIO **SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA**
MINISTERIO DE SANIDAD

De conformidad con lo establecido en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, en relación con el texto recibido relativo al anteproyecto de **Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud,** se comunica que, una vez consultados los centros directivos competentes de este Departamento, no se realizan observaciones.

Asimismo, se da traslado del informe del Consejo Nacional de la Discapacidad recabado por este Departamento.

EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO

Rubén Baz Vicente

Pº DEL PRADO, 18-20
28014 MADRID

CSV : GEN-dade-665d-9ce8-5606-5979-80d1-3b1a-bf02
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : RUBEN BAZ VICENTE | FECHA : 29/11/2021 12:50 | Resuelve

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEISER-28d6-61e0-24d1-474c-a339-d60e-07e0-0708 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracionespublicas.gob.es/valida

FIRMADO por : YAGO FERNANDEZ BADIA. A fecha : 02/12/2021 13:22:45
El documento consta de un total de 1 folios. Folio 1 de 1 - Código Seguro de Verificación: 1448403-23732620.Verificable en https://serviciosede.mineco.gob.es/csv/ según Orden Ministerial del 24/2/2011

FIRMADO

MINISTERIO
DE ASUNTOS ECONÓMICOS
Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL

SUBSECRETARÍA
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

117E-21

GEISER e2100121487

Se ha recibido en esta Secretaría General Técnica solicitud de informe, de acuerdo con el artículo 26.5, primer párrafo, de la Ley 50/1997, de 26 de noviembre, del Gobierno, 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 relación con dicha solicitud se informa que, una vez consultados los órganos superiores y directivos, este departamento valora favorablemente este anteproyecto de ley que es una de las reformas recogidas en el Plan de recuperación Transformación y Resiliencia, "C18.R3 - de consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad", y que contribuye al cumplimiento del hito 275 del *Council Implementing Decision* de 13 de julio de 2021 (CID).

Firmado electrónicamente por El Secretario General Técnico

Yago Fernández Badía

SRA. SECRETARIA GENERAL TÉCNICA. MINISTERIO DE SANIDAD.

Paseo de la Castellana, 162
28071 Madrid
Tel: 91 603 83 52
Fax: 91 603 70 89
sgt@economia.gob.es

ÁMBITO- PREFIJO	CSV	FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
GEISER	**GEISER-28d6-61e0-24d1-474c-a339-d60e-07e0-0708**	**02/12/2021 13:46:50 Horario peninsular**
Nº registro	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	Validez del documento
O00000480s2100101545	**https://sede.administracionespublicas.gob.es/valida**	**Copia Electrónica Auténtica**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada 25899

GEISER-28d6-61e0-24d1-474c-a339-d60e-07e0-0708

Código seguro de Verificación : GEN-28a8-5c16-5429-ca19-a6c6-d4dd-ce21-89e8 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

INFORME DE LA SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DEL MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN AL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Se ha recibido en esta Secretaría General Técnica, para informe, de conformidad con lo previsto en el artículo 26.5, primer párrafo, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

Examinado el texto del anteproyecto de Ley y su Memoria del Análisis de Impacto Normativo y consultadas las distintas unidades de este departamento con competencias en la materia, no se formulan observaciones.

Es cuanto cabe informar por parte de esta Secretaría General Técnica al Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

Firmado electrónicamente en Madrid por el Secretario General Técnico,
Ignacio Hermoso Contreras

Paseo de la Castellana, 162 – 20ª planta
28071- Madrid

CSV : GEN-28a8-5c16-5429-ca19-a6c6-d4dd-ce21-89e8
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : IGNACIO HERMOSO CONTRERAS | FECHA : 02/12/2021 14:42 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

MINISTERIO
DE HACIENDA
Y FUNCIÓN PÚBLICA

SUBSECRETARÍA

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

O F I C I O

S/REF:

N/REF: AD-M/174/2022

ASUNTO: REMISIÓN APROBACIÓN PREVIA

DESTINATARIO: **SRA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD**

Examinado el texto del anteproyecto de Ley **por la que se modifican diversas normas para consolidar la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud**, se envía escrito de la Sra. Secretaria de Estado de Función Pública, por delegación de la Ministra de Hacienda y Función Pública, en el que se señala que procede otorgar la aprobación previa, conforme a lo dispuesto en el artículo 26.5 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

Madrid, a 10 de Junio de 2022
LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA

Marta de Andrés Novo

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-59fc-8ca4-f74b-b8f6-5349-82d5-eeb5-14ce | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

MINISTERIO
DE HACIENDA
Y FUNCIÓN PÚBLICA

ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Examinado el anteproyecto de referencia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26.5 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, procede otorgar la aprobación previa.

LA MINISTRA DE HACIENDA Y FUNCIÓN PÚBLICA

P.D. LA SECRETARIA DE ESTADO DE FUNCIÓN PÚBLICA
(Orden HFP/1500/2021, de 29 de diciembre, B.O.E. del 31)

Lidia Sánchez Milán

CSV : GEN-59fc-8ca4-f74b-b8f6-5349-82d5-eeb5-14ce
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : LIDIA SANCHEZ MILAN | FECHA : 07/06/2022 15:43 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-2b3b-c813-e5e7-f3b7-aa84-71b9-99a6-84c4 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

MINISTERIO DE
POLITICA TERRITORIAL

SECRETARÍA DE ESTADO DE POLÍTICA TERRITORIAL

SECRETARÍA GENERAL DE COORDINACIÓN TERRITORIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE RÉGIMEN JURÍDICO AUTONÓMICO Y LOCAL

O F I C I O

S/REF. :

N/REF. :

FECHA:

ASUNTO:

DESTINATARIO:

Dª. MARÍA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
SECRETARIA GENERAL TÉCNICA
MINISTERIO DE POLÍTICA TERRITORIAL

Se adjunta informe, a efectos del artículo 26.5 de la Ley del Gobierno, relativo al **Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.**

EL DIRECTOR GENERAL,

Gonzalo Díaz Millán

CORREO ELECTRÓNICO
rjuridico.autonomico@correo.gob.es

SOR ANGELA DE LA CRUZ, 9
28071 MADRID
TEL.: 91 273 3909/32

CSV : GEN-2b3b-c813-e5e7-f3b7-aa84-71b9-99a6-84c4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : GONZALO DIAZ MILLAN | FECHA : 14/12/2021 10:43 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

MINISTERIO DE
POLÍTICA TERRITORIAL

SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍTICA TERRITORIAL

SECRETARÍA GENERAL DE COORDINACIÓN TERRITORIAL

DIRECCION GENERAL DE REGIMEN JURIDICO AUTONOMICO Y LOCAL

N/REF: CR

FECHA: 20.12.2021

ASUNTO: Msnd 172101

ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

El informe se emite con el fin de dar cumplimiento al trámite previsto en el artículo 26.5 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, tras la modificación operada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, conforme al cual, *"será necesario informe previo del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas* [Ministerio de Política Territorial] *cuando la norma pudiera afectar a la distribución de las competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas".*

I. ANTECEDENTES Y CONTENIDO DEL PROYECTO.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que configuró nuestro SNS, lo definió como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas, integrando 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.

Los objetivos generales que persigue el proyecto son establecer medidas que consoliden la equidad, la cohesión y la universalización en el Sistema Nacional de Salud, incorporando aquellas que minimicen las desigualdades en salud y que refuercen estructuralmente la cooperación entre las distintas estructuras y ámbitos para abordar de forma integral las necesidades en salud de la población ante los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos que se presentan.

CORREO ELECTRÓNICO
rjuridico.autonomico@correo.gob.es

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

El texto de este anteproyecto de ley (APL) se compone de cinco artículos que modifican distintas normas.

Así, el artículo primero contempla la modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad para facilitar el continuo fortalecimiento de las estructuras sanitarias públicas.

En el artículo segundo se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud con el fin de ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares que les acompañen y garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España.

El Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud fue un paso importante en esta dirección pero distintos colectivos del ámbito asociativo, implicadas en la defensa del acceso universal a la salud, han puesto de manifiesto, mediante distintos informes, situaciones que muestran falta de homogeneidad en la aplicación de este Real Decreto-ley, y que visualizan fisuras en el acceso universal al SNS.

En relación a la cartera común de servicios del SNS se pretende recuperar la cartera común de servicios del SNS, que es un instrumento esencial para la equidad de la ciudadanía en el acceso de las prestaciones sanitarias basadas en la mejor evidencia científica disponible como una única cartera cuya provisión estará cubierta de forma completa por financiación pública.

El artículo tercero modifica el 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 para que sea de aplicación efectiva la modificación relativa realizada en el artículo 3.2.d) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y así, los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen tengan derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.

El artículo cuarto que modifica el 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

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

de financiación en prestación ortoprotésica, donde, además se homogeneizan los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica. Todo ello, porque los colectivos exentos de la aportación farmacéutica han aumentado en los dos últimos años, bajo 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. En concreto son los establecidos en el artículo 102.8, apartados: f) personas beneficiarias del ingreso mínimo vital; g) personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%; h) 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; e i) pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros, del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

El artículo quinto pretende modificar Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, para posibilitar el desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA). Es un fondo extrapresupuestario que está destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de titulares de derecho en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales y tiene por objeto garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud. Hasta el momento, solo se ha aplicado la compensación de manera parcial, compensando la asistencia de atención primaria y la prestación farmacéutica dispensada mediante receta oficial en las oficinas de farmacia, sin considerar el tiempo del desplazamiento ni otros tipos de asistencia ni de prestación farmacéutica, como la dispensación de medicamentos en centros sanitarios.

Por tanto, la supresión del apartado 5 del artículo 3 pretende facilitar el consenso necesario para poder efectuar el desarrollo reglamentario que la aplicación de este fondo requiere.

La Disposición final primera recoge el Título competencial señalando que:

"*Esta ley se dicta al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.1ª y 149.1.16ª de la Constitución Española*".

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

II. ADECUACIÓN DEL PROYECTO AL ORDEN DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS.

a) Título competencial prevalente.

Respecto al catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, conviene recordar que el Tribunal Constitucional, en su STC 166/1996 (FJ 2), reiterando su doctrina anterior, recuerda que "e*l cuadro de las prestaciones exigibles a la Seguridad Social es de configuración legal",* y que, "*la Constitución no sólo atribuye al Estado una facultad, sino que le exige que preserve la existencia de un sistema normativo sanitario nacional con una regulación uniforme mínima y de vigencia en todo el territorio español, eso sí, sin perjuicio, bien de las normas que sobre la materia puedan dictar las Comunidades Autónomas en virtud de sus respectivas competencias (por todas, SSTC 61/1997, de 20 de marzo , FJ 7; 173/1998, de 23 de julio, FJ 9; 188/2001, de 29 de septiembre, FJ 12; 37/2002, de 14 de febrero, FJ 12; y 152/2003, de 17 de julio, FJ 3), dirigidas, en su caso, a una mejora en su ámbito territorial de ese mínimo común denominador establecido por el Estado, bien de las propias competencias de gestión o de financiación que sobre la materia tengan conforme a la Constitución y a los Estatutos. Y se lo exige cuando en el artículo 149.1.16 CE le atribuye las bases en materia de «sanidad», para asegurar -como se ha dicho- el establecimiento de un mínimo igualitario de vigencia y aplicación en todo el territorio nacional en orden al disfrute de las prestaciones sanitarias, que proporcione unos derechos comunes a todos los ciudadanos. Lo expuesto se concreta en el artículo 23 de la propia Ley 16/2003, que establece que todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias en ella reconocidas en condiciones de igualdad efectiva*" (STC 98/2007, FJ. 7).

De acuerdo con lo expuesto, el título prevalente sería, en el caso del APL, el del artículo 149.1.16ª CE que atribuye al Estado la "competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad".

Por lo que se refiere al acceso a los medicamentos que los pacientes necesitan y son prescritos por los médicos del sistema sanitario público, la STC 211/2014, FJ 3, establece que *"en tanto que los preceptos aquí impugnados afectan a la prescripción y dispensación de medicamentos, es decir, al contenido de una de las prestaciones (los medicamentos) proporcionadas por el Sistema Nacional de Salud, nuestro control de la constitucionalidad determina que el marco conceptual y competencial específico aplicable aquí sea el de la sanidad (art. 149.1.16 CE) y no el de la Seguridad Social (art. 149.1.17 CE). En efecto, como afirmamos en la STC 98/2004, de 25 de mayo, FJ*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899 Ministerio de Política Territorial

4, que enjuiciaba la Ley del Parlamento de Canarias sobre los precios de referencia en especialidades farmacéuticas, "el Sistema Nacional de Salud tiene por objeto y finalidad garantizar la protección de la salud de los ciudadanos, cometido que se instrumentaliza a través de un conjunto de servicios y prestaciones sanitarias de carácter preventivo, terapéutico, de diagnóstico, de rehabilitación, así como de promoción y mantenimiento de la salud. De este modo, proporciona a todos los ciudadanos una serie de prestaciones de atención sanitaria de índole diversa, como la atención primaria y especializada, las prestaciones complementarias (entre ellas, la prestación ortoprotésica y el transporte sanitario), los servicios de información y documentación sanitaria, y la 'prestación farmacéutica' (configurada tanto por los medicamentos como por los productos sanitarios necesarios para conservar o restablecer la salud de acuerdo con las concretas necesidades clínicas de los usuarios)", siendo esta última a la que los preceptos impugnados se refieren, al regular uno de los aspectos que garantizan el acceso a ella a través de la prescripción y dispensación del medicamento.

A pesar de la indiscutible vinculación entre la protección de la salud y el sistema público de Seguridad Social, "que dentro de su acción protectora incluye la asistencia sanitaria de sus beneficiarios en los casos de maternidad, enfermedad (común y profesional) y accidente (común y de trabajo), no cabe subsumir la materia aquí cuestionada en el título competencial relativo a ella (art. 149.1.17 CE)" (STC 98/2004, de 25 de mayo, FJ 5). Como acabamos de decir, los preceptos impugnados no se circunscriben a la asistencia sanitaria que es dispensada por el sistema de Seguridad Social a favor de los beneficiarios que se encuentran dentro de su campo de aplicación, sino, más ampliamente, al contenido de una prestación sanitaria (el medicamento) proporcionada por el Sistema Nacional de Salud con carácter universalista a todos los ciudadanos. En este sentido, se aprecia que la norma gallega "no afecta al régimen económico de la Seguridad Social, ni a sus recursos financieros, ni a la vigencia del principio de 'caja única' por el que se rige" (STC 98/2004, de 25 de mayo, FJ 5). Por tanto, y puesto que no se afecta de forma directa al régimen económico de la Seguridad Social, por las mismas razones recogidas en el citado fundamento jurídico 5 de la STC 98/2004, también en este caso debemos concluir que el ámbito material más estrechamente relacionado con la controversia constitucional es la sanidad".

De acuerdo con lo expuesto, el título prevalente sería en este caso el del artículo 149.1.16ª CE.

b) Análisis de las cuestiones competenciales más relevantes que suscita el proyecto.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899 Ministerio de Política Territorial

De las Leyes que el APL se propone modificar, han resultado conflictivas las siguientes:

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La STC 156/2016 desestimó el recurso interpuesto por el Consejo de Gobierno de Andalucía, se dirige contra la Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio, de la que se impugnan el apartado 5 del art. 1, que incorpora un nuevo apartado 5 a la disposición adicional octava de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA), y el apartado 3 de la disposición final primera, que añade una nueva disposición final decimosexta a la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, que habilita para regular reglamentariamente lo previsto en los arts. 107 a 110 de la propia Ley general de sanidad. Sostiene la demandante que este precepto supone la deslegalización de las reglas para la determinación del gasto farmacéutico establecidas en los arts. 107 a 110 LGS, de forma contraria a los principios de jerarquía normativa, seguridad jurídica e interdicción de la arbitrariedad de los poderes públicos que garantiza el art. 9.3 CE. El Tribunal rechaza esta impugnación, por estimar que la recurrente se limita a afirmar que se ha producido una deslegalización, pero sin aportar el marco de referencia preciso para enjuiciarla, que no es otro que el que previamente se haya establecido en una reserva de ley. Este recurso no incide en el presente APL.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Se declara en el Recurso 419/2013, su desestimación en relación a los arts. 3 bis, 8 ter y 8 quáter, en la redacción dada por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, por Sentencia 64/2017, de 25 de mayo.

Se declara en el Recurso 4123/2012, la inconstitucionalidad y nulidad del inciso indicado del art. 3.3, en la redacción dada por el art. 1.1 del Real Decreto-ley 16/2012, y la desestimación en todo lo demás, por Sentencia 139/2016, de 21 de julio (Ref. BOE-A-2016-7904).

En este recurso, la inconstitucionalidad que plantea la C.F. de Navarra se funda en que "*el art. 3.3 de la Ley 16/2003 Sistema Nacional de Salud, en la redacción dada por el art. 1.1 del Real Decreto-ley 16/2012*, *amplía el colectivo que puede acceder a la condición de asegurado, incluyendo a personas que, en principio tampoco tienen vínculo con el sistema de la Seguridad Social (personas que tengan la nacionalidad*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899 Ministerio de Política Territorial

española o de algún otro estado de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza, y a los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español) "siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente", restricción que estima contraria al art. 14 CE en relación con el art. 43 y a la propia reserva de ley que deriva del mismo art. 43.2 CE".

Este recurso podría incidir en el APL al constituir uno de sus objetivos la ampliación de la cartera común de servicios sanitarios.

En este sentido afirmó el TC en la STC 139/16 que "*La nueva regulación de la condición de asegurado del Sistema Nacional de Salud supone un cambio en la política de progresiva extensión de la asistencia sanitaria gratuita o bonificada, que se aprecia a partir de la creación del Sistema Nacional de Salud y de la gradual incorporación como titulares de las prestaciones de colectivos a los que no alcanzaba la condición de asegurado de la Seguridad Social".*

A continuación, el TC procede examinar las quejas relacionadas con la exclusión de determinados españoles de la asistencia sanitaria prestada con cargo a fondos públicos. Se centran en la exclusión de aquellos españoles que no ostentan la condición de asegurado o beneficiario, que, en la medida en que en algunas ocasiones se determina por remisión a una norma reglamentaria, se entiende también contraria a la reserva de ley del art. 43.2 CE.

El TC examina aquí los cambios en el régimen de asistencia sanitaria a los extranjeros empadronados, sin autorización de residencia en España y concluye que "*Del régimen aplicable se concluye que dentro del margen del legislador de establecer sus prioridades, la norma examinada no responde a una opción arbitraria, sino a la preservación de bienes o intereses constitucionalmente protegidos, como el mantenimiento del sistema sanitario público, sin desconocer las posibilidades del sistema en un momento de intensas complicaciones económicas, observándose, en la distinción entre extranjeros con autorización de residencia y los que carecen de ella, la debida proporcionalidad y dando cumplimiento a las obligaciones internacionales en la materia.*

Por ello, no es constitucionalmente reprochable que se contemple la asistencia a las embarazadas y la equiparación de los menores extranjeros en situación irregular con la de los menores españoles y lo mismo sucede en el caso de la asistencia en casos de enfermedad grave y accidente. Igualmente ha de advertirse que la norma no excluye el acceso a las prestaciones sanitarias en los restantes supuestos sino que, únicamente, toma el dato de la ausencia o no de residencia legal en España para exigir la

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899 Ministerio de Política Territorial

correspondiente contraprestación en los términos del ya citado Real Decreto 576/2013". (FJ. 10).

En su fallo, el TC declara inconstitucional y nulo el inciso "*siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente*" del art. 3.3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en la redacción dada al mismo por el art. 1.1 del Real Decreto-ley 16/2012.

c) Análisis de la participación autonómica en la elaboración del proyecto.

En la MAIN se señala que se ha recabado el informe de las comunidades autónomas y de las ciudades de Ceuta y de Melilla y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

III. ADECUACIÓN DEL PROYECTO A LA LEY 20/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE GARANTÍA DE LA UNIDAD DE MERCADO (LGUM).

En cuanto a la adecuación a la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de Garantía de la Unidad de Mercado, no se formulan observaciones a este respecto.

IV. VALORACIÓN Y OBSERVACIONES DE CARÁCTER COMPETENCIAL.

El Estado puede dictar el presente APL con base en el artículo 149.1.16ª CE que le atribuye la "competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad".

Ahora bien, al tratarse de una norma modificativa de otras anteriores que han citado su título competencial, que en su mayoría no coincide total o parcialmente con el recogido en el APL, se recomienda no hacer invocación del título competencial.

La no invocación se basa en la premisa de que el fundamento de la norma estatal no podrá ser diferente al de la disposición modificada, como sucede en el caso del APL. Así, a modo de ejemplo, el 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 se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.2ª de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de emigración).

Por ello se propone suprimir el último preámbulo de la Exposición de motivos así como el título competencial que figura en la Disposición final primera del APL, poniendo en su lugar:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899 Ministerio de Política Territorial

“Las normas objeto de modificación en los artículos primero a quinto de esta Ley se amparan en los títulos competenciales que en las mismas se expresan”.

Esta observación se llevará a la MAIN.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEISER-8c1f-1300-7d02-4ecc-aa8c-0b29-f726-45a7 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracionespublicas.gob.es/valida

MINISTERIO
DE JUSTICIA

SUBSECRETARÍA

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

VICESECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

O F I C I O

S/REF:

N/REF: 544/2021

FECHA: 18 de enero de 2022

ASUNTO: *Observaciones Mugeju*

DESTINATARIO: Sr. Secretaria General Técnica.

Ministerio de Sanidad

MINISTERIO DE JUSTICIA
SECRETARIA GENERAL TECNICA
18-01-2022

En relación con su petición de informe sobre el **Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud**, la Mutualidad General Judicial comunica que no tiene observaciones que realizar al respecto.

.

Firmado electrónicamente en Madrid por el Secretario General Técnico,
Jacobo Fernández Alvarez

www.mjusticia.es
vsgt@mjusticia.es

C/ SAN BERNARDO, 62
28071 – MADRID
TEL: 91 390 44 21
FAX: 91 390 44 49

Código Seguro de verificación:	PF:w32Q-bL5Z-RXNX-5koD	**Página**	1/1
FIRMADO POR	JACOBO FERNANDEZ ALVAREZ (SECRETARIO GENERAL TÉCNICO)	**Fecha**	18/01/2022
https://sede.mjusticia.gob.es/sedecsvbroker/FormularioVerificacion.action?CSV=PF:w32Q-bL5Z-RXNX-5koD			

ÁMBITO- PREFIJO	CSV	FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
GEISER	**GEISER-8c1f-1300-7d02-4ecc-aa8c-0b29-f726-45a7**	**19/01/2022 08:41:15 Horario peninsular**
Nº registro	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	Validez del documento
E03135502s22N0000018	**https://sede.administracionespublicas.gob.es/valida**	**Copia Electrónica Auténtica**

17 MAY. 2022 13:10:49 Entrada: 25899

GEISER-8c1f-1300-7d02-4ecc-aa8c-0b29-f726-45a7

MINISTERIO
DE SANIDAD

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE ATENCIÓN SANITARIA

Observaciones del Jefe de Área de Gestión de Responsabilidad Sanitaria del INGESA al *Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.*

Una vez analizado el texto se hacen las siguientes **observaciones:**

UNO.- En la Memoria del Análisis de Impacto Normativo (MAIN) del anteproyecto de ley:

1. En el apartado a.5) de las Causas de la propuesta (pág. 24) se propone la corrección de dos erratas:

a.5) En la disposición final quinta y en relación a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido, se pretende regular una necesidad que ha sido expresada reiteradamente por el Organismo Nacional de Trasplantes (ONT) [debería decir la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)] así como por los centros sanitarios y las coordinaciones autonómicas de trasplante [debería decir coordinaciones autonómicas de trasplantes] que es el disponer de criterios, objetivos y transparentes, de acceso establecidos en el SNS.

2. En el apartado b.2) en el punto 4 (pág. 31).

4. Respecto a la participación de los pacientes y la ciudadanía en el SNS (modificación del artículo 67):
Se remite, por no reiterar, a lo indicado en el apartado anterior de derecho a la participación en salud, añadiendo como antecedente que en octubre de 2019 se ha incluido en el Comité asesor para la prestación ortoprotésica del SNS (donde están representados las CCAA, INGESA [faltaría añadir a las mutualidades de funcionarios] y el Ministerio), (…)

3. En el b.4) (pág. 31):

En la disposición adicional única con la que se pretende autorizar la creación del consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, no se conocen antecedentes similares en el sistema sanitaria [debería decir sanitario] público en

DOS.- En el texto del anteproyecto de ley:

1. Pág. 2, último párrafo:

CORREO ELECTRÓNICO:
[Hacer click para escribir la dirección]

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ALCALÁ, 56
28071 MADRID
TEL.: 91 338 00 00
FAX: 91

(…) el recurso excepcional a otras fórmulas de gestión habrá de contar obligatoriamente con una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario [faltaría una coma] social y económico la necesidad de acudir a ellas.

2. Pág. 6, penúltimo párrafo:

(…) Todo ello, porque los colectivos exentos de la aportación farmacéutica han aumentado en los dos últimos años, bajo 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.***
Debería considerarse que otros profesionales del SNS, además de los médicos, tienen posibilidad de prescribir medicamentos, como los odontólogos o podólogos, o de "indicarlos" como serían los enfermeros.

3. Pág. 6, último párrafo. Se propone la siguiente adición:

El artículo quinto pretende modificar Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, para posibilitar el desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA). Es un fondo extrapresupuestario que está destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y [el INGESA en el caso de las] ciudades de Ceuta y Melilla (…)

4. En la adición del art. 90 bis a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (pág. 10) llama la atención que se emplee como tiempo verbal el presente, cuando lo habitual en textos normativos sería el futuro:

"Artículo 90.bis. Régimen jurídico de los consorcios sanitarios.
1. Los consorcios sanitarios cuyo objeto principal sea la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud están [¿estarán?] adscritos a la Administración sanitaria responsable de la gestión [faltaría "de"] estos servicios en su ámbito territorial de actuación y su régimen jurídico es [¿será?] el establecido en esta disposición y, subsidiariamente, en aquello no regulado en esta Ley, la normativa que regula con carácter general el resto de consorcios administrativos.
2. Los consorcios sanitarios están [¿estarán?] sujetos al régimen de presupuestación, contabilidad y control de la Administración sanitaria a la que estén adscritos, sin perjuicio de su sujeción a lo previsto en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. En todo caso, se llevará a cabo una auditoría de las cuentas anuales que será responsabilidad del órgano de control de la Administración sanitaria a la que este [esté] adscrito el consorcio.

5. En la modificación del art.3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (pág. 13), se propone el siguiente añadido:

4. Las comunidades autónomas y el INGESA, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo. En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en España menos de 90 días, acreditada esta duración temporal por un documento válido para las entidades gestoras de los

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

servicios de salud, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas o [de las ciudades autónomas de Ceuta o Melilla en el caso] del INGESA.

6. En la modificación del art.8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (pág. 13), se propone el siguiente cambio:

1.La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende (…) Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación [se propone cambiar el término ***experimentación*** *por el de* ***evidencia****] científica, mediante los que se* hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población. (…)
4. La cartera común de servicios está [¿estará?] financiada en su totalidad con cargo a los fondos públicos, salvo las singularidades establecidas en la normativa específica en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica [¿añadir la prestación de productos dietoterápicos?] y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte del usuario.
5. Para las prestaciones ortoprotésica, de productos dietoterápicos y de servicios accesorios se aprobarán, por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud [o al INGESA] por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final.

7. En la modificación del art.67 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (pág. 15), se propone corregir la siguiente errata:

2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, (…)
Sus funciones serán la [las] de informar, asesorar y formular propuestas (…)

8. En la modificación de la redacción del artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, (pag. 17) se propone la siguiente adición:

2. El Fondo de Garantía Asistencial estará destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y [el INGESA en el caso de las] ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común de servicios a las personas que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales.

Madrid, 24 de noviembre de 2021

Fdo. Justo Puente García

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-1eb6-2369-36dc-d517-b0fc-edda-e1c3-833a | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Consejo Interterritorial

COMITÉ CONSULTIVO

D. OCTAVIO RIVERA ATIENZA, JEFE DEL GABINETE TÉCNICO DE LA SUBSECRETARÍA DE SANIDAD,

C E R T I F I C A:

Que, en la sesión plenaria del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, celebrada el día 8 de marzo de 2022, figuró como Punto 2 º. a) del Orden del día el *"Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud."*

Que, en dicha sesión, cuyo Acta se encuentra pendiente de lectura y aprobación en próxima reunión plenaria, la Secretaria de Estado de Sanidad y Presidenta del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, sometió a la consideración del Pleno, exponiendo su contenido y objetivos, el **Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.**

Y para que conste, y a petición de la Secretaría General Técnica, se expide la presente certificación, en Madrid a fecha de la firma.

Vº. Bº
La Presidenta

Silvia Calzón Fernández

CSV : GEN-1eb6-2369-36dc-d517-b0fc-edda-e1c3-833a
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : OCTAVIO RIVERA ATIENZA | FECHA : 16/03/2022 19:05 | Sin acción específica
FIRMANTE(2) : SILVIA CALZON FERNANDEZ | FECHA : 17/03/2022 21:49 | Sin acción específica
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

BORRADOR

EXTRACTO DEL BORRADOR DEL ACTA NUMERO 48 DEL COMITÉ CONSULTIVO DEL SNS, CORRESPONDIENTE A LA REUNIÓN CELEBRADA EN MADRID, EL 8 DE MARZO DE 2022.

2. Proyectos normativos

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

La **Directora General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia** informa que este Anteproyecto da respuesta a los compromisos del programa de Gobierno de diciembre de 2019. Las medidas gozan de consenso político, están incluidas en el dictamen para la reconstrucción social y económica del Congreso de los Diputados y en componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno español. A continuación, informa sobre la situación actual de la tramitación, indicando que se están analizando las aportaciones recibidas en trámite de audiencia pública, siendo esta la razón por la cual no se han incorporado todavía. Por último, detalla el contenido y los objetivos.

La representante de **Castilla-La Mancha** felicita por las reformas establecidas en el Anteproyecto. Remarca que debería ahondarse en la definición de la atención sociosanitaria y el Catálogo de prestaciones. Traslada la dificultad de valorar el texto sin saber si se han incorporado las aportaciones realizadas.

El representante de **ANEA** comunica que están a la espera de sus propuestas.

La representante de la **CEOE** indica que es un texto complejo que afecta a normativa básica esencial de derecho sanitario. Realiza diversas consideraciones: le preocupa que la incorporación de los agentes sociales que prevé el Anteproyecto diluya la participación y dinámica de este Comité, la preferencia en la gestión directa pública, la modalidad de la

prestación del servicio de transporte sanitario, la fijación de un precio máximo en la cartera de servicios del sector ortoprotésico….

En relación a las reuniones bilaterales pide que se realice conjuntamente con CEOE y CEPYME.

Recuerda el compromiso político de creación de una comisión de análisis y evaluación del sistema nacional de salud tras dos años de pandemia.

El representante de **CEPYME** coincide con las apreciaciones de la CEOE de realizar reuniones conjuntas. Destaca la necesidad del equilibrio de la presencia de los interlocutores sociales y de una reflexión profunda sobre la reforma del sistema nacional de salud.

El **Vicepresidente** por las **OOSS** traslada, como cuestión previa, el compromiso del Gobierno de estudiar la situación de la sanidad pública en España, creando una comisión que elabore un

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Libro blanco. Asimismo, informa que están en contra de este Anteproyecto, al tratar puntos claves de la legislación vigente en el sistema nacional de salud, como la composición del Comité Consultivo, la trasposición de la Ley General de Sanidad y la Ley 15/1997, entendiendo que lo esencial es realizar un análisis del Sistema Nacional de Salud. Realiza una crítica al trabajo realizado por las autoridades sanitarias durante la pandemia.

El representante de **CCOO** coincide con algunas cuestiones planteadas por CEOE o UGT. Cree conveniente reforzar los elementos de participación en relación con la tramitación del mismo, teniendo en cuenta las aportaciones planteadas y volviendo a abordar este tema en una próxima reunión del Comité. No cree que la preferencia de la gestión directa de carácter público y la excepcionalidad de recurrir a otras formas de gestión vaya a suponer un obstáculo para la privatización de la sanidad pública; así como los consorcios sanitarios, cuyo sentido es fortalecer el sistema sanitario público y no sustituirlo. Incide en la universalidad del sistema sanitario y no comparten la nueva regulación por la que se aumentan los miembros del Comité Consultivo, al considerarlo menos operativo. Considera que se deben incluir medidas en materia de copago farmacéutico y ortoprotésico.

La Directora General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia traslada que celebrarán una reunión conjunta con CEPYME y CEOE. A continuación, cita textualmente el Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados en el cual se recoge que la constitución de una Comisión que estudie y analice la situación de la sanidad pública en España, elaborando un Libro Blanco se efectuará una vez superada la pandemia de la COVID 19, situación que, evidentemente todavía no ha ocurrido. En cuanto a las aportaciones realizadas indica que en los encuentros bilaterales se profundizarán y reflexionarán conjuntamente para avanzar en la reforma legislativa. Insiste que el Anteproyecto responde al l de los compromisos relativos a Sanidad del Programa de Gobierno y que satisface diversas propuestas de resolución del apartado de sanidad y salud pública del Dictamen para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados.

La **Presidenta** agradece el tono de las intervenciones de los participantes. Remarca la gran labor realizada tanto por los centros directivos como por los trabajadores y trabajadoras del Ministerio de Sanidad durante la gestión de la pandemia, como la campaña de vacunación o las recomendaciones de la Comisión de Reconstrucción, desarrollando parte de la Ley General de Salud Pública que establece mecanismos claves para el control de una crisis sanitaria, la creación de un centro estatal de gestión de salud pública y distintos proyectos, como la protonterapia.

El **Vicepresidente** por las **OOSS** responde que, aun entendiendo todo el trabajo técnico realizado, su valoración política no es positiva. Habla de déficit en la coordinación del sistema sanitario entre el gobierno central y el gobierno de las comunidades autónomas.

La representante de la **CEOE** agradece las palabras de la Presidenta, y empatiza con todos los actores intervinientes en la gestión de la pandemia, en un marco tan complejo de descentralización. Indica que la pandemia todavía no ha acabado, por ello solicita sosiego y reflexión sobre las modificaciones sustanciales en materia de derecho sanitario y del

BORRADOR

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ordenamiento jurídico del SNS, teniendo en cuenta las aportaciones realizadas por todos los actores sociales.

La **Presidenta** incide en la intensa actividad técnica, de gestión y normativa que se está llevando a cabo. Siendo esta actividad la que está permitiendo que se estén cumpliendo los compromisos alcanzados en el Dictamen para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados. Por último, comparte el ánimo de no sólo participar en el texto normativo, sino en todo el funcionamiento del sistema Nacional de Salud.

Finalmente, **el Comité Consultivo del SNS se da por informado del Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.**

BORRADOR

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-3b24-fc5c-b992-8f76-dc01-82db-1629-4afc | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

DOÑA SILVIA CALZÓN FERNÁNDEZ, SECRETARIA DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD,

C E R T I F I C A:

Que, en la sesión plenaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, celebrada el día 6 de abril de 2022, figuró, como punto 5.1 del Orden del Día tratado, el relativo al *"Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud"*.

Que, previamente, esta Secretaría había procedido al envío, a todas las personas integrantes del Consejo, de la documentación correspondiente al asunto referenciado.

Que, en dicha sesión, cuyo Acta se encuentra pendiente de lectura y aprobación en próxima reunión plenaria, la Presidenta sometió a la consideración del Pleno el mencionado Anteproyecto.

Que, finalmente, **el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se dio por informado del Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.**

Y para que conste, se expide la presente certificación a los efectos oportunos, en Madrid, a fecha de la firma.

Vº Bº
LA PRESIDENTA

Carolina Darias San Sebastián

CSV : GEN-3b24-fc5c-b992-8f76-dc01-82db-1629-4afc
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : SILVIA CALZON FERNANDEZ | FECHA : 19/04/2022 11:19 | Sin acción específica
FIRMANTE(2) : CAROLINA DARIAS SAN SEBASTIAN | FECHA : 19/04/2022 12:48 | Sin acción específica
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

FRANCISCO JAVIER REBOLLO MORAL, SECRETARIO DEL CONSEJO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

CERTIFICA

Que el Consejo Nacional de la Discapacidad (CND) ha sido informado del **anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud,** enviado por **el Ministerio de Sanidad**.

En virtud del artículo 2.d) del Real Decreto 1855/2009, de 4 de diciembre, por el que se regula el Consejo Nacional de la Discapacidad, se remite certificado en el Anexo adjunto, con las observaciones remitidas en plazo a esta Secretaría por sendas vocalías integrantes del CND y en el orden de llegada.

- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)
- Confederación Española de Familias de Personas Sordas FIAPAS (FIAPAS)
- Plataforma Represenattiva Estatal de Personas con Discapacidad Física (PREDIF)

Y para que conste, expido y firmo electrónicamente el presente certificado en Madrid.

CSV : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER REBOLLO MORAL | FECHA : 24/11/2021 17:00 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

ANEXO

OBSERVACIÓN 1: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)

Examinado el texto del Anteproyecto de Ley citado -que el CERMI saluda en términos generales como avance para la profundización en la cohesión, calidad e inclusividad del Sistema Nacional de Salud, así como en progresos específicos para las personas con discapacidad, como los que se recogen en la nueva regulación de la prestación ortoprotésica-, desde el movimiento social de la discapacidad se formulan las siguientes propuestas de mejora, que esperamos sean acogidas por el Departamento ministerial promotor de la Norma:

1ª Propuesta – Al numeral Uno del artículo primero del Anteproyecto

Se propone modificar la redacción del numeral Uno del artículo primero del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 47 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que quedaría así:
"Artículo 47. Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud.
(…)
2. 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, *incluidas las pertenecientes al tercer sector de acción social*, en los términos previstos en la presente Ley".

Justificación
La importancia del tercer sector de acción social como operador relevante en las esferas sanitaria y social, sector que cuenta con regulación sustantiva propia en el ámbito del Estado (Ley 43/2015, de 9 de octubre), hace aconsejable que figure expresamente citado en este precepto, para evitar su invisibilidad o dilución.

2ª Propuesta – Al numeral Uno del artículo segundo del Anteproyecto

Se propone modificar la redacción del numeral Uno del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así:
"Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.
(…)

CSV : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER REBOLLO MORAL | FECHA : 24/11/2021 17:00 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

2.
(..)
"2ª Las personas descendientes o las de su cónyuge o las de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquella y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al *33* ~~65~~ por ciento."

Justificación
Se propone rebajar del 65 al 33 por 100, el grado de discapacidad exigido, ya que en la legislación española la condición o situación legal de discapacidad está definida en el 33 por 100, por lo que si lo que se pretende es proteger a las personas con discapacidad, más vulnerables en términos de atención a la salud y sociales, no tiene sentido elevarlo el grado al 65 por 100, ya que se produciría una exclusión injustificada, que desampararía a un número significativo de personas con discapacidad.

3ª Propuesta – Al numeral Tres del artículo segundo del Anteproyecto

Se propone modificar la redacción del numeral Tres del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 3ter de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así:
"Tres. El artículo 3ter queda redactado de la siguiente forma:
"Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.
1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos:
- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.
- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.
- A las menores de dieciocho años.
- A las personas con discapacidad."
Justificación
Se plantea la incorporación al elenco de especial atención a las personas con discapacidad, como grupo poblacional más expuesto y en situación de mayor vulnerabilidad en relación con la salud, para las cuales la atención sanitaria es particularmente relevante.

CSV : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER REBOLLO MORAL | FECHA : 24/11/2021 17:00 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

4ª Propuesta – Al numeral Cuatro del artículo segundo del Anteproyecto de Ley

Se propone modificar la redacción del numeral Cuatro del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 8 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así:
"Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.
1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente, ambulatoriamente *o a distancia a través de las nuevas tecnologías de atención a la salud*, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población."

Justificación
Se sugiere incorporar la mención a la atención a la salud a través de medios tecnológicos no presenciales (telemedicina) como parte de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, ya que es elemento ineludible del presente y del futuro de los sistemas sanitarios.

5ª Propuesta – Al numeral Seis del artículo segundo del Anteproyecto

Se propone modificar la redacción del numeral Seis del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 14 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así:
"Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.
1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral.

CSV : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER REBOLLO MORAL | FECHA : 24/11/2021 17:00 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine y en cualquier caso comprenderá:
a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
b) La atención sanitaria a la convalecencia.
d) La prevención de la intensificación de los efectos de la enfermedad, la discapacidad o la dependencia, a fin de mantener o elevar el máximo nivel de autonomía personal del paciente.
e) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.
Justificación
Es preciso ampliar los contenidos de la prestación sociosanitaria en el ámbito del Sistema Nacional de Salud agregando expresamente la prevención de la intensificación de los efectos de la enfermedad, la discapacidad o la dependencia, todo ello con el propósito de mantener e incluso aumentar el mayor grado posible de autonomía personal del paciente.

6ª Propuesta – Al numeral Siete del artículo segundo del Anteproyecto

Se propone modificar la redacción del numeral Siete del artículo segundo del Anteproyecto de Ley, que modifica el artículo 67 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que quedaría así:
"Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.
1. La participación social en el Sistema Nacional de Salud se ejercerá a través de:
a) El Comité Consultivo.
b) El Foro Abierto de Salud.
c) El Foro Virtual.
2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes, *de la discapacidad* y ciudadanas más representativas en dicho nivel.
Sus funciones serán la de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, sobre:

CSV : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER REBOLLO MORAL | FECHA : 24/11/2021 17:00 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

1.º Los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico.
2.º Los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta.
3.º Las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario.
4.º Los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política del personal del Sistema Nacional de Salud.
5.º Cuantas otras materias le atribuya el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
El Comité Consultivo recibirá los anteproyectos de ley y los proyectos de disposiciones generales en materia sanitaria elaborados por la Administración General del Estado, así como los informes anuales sobre
el estado del Sistema Nacional de Salud, los análisis y estudios que se elaboren sobre las prestaciones a las cuales se refiere el capítulo I de esta ley y se remitan al Consejo Interterritorial; asimismo, por iniciativa propia o del Consejo Interterritorial, formulará propuestas de cuantas medidas estime oportunas acerca de la política sanitaria.
El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento
interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:
a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.
b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.
c) Seis representantes de la Administración local.
d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.
e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.
f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes, ***de la discapacidad*** y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal."

Justificación

Se plantea que en la composición del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud se cite expresamente a las organizaciones de la discapacidad, por el peso y magnitud que estas tienen en el ámbito de la salud y el social, que constituyen operadores de especial interés, con su presencia, para una mejor gobernanza del Sistema.

CSV : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER REBOLLO MORAL | FECHA : 24/11/2021 17:00 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

OBSERVACIÓN 2: Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS)

Artículo segundo. *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*

Se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, en los siguientes términos:

Uno. El artículo 3 queda redactado de la siguiente forma:

"Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.

(...)

2. Para hacer efectivo el derecho al que se refiere el párrafo primero del apartado 1 con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, las personas titulares de los citados derechos deberán encontrarse en alguno de los siguientes supuestos:

a) Tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español.

b) Tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

c) Ser persona extranjera y con 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.

d) Ser persona con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen.

A los efectos indicados, se entenderá que son familiares con derecho a asistencia sanitaria:

1.ª El/La cónyuge o el/la conviviente con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.

2.ª Las personas descendientes o las de su cónyuge o las de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquella y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al ~~65~~ 33 por ciento.

Justificación: Según lo previsto en el ordenamiento jurídico español, se reconoce la condición administrativa de persona con discapacidad a aquellas con un grado igual o superior al 33%. La exigencia del grado ≥65% excluye, injustificadamente, del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria a aquellas personas con un grado de discapacidad entre 33% y 64% quienes también se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad

Tres. El artículo 3ter queda redactado de la siguiente forma:

"Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.

1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos:

- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.

CSV : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER REBOLLO MORAL | FECHA : 24/11/2021 17:00 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.
- A las menores de dieciocho años.
- A las personas con discapacidad

Justificación: Consideramos esencial incorporara a las personas con discapacidad entre los supuestos de especial atención ya que una adecuada atención sanitaria y protección de la salud en el caso de las personas con discapacidad contribuye, en muchos casos, a la prevención de deficiencias e intensificación de discapacidades

Cuatro. El artículo 8 queda redactado de la siguiente forma:

"Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente o ambulatoriamente, presencialmente o a distancia a través de las nuevas tecnologías, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población.

Justificación: el avance de la tecnología nos ha traído nuevas fórmulas de atención sanitaria, como es la "telemedicina" o la atención a distancia a través de las nuevas tecnologías, por lo que consideramos esencial que en la reforma prevista se tenga en consideración esta nueva realidad.

2. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante Real Decreto.

3. La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en la persona y en el apoyo a la familia, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de diseño para todos y accesibilidad universal y equidad para toda la población cubierta y el derecho a la participación en salud.

Justificación: No se puede obviar el papel esencial de la familia tanto en el cuidado de sus familiares enfermos, hospitalizados, con discapacidad… como el impacto que la enfermedad, la hospitalización, la presencia de una discapacidad… tienen en la familia, lo que hace indispensable que se incluya a la familia en la atención sanitaria y en los cuidados de la salud.

Además, consideramos necesario incorporar de manera expresa referencia a los principios de diseño para todos y accesibilidad universal de manera que se garantice que todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, pueden ejercer su derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.

4. La cartera común de servicios está financiada en su totalidad con cargo a los fondos públicos, salvo las singularidades establecidas en la normativa específica en el caso de la

CSV : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER REBOLLO MORAL | FECHA : 24/11/2021 17:00 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte del usuario.

5. Para las prestaciones ortoprotésica, de productos dietoterápicos y de servicios accesorios se aprobarán, por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final, sin poder exigir aportación al usuario distinta a la prevista en el apartado anterior.

Justificación: en el caso de las prótesis auditivas y los componentes externos de los implantes auditivos, la práctica diaria nos muestra que, a pesar de no estar prevista la aportación del usuario en la normativa vigente, en muchos casos se está exigiendo al usuario una aportación económica, en ocasiones en torno a los 500 euros. En algunos casos, debido a que los productos incluidos en la Oferta no tienen las prestaciones suficientes que precisa la pérdida de audición del usuario. En otros, sin explicación alguna.

Seis. El artículo 14 queda redactado de la siguiente forma:

"Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral.

2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine y en cualquier caso comprenderá:

a) Los cuidados sanitarios de larga duración.

b) La atención sanitaria a la convalecencia.

c) la prevención de enfermedades y deficiencias e intensificación de enfermedades, discapacidades y situaciones de dependencia, con el fin de mantener o incrementar la máxima autonomía personal

c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

4. Esta coordinación será reforzada mediante la constitución de órganos de coordinación sociosanitaria en cada comunidad y ciudad autónoma que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de

CSV : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER REBOLLO MORAL | FECHA : 24/11/2021 17:00 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

dependencia, con discapacidad o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados."

Justificación: Para mantener e incluso incrementar el nivel de autonomía personal, se hace necesario incorporar referencia a la prevención de enfermedades y deficiencias y la prevención de su intensificación

Siete. El artículo 67 queda redactado de la siguiente forma:

"Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.

1. La participación social en el Sistema Nacional de Salud se ejercerá a través de:

a) El Comité Consultivo.

b) El Foro Abierto de Salud.

c) El Foro Virtual.

2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes, de la discapacidad y ciudadanas más representativas en dicho nivel.

(…)

El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:

a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.

b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.

c) Seis representantes de la Administración local.

d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.

e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.

f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes, de la discapacidad y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal.

Justificación: En virtud del principio de diálogo civil y en consideración de la relevancia que para las personas con discapacidad y sus familias tiene el derecho a la salud y a la atención sanitaria

CSV : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER REBOLLO MORAL | FECHA : 24/11/2021 17:00 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

OBSERVACIÓN 3: Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física (PREDIF)

En relación a la prestación de atención sociosanitaria, pedimos que se amplíen los contenidos de la misma y que se agregue, "expresamente", "la prevención de la intensificación de los efectos de la enfermedad, la discapacidad o la dependencia, a fin de mantener o elevar el máximo nivel de autonomía personal del paciente".

En relación al "Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud" solicitamos que las prestaciones ortoprotésicas, de productos dietoterápicos y de servicios accesorios garanticen en la mayor medida en que la técnica lo permita, la autonomía de las personas con discapacidad. Además, solicitamos que este catálogo sea revisado en períodos cortos de tiempo con el objetivo de actualizarlo a los constantes avances que se producen en el campo de las ayudas técnicas.

CSV : GEN-045a-3c79-1725-ee21-9669-82b7-0b0e-300b
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : FRANCISCO JAVIER REBOLLO MORAL | FECHA : 24/11/2021 17:00 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

En virtud del artículo treinta y nueve del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y otras leyes complementarias y el artículo 2, apartado a) del Real Decreto 487/2009, de 3 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 894/2005, de 22 de julio, por el que se regula el Consejo de Consumidores y Usuarios, en relación con el :

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

El Consejo de Consumidores y Usuarios presenta el siguiente informe:

PRIMERA. - De la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

Como refiere el propio Anteproyecto de Ley sujeto a valoración, la crisis sanitaria derivada del *SARS-CoV-2* ha mostrado que los sistemas sanitarios públicos son garantes de vida y constituyen uno de los mayores pilares del Estado de bienestar, poniendo en evidencia dicha circunstancia (más aún si cabe) las debilidades estructurales que desde hace años viene presentando el Sistema Nacional de Salud. La falta de recursos que afecta a centros, servicios y establecimientos sanitarios de gestión pública no solo es consecuencia inmediata de los recortes presupuestarios que han venido implementándose durante las últimas décadas, sino que, igualmente, responde a la apuesta por modelos privatizadores de gestión y prestación de servicios que derivan una importante parte de los escasos recursos hacia el sector privado a través de acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades de naturaleza privada.

Estos modelos, además de no haber demostrado mayor eficiencia que los de gestión y prestación pública directa, también profundizan en la inequidad, debilitando el derecho a la protección de la salud que consagra el artículo 43 de nuestra Carta Magna y poniendo en cuestión el mandato constitucional dirigido a todos los poderes públicos para la adecuada tutela de la salud pública. De ahí que, precisamente, entendamos de vital importancia la implementación de cambios normativos que contribuyan a la configuración y consolidación de un modelo sanitario efectivamente público, más robusto, resiliente y capaz de dar respuesta a los retos y necesidades que presentan todas las personas en nuestro país.

Pese a que la exposición de motivos de la norma sujeta a consulta refiere que la misma aspira a establecer "*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*", lo cierto es que la ambigüedad con que se aborda la redacción del artículo 47 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante, "*LGS*"), cuyos apartados primero y segundo aluden al recurso a fórmulas públicas de administración, gestión y prestación de servicios como mera posibilidad (empleando, incluso, el término "*podrá llevarse a cabo*"), entendemos puede interpretarse, y aplicarse en la práctica,

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

como argumento para continuar la senda privatizadora, siendo por tanto la cobertura legal que continúe otorgando carta de naturaleza a la externalización de los servicios sanitarios y sociosanitarios a través de fórmulas privatizadoras.

En base a lo anterior, El Consejo insta la revisión del contenido que pretende incorporarse al artículo 47 de la LGS**, eliminando el término preferente**, y dejando clara que la provisión será pública, a efectos de blindar la configuración y consolidación de un modelo sanitario efectivamente público, circunscribiendo la excepcionalidad en el recurso a otras fórmulas distintas de prestación exclusivamente a supuestos tasados, de forma temporal, justificada y motivada, por verse comprometido el derecho a la salud y el acceso a servicios y prestaciones sanitarias, en los casos en que pueda incurrirse en riesgo de desatención a los usuarios.

En el mismo sentido, apelamos a la revisión de la redacción vigente del artículo 90 de la LGS, por el que se establecen las condiciones de los conciertos para la prestación de servicios sanitarios, a efectos de circunscribir la prestación y gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios con personas o entidades de naturaleza privada a la concurrencia de los requisitos expresados en el párrafo que precede, y en la medida en que la actual regulación de los consorcios puede continuar configurándose en la práctica como elemento que permita seguir ahondando en la senda privatizadora experimentada durante las últimas décadas.

SEGUNDA. - De los titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria. Garantía de universalidad.

La exposición de motivos del Anteproyecto de Ley señala que el mismo persigue "*garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección de la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España*", a la vez que afirma que mediante el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, se reconoció "*que todas las personas no registradas ni autorizadas como residentes en nuestro país que se encuentran en España tienen derecho a la protección a la salud en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española*", y que ello supuso la recuperación del derecho a la protección de la salud por parte de este colectivo tras el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril (que restringía la asistencia sanitaria para este colectivo exclusivamente a la atención de urgencia).

Sin embargo, lo cierto es que el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, no ha sido capaz de revertir la situación de exclusión sanitaria a que dio lugar su predecesor, presentando importantes carencias (imprecisiones, lagunas técnicas u omisión de graves situaciones de exclusión) que han dado lugar a que numerosas personas en situación de vulnerabilidad se hayan visto privadas de atención sanitaria o soportado enormes dificultades para el acceso a la misma. Ello deriva, en esencia, del reconocimiento de la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en el vigente artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, a las personas con nacionalidad española y a las extranjeras, si bien condicionándolo en este último supuesto a la ostentación de "*residencia legal y habitual en el territorio español*" y al hecho de "*no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía*".

Más concretamente, lo previsto en el *ut supra* referido artículo 3 ha dado lugar a numerosas situaciones de exclusión, privando de atención sanitaria con cargo a fondos públicos a personas en situación irregular y aquellas otras que se hallan en situación de residencia temporal no lucrativa y por razón de reagrupación familiar el extranjero, toda vez que los artículos 46.e) y 54.1 del Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, exigen, para estas dos últimas situaciones, respectivamente, "*contar con un seguro público o un*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

seguro privado de enfermedad concertado con una Entidad aseguradora autorizada para operar en España" y de medios económicos suficientes para atender las necesidades de asistencia sanitaria de la familia en las cuantías mínimas que el mencionado artículo 54 estipula.

Pese a ello, la regulación que pretende materializarse a través de la modificación del artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo (específicamente, con sustento en lo previsto en su apartado segundo, epígrafe c)) condiciona nuevamente el acceso a la atención sanitaria de los extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio español al hecho de que dicha residencia sea "*legal*" y la persona en cuestión no tenga "*la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía*". A la vez, el artículo 3ter cuya incorporación se pretende en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, igualmente condiciona el acceso a la atención sanitaria por parte de personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España al cumplimiento del requisito de "*no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable*".

En relación con lo expuesto, no debe obviarse que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental recogido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales constituye una obligación vinculante para el Estado español, debiendo el mismo promover las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Esta obligación se extiende de forma particular a los colectivos más vulnerables, en aplicación de los principios de equidad y no discriminación, y tal y como se recoge en la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En un contexto de crisis de salud pública como el actual donde el vínculo entre la salud comunitaria y la individual es más evidente que nunca, la urgencia de hacer efectivo este derecho sin distinciones ni excepciones cobra, además, mayor relevancia si cabe, por lo que **instamos la supresión de las condiciones expresadas en los párrafos que preceden, contenidas en los artículos 3 y 3ter.2.a) (obligación de tener contratada la cobertura por otra vía - seguro privado)** del Anteproyecto de Ley sometido a consulta, a la vez que entendemos que ello necesariamente debe acompañarse de la **supresión de las mismas en la regulación contenida en el Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, para el acceso a la concesión de autorizaciones.**

TERCERA. - Sobre la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Como también señala la exposición de motivos de la norma sometida a valoración, la misma pretende materializar el restablecimiento de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud tras la división operada en su día por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, que la segregó en tres tipologías diferenciando la cartera básica, de la suplementaria y de la de servicios accesorios, vinculándolas en algunos de los casos al copago por parte del usuario para algunas de las prestaciones.

Pese a que el apartado primero del artículo 8 cuya modificación se procura, efectivamente, reunifica la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, lo cierto es que el Anteproyecto de Ley sujeto a consulta, además de **no ajustar las menciones que incorpora en dicho apartado a lo dispuesto en los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quater de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de igual modo no aborda cambio alguno en relación a la regulación que contienen los referidos preceptos en su redacción actual en coherencia con la previa división de la cartera común de servicios y sus distintas tipologías o modalidades de prestaciones.**

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Respecto a lo anterior, cabe señalar que, si bien el apartado cuarto del artículo 8 del Anteproyecto de Ley establece que todos los servicios serán financiados en su totalidad con cargo a los fondos públicos, ciertamente el mencionado precepto incorpora excepciones sujetas a aportación por parte del usuario que, de forma específica, circunscribe a prestaciones incluidas en la anterior cartera común suplementaria (más concretamente, la prestación farmacéutica y la ortoprotésica) y las de servicios accesorios. No obstante, la redacción del artículo 8.4 del Anteproyecto de Ley puede plantear dudas interpretativas con respecto al posible copago de determinados servicios (como los de transporte sanitario no urgente y productos dietéticos o dietoterápicos) que, pese a que no se mencionan en el apartado cuarto del artículo 8, se contemplan como prestaciones incluidas en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud sujetas a aportación del usuario en base a lo previsto en el artículo 8 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

En este sentido, El Consejo entiende proporcional y adecuado que **el transporte sanitario no urgente (sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas),** en coherencia con lo previsto en el artículo 8.4 del Anteproyecto de Ley, **se exima de aportación alguna por parte del usuario en atención a determinadas circunstancias tales como capacidad económica y/o residencia en el medio rural o pequeños municipios,** ya que lo contrario puede determinar que numerosas personas con capacidad económica reducida y residencia ubicada en entornos lejanos a centros, servicios o establecimientos sanitarios puedan verse privadas de atención adecuada, perjudicando particularmente a usuarios residentes en zonas rurales y personas con edad avanzada que carecen de autosuficiencia para el desplazamiento, y contraviniendo al principio de equidad que debe orientar a nuestro sistema sanitario público. **Análoga circunstancia concurre con respecto a las prestaciones con productos dietéticos,** cuya disponibilidad por parte del usuario en determinados supuestos puede configurarse como esencial para la prevención o el tratamiento de determinadas patologías o enfermedades.

En base a ello, interesamos **la modificación de los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quater de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, a efectos de adaptar el contenido de los mismos a lo previsto en el artículo 8 del Anteproyecto de Ley en consideración con las circunstancias expresadas.**

CUARTA. - De la prestación de atención bucodental especializada.

De otro lado, El Consejo considera imprescindible que se incluyan las prestaciones asociadas a la atención bucodental de forma completa en el catálogo de prestaciones de atención sanitaria especializada que incorpora el artículo 13 del Anteproyecto de Ley, debido a la importancia que dichas prestaciones presentan para la salud integral de las personas (tanto en materia de prevención, como de asistencia, diagnóstico y tratamiento), y en la medida en que actualmente tales prestaciones se configuran como servicios eminentemente privados en relación a los cuales en los últimos años, además, han proliferado negocios especulativos basados en un rápido crecimiento, sin garantías adecuadas y asociados a supuestos de mala gestión o directamente relacionados con casos de fraude intencionado contra los consumidores que ponen en serio riesgo la adecuada protección de la salud de los mismos.

Necesariamente, ello también exige la revisión y actualización de los servicios comunes contemplados en la cartera del Sistema Nacional de Salud, sometidos al desarrollo reglamentario operado por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, con objeto

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

de garantizar la atención bucodental integral y continuada de la población una vez superadas las posibilidades de la atención primaria.

QUINTA. - De la rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener y devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible.

Por su parte, la exposición de motivos del Anteproyecto de Ley sujeto a consulta refiere la modificación de los artículos 13 y 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, a efectos de configurar la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable como aquella encaminada a "*facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual*", pretendiendo materializarlo con la redacción que el Anteproyecto de Ley incorpora en sus artículos 13.2.h) y 14.2.c).

Pese a que la nueva redacción de que pretende dotarse a los preceptos referidos entendemos puede traducirse en la práctica en un tratamiento con mayor grado de integridad con respecto al déficit funcional recuperable que pudieran padecer numerosos pacientes, al contener alusiones expresas al mantenimiento del mayor grado de capacidad funcional e independencia (y frente a las limitaciones que presenta la redacción vigente, que genéricamente alude a la "*rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable*"), del mismo modo consideramos que dicha atención puede verse condicionada por las referencias a la reintegración que los citados artículos incorporan, pudiendo interpretarse que dicha rehabilitación, exclusivamente, alcanza hasta la reintegración inicial del paciente en su medio habitual tras la concurrencia de las circunstancias que han dado lugar al déficit funcional recuperable al que se ha hecho alusión.

En base a lo anterior y, con objeto de garantizar la continuidad asistencial de calidad que tales pacientes presentan, **interesamos la revisión de los artículos 13.2.h) y 14.2.c) del Anteproyecto de Ley para adaptarlos a la redacción que seguidamente se relaciona: "*La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, devolver y mantener el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener su máxima autonomía e integración continuada en su medio habitual*".**

SEXTA. - Respecto de la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

Pese a que la exposición de motivos de la norma sometida a valoración reconoce que en la participación ciudadana la contribución para la mejora de la salud de las personas, la reducción de las desigualdades sociales, el enriquecimiento del contenido de las políticas públicas y la legitimación de la toma de decisiones en el proceso de elaboración de políticas sanitarias, lo cierto es que la redacción del artículo 67 cuya incorporación se pretende en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, presenta importantes carencias que pueden poner seriamente en cuestión la necesaria y adecuada participación a la que se aspira.

Tal es así que, aunque el citado precepto (en su apartado primero) configura tres órganos distintos (el Comité Consultivo, el Foro Abierto de Salud y el Foro Virtual) para la participación social (uno de ellos con vocación de permanencia), lo cierto es que **apenas aborda el desarrollo de dos de los órganos que contempla y parca respecto del Comité Consultivo.**

Más concretamente y, en lo que se refiere al Foro Virtual, el artículo referido se limita a señalar en su cuarto apartado que el mismo "*se mantendrá a través de la red informática*",

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

obviando la asignación y regulación de función, composición, funcionamiento y convocatoria alguna que efectivamente asegure una adecuada participación social, y otorgando, por ende, un amplio margen de discrecionalidad para su articulación (estrechamente vinculada a la voluntad o el grado de compromiso político con la participación que concurra en un determinado momento). Análogas circunstancias concurren con respecto al Foro Abierto de Salud ya que, si bien el mismo se destina al estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud, exclusivamente se contempla la posibilidad de convocatoria por parte de la persona titular del Ministerio de Sanidad, pudiendo igualmente entenderse que la participación se condiciona a la determinación que en cada momento considere la persona titular del mencionado Ministerio en función de la materia cuyo tratamiento corresponda.

En relación a lo anterior, El Consejo considera proporcional y adecuado que la norma aborde una regulación lo suficientemente ambiciosa con respecto a los citados órganos que asegure la convocatoria, funcionamiento y participación social plural en los mismos, por lo que instamos el desarrollo de los apartados 3 y 4 del artículo 67 del Anteproyecto de Ley a efectos de hacerlo efectivo.

De otro lado y, en lo que concierne a la composición del Comité Consultivo, apelamos a la **revisión del artículo 67.2 del Anteproyecto de Ley con objeto de garantizar la participación permanente de las asociaciones de consumidores y usuarios más representativas de ámbito estatal en el citado órgano, interesando que, de entre los ocho miembros representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas, al menos, se asegure la participación en la norma de dos representantes de las asociaciones de consumidores y usuarios más representativas designados por el Consejo de Consumidores y usuarios.**

Adicionalmente, **instamos la incorporación en el precepto que nos ocupa de previsiones que mandaten a las comunidades autónomas a que, en el ámbito de las respectivas competencias que ostentan, integren la participación social en sus sistemas sanitarios públicos, en garantía del derecho de participación consagrado en la CE.**

Madrid, 29 de noviembre de 2021

La Secretaria del Consejo de Consumidores y Usuarios certifica que este informe ha sido aprobado por dicho Órgano de representación y consulta.

Dolores Flores Cerdán
Secretaria del Consejo de
Consumidores y Usuarios

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

NOTA SOBRE PROYECTO DE LEY DEL SNS (VERSION NOV´21)

El proyecto de Ley fue informado el pasado mes de septiembre y octubre

Respecto al nuevo texto recibido, se formulan las siguientes observaciones:

1. **El artículo primero** de la Ley pretende modificar la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En su apartado uno se procede a la adición del artículo 47 relativo a la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

   Este artículo se incorpora en esta segunda versión del proyecto normativo, en la anterior versión la finalidad del mismo se vehiculaba a través de la modificación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud que en esta ocasión se deroga íntegramente con el segundo párrafo de la disposición derogatoria única.

   El nuevo artículo 47 aun cuando su título se refiere únicamente a centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud, su apartado 3 se refiere a la gestión de la prestación de asistencia sanitaria en el ámbito del SNS, por lo que su contenido puede afectar a la gestión de la Mutualidad. Por ello, se ha informado desde la Mutualidad en anteriores ocasiones que este apartado 3 pretende reducir los supuestos como el nuestro de concertación con privado, aunque sin prohibirlo, por ello a MUFACE le parece conveniente y adecuado que la norma hiciese una referencia expresa a nuestro modelo, por ello habíamos propuesto que se añadiese un nuevo apartado 4 con el siguiente texto:

   Lo dispuesto en el apartado anterior de este artículo no modifica el régimen de gestión de la asistencia sanitaria de las Mutualidades administrativas, que mantendrán su régimen jurídico específico.

   Hemos visto que finalmente se ha tenido en cuenta la aportacion de MUFACE en la exposicion de motivos que recoge de manera textual “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”

2. **Artículo segundo**

Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del SNS.

Se modifica el artículo 3 apartado 4 en lo relativo al régimen de 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, que mantendrán su régimen jurídico específico.

En la nueva versión del apartado 4 de este se indica *“A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a*

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

través del sistema sanitario público serán adscritas a los servicios de salud de las comunidades autónomas o al INGESA, según corresponda, que les facilitarán, conforme a las normas legales y de procedimiento que rijan en el ámbito de dichos servicios, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se financiará conforme a lo previsto en el artículo 10, ***con la singularidad en la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficinas de farmacia que se recoge en su normativa específica****.*

Esta redacción que hace referencia a la singularidad en la prestación farmacéutica nos parece una expresión vaga y poco precisa. Muface considera que la redacción más acertada es la que ya tenía el artículo previamente, "**con *la única salvedad de la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficina de farmacia"***

Conforme a la exposición de motivos del propio proyecto de ley la modificación a introducir en los artículos 13 y 14 de la Ley de Cohesión 16/2003, responde al objetivo de clarificar el concepto de **déficit funcional recuperable**, en orden a evitar posibles interpretaciones en el término "recuperable" que pudieran producir situaciones en su aplicación que no abordaran la globalidad de lo que comprenden.

No obstante lo indicado en la exposición de motivos, tanto en el apartado h) del artículo 13 como en el 2.c) del artículo 14 se elimina de la redacción el término recuperable y se sustituye por su definición, pudiendo dar lugar a distintas interpretaciones, que es precisamente lo que se pretende evitar. Por tanto, proponemos que a la redacción propuesta se le siga incluyendo el término "recuperable" junto con la definición, de manera que ambos artículos se redacten del siguiente modo:

"La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual"

Madrid, 17 de noviembre de 2021

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

MINISTERIO
DE DEFENSA

USO OFICIAL

SUBSECRETARÍA DE DEFENSA
ISFAS

GERENCIA

FIRMA ELECTRÓNICA MINISDEF-EC-WPG-PKI:
SECRETARIO GENERAL GERENTE DEL ISFAS
Jose Luis Modrego Navarro
FECHA DE LA FIRMA: 24/11/2021

MINISDEF-SEGENTE		ISFAS	
	FECHA DE REGISTRO (CET):		FECHA DE REGISTRO (CET):
ENTRADA	24/11/2021 13:55:04	SALIDA	24/11/2021 13:43:20
D-OC-SB-420000-E-21-033535		D-OC-SB-ISFAS-S-21-000550	

O F I C I O

S/REF.	421-AJ 21/0375 [...]S-21-020129 de 22/11/2021
N/REF.	ASEJUR JMC
FECHA	24/11/2021
ASUNTO	Re: ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAD LA EQUIDAD UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
DESTINATARIO	SECRETARIO GENERAL TÉCNICO

Examinado el anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidad la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, este Instituto, en el ámbito de sus competencias, no formula observaciones al contenido del mismo.

EL SECRETARIO GENERAL GERENTE DEL ISFAS

- Jose Luis Modrego Navarro -

Los datos de carácter personal que puedan aparecer en este escrito o sus anexos deberán ser tratados conforme a lo establecido en la legislación vigente en materia de Protección de Datos, debiendo ser empleados únicamente para la finalidad con que fueron comunicados y mantenidos durante no más tiempo del necesario para los fines del tratamiento.

CÓDIGO SEGURO DE VERIFICACIÓN: No disponible <USO OFICIAL>
URL de verificación: http://sede.defensa.gob.es
(documentos clasificados o de uso oficial no pueden verificarse)

CORREO ELECTRÓNICO:
sggisfas@mde.es

USO OFICIAL

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

C/ Huesca 31 1ª Planta
28020 MADRID
TEL: 915677569
FAX:

MINISTERIO DE SANIDAD

RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

O F I C I O

S/REF.:

N/REF.

FECHA: Madrid, a 24 de noviembre de 2021

ASUNTO: Informe de la Red Española de Agencias de Evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del SNS al Anteproyecto de Ley de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

DESTINATARIO: Gabinete de la Secretaría de Estado

En relación con el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, y a efectos de lo dispuesto en el artículo 26.5 párrafo 1 de la Ley 50/1997, de 26 de noviembre, del Gobierno, desde la Secretaría Técnica de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (en adelante RedETS) y una vez consultadas las agencias y unidades que forman parte de la misma, se formulan las siguientes observaciones al texto del mencionado proyecto normativo:

1.-En relación con la introducción a la Disposición Adicional Única se propone modificar la denominación de uno de los integrantes de la Red RedETS y sustituir Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) por AETSA_Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Justificación: Se nos ha comunicado que ha habido un cambio de denominación de este organismo en el seno de la estructura autonómica.

2.-En relación con la Disposición Adicional Única se propone la inclusión de la redacción marcada en color verde:

Disposición adicional única. Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

1. *Se autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas y sus entidades instrumentales y el Ministerio de Sanidad, a través del órgano competente de su coordinación*.

Justificación: Se propone incorporar en la redacción la figura de entidades instrumentales de las comunidades autónomas para que queden contemplados los diferentes modelos estructurales y orgánicos de las unidades y agencias que componen la RedETS.

LA SECRETARÍA TÉCNICA de la RedETS,

Celia Juárez Rojo

JUAREZ ROJO CELIA - 07534414M

Firmado digitalmente por JUAREZ ROJO CELIA - 07534414M
Fecha: 2021.11.24 15:56:17 +01'00'

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

INFORME UTILIZACIÓN DE MEDIOS Y SERVICIOS TIC

ANTEPROYECTO DE LEY DE MEDIDAS PARA LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

OBJETO

El objeto de este anteproyecto de ley es desarrollar medidas para la consolidación de los principios de universalidad, equidad y cohesión del SNS.

ANÁLISIS DE NECESIDADES TIC

Atendiendo al contenido de la norma se han identificado las siguientes necesidades funcionales a las que se deberá dar soporte por medios tecnológicos:

- ART 4: […] ampliación de la cobertura universal a ciertos colectivos.
- ART 4: […] se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados.

FACTIBILIDAD TECNOLÓGICA

Las necesidades funcionales a las que se deberá dar soporte por medios tecnológicos en relación con la ampliación de la cobertura universal a ciertos colectivos, puede ser cubiertas por el Sistema de Información de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), suponiendo que estas personas serán incluidas en la Base de Datos de Aseguramiento Sanitario (BADAS) por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) como el resto de personas protegidas.

En cuanto a la prestación de la atención sociosanitaria, atendiendo al alcance del sistema de información que se menciona, el análisis de necesidades TIC varía sustancialmente.

Si la compartición de información entre ambas áreas se realizara en la forma de un documento conjunto de situación sociosanitaria, las necesidades TIC detectadas **solo serían factibles de asumir** desde los sistemas de información ya implementados en la actualidad en el área sanitaria, como la Historia clínica digital interoperable, si existiera en cada CCAA una historia socio sanitaria previa, diferente a la historia clínica individual, de la que pudiera extraerse el Conjunto Mínimo de Datos necesario; en la actualidad **no todas las CCAA disponen de ella**.

Si, por el contrario, el planteamiento es que profesionales de servicios sociales puedan acceder a información clínica y profesionales sanitarios a información social, y analizando únicamente la viabilidad tecnológica, sin tener en cuenta consideraciones legales o competenciales, como los aspectos de tratamiento de datos sanitarios por parte de personal no sanitarios, ello supondría establecer mecanismos de

Código seguro de Verificación : GEN-f41e-c5a1-63ca-8f36-de5f-2fa7-b0ab-28ae | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

CSV : GEN-f41e-c5a1-63ca-8f36-de5f-2fa7-b0ab-28ae
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : NOEMI CIVICOS VILLA | FECHA : 03/12/2021 13:51 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-f41e-c5a1-63ca-8f36-de5f-2fa7-b0ab-28ae | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

interoperabilidad y de compartición de información entre las plataformas tecnológicas de ambas áreas, que son responsabilidad de las respectivas consejerías de Salud y de Servicios Sociales autonómicos, por lo tanto, ésta dependerá del estado de las mismas y de los recursos de lo que se disponga para ello en dichos ámbitos.

POSIBLES ELEMENTOS DE MEJORA

Se sugiere la sustitución de la siguiente frase del articulado. "*Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados*", por la siguiente:" *Asimismo, se analizará la viabilidad de disponer en las Comunidades Autónomas e INGESA de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados.",* dado que los condicionantes mencionados en el apartado anterior comprometen su factibilidad tecnológica inmediata.

En el mismo artículo 4, se indica que *"…del mismo modo, el Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, podrán tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras, servicios comunes y órganos de las administraciones públicas competentes en materia sanitaria que resulten imprescindibles para verificar la concurrencia del reconocimiento y control del citado derecho. La mencionada cesión de estos datos no precisará del consentimiento del interesado*."

En línea con el Reglamento UE 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales, sería necesario indicar la base jurídica que habilita para el tratamiento de estos datos sin consentimiento del afectado, o bien que el tratamiento se efectúa para el cumplimiento de una misión de interés público, conforme a los artículos 6.1.e y 9.2.i del reglamento.

ANÁLISIS PRELIMINAR DE COSTES

En base al análisis de alcance preliminar que se puede realizar del texto, se estima que la ampliación de la cobertura universal a ciertos colectivos, puede ser cubiertas por el Sistema de Información de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), con costes asumibles en el mantenimiento actual del sistema.

En cuanto a la prestación de la atención sociosanitaria, si la compartición de información se realizara a través de un documento conjunto de situación sociosanitaria, y teniendo en cuenta los condicionantes necesarios para su factibilidad, se estima un coste de 50.000 euros para su puesta en marcha.

No se analizan los costes de la opción del establecimiento de interoperabilidad entre los sistemas de información de las áreas sanitarias y sociales de las Consejerías de las CCAA por exceder del ámbito competencial del Ministerio de Sanidad.

CSV : GEN-f41e-c5a1-63ca-8f36-de5f-2fa7-b0ab-28ae
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : NOEMI CIVICOS VILLA | FECHA : 03/12/2021 13:51 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

ANÁLISIS DE PLAZOS Y RENTABILIZACIÓN DE LA INVERSIÓN TIC

Dado el carácter excepcional de la norma esta Comisión no puede cuantificar la rentabilización de la inversión y el retorno económico directo que supondría.

El establecimiento del nuevo documento conjunto de situación sociosanitaria necesita un plazo de un año para su puesta en marcha, a partir de la definición del mismo (estimando un plazo de seis meses para la tramitación del correspondiente expediente de contratación).

En Madrid, a fecha de la firma,

DIRECTORA GENERAL DE SALUD DIGITAL Y
SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL SNS

NOEMÍ CÍVICOS VILLA

(Firmado electrónicamente)

Código seguro de Verificación : GEN-f41e-c5a1-63ca-8f36-de5f-2fa7-b0ab-28ae | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

CSV : GEN-f41e-c5a1-63ca-8f36-de5f-2fa7-b0ab-28ae
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : NOEMI CIVICOS VILLA | FECHA : 03/12/2021 13:51 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-107b-f7a4-91a5-bd87-8ef9-afbb-46fb-eff1 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

ACTA DEL DÍA 03-12-2021
DE LA SESIÓN PERMANENTE DE LA COMISIÓN MINISTERIAL DE ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD

ASISTENTES:

D. Enrique Quintanilla Cabañero
Subdirector General de Infraestructura Tecnológica Sanitaria

D. Jose María Vinagre Bachiller
Representante del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

D. Pablo Miguel Delgado Marcos
Representante de la Organización Nacional de Trasplantes

D. José Manuel Simarro Escribano
Representante de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

En Madrid, a las 8:30 horas del día 3 de diciembre de 2021, se reúnen de forma remota en el espacio de eRoom de la CP-CMAD, los miembros reseñados en el margen, con el fin de celebrar Sesión Permanente de la Comisión Ministerial de Administración Electrónica, convocada por la Secretaría de ésta, con arreglo al siguiente Orden del Día:

1. Aprobación de los siguientes informes:
   - DG 67/21 Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistemas Nacional de Salud.
   - DG 49/20 Proyecto de Orden Ministerial por el que se regulan determinados aspectos de la autorización de los medicamentos alérgenos de producción industrial y de los graneles de alérgenos de uso humano y veterinario.

PRIMERO.

Revisados los informes de utilización de medios y servicios TIC relacionados en el Orden del Día, se acuerda informar favorablemente.

Se aprueba el Acta de la Comisión celebrada en el día de la fecha.

Y sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión a las 13:00 horas.

DIRECTORA GENERAL DE SALUD DIGITAL Y
SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL SNS

Noemí Cívicos Villa
(Firmado electrónicamente)

CSV : GEN-107b-f7a4-91a5-bd87-8ef9-afbb-46fb-eff1
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : NOEMI CIVICOS VILLA | FECHA : 03/12/2021 13:51 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código seguro de Verificación : GEN-5702-c4dc-4a41-9150-85b3-6260-4a13-963c | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DE MIGRACIONES

DIRECCIÓN GENERAL DE MIGRACIONES

CONSEJO GENERAL DE LA CIUDADANÍA ESPAÑOLA EN EL EXTERIOR

Secretaría

SANTIAGO ANTONIO YERGA COBOS, SECRETARIO DEL CONSEJO GENERAL DE LA CIUDADANÍA ESPAÑOLA EN EL EXTERIOR

C E R T I F I C A:

Que el **anteproyecto de la Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud**, ha sido enviada a los Consejeros integrantes de la Comisión Permanente del Consejo General de la Ciudadanía Española en el Exterior, mediante correo electrónico de fecha 30 de noviembre de 2021, a fin de llevar a cabo el trámite de información previsto en el artículo 2 del Real Decreto 230/2008, de 15 de febrero, por el que se regula dicho órgano consultivo, dado que el ámbito subjetivo del proyecto normativo afecta a las personas retornadas.

Que por dicha Comisión no se ha realizado observación ni propuesta alguna sobre dicho texto.

Lo que se certifica en Madrid, a nueve de diciembre de dos mil veintiuno.

www.inclusion.gob.es
consejoexterior@inclusion.gob.es

C/ JOSÉ ABASCAL, 39
28003-MADRID
TEL: 91 363 70 20
FAX: 91 363 70 42

CSV : GEN-5702-c4dc-4a41-9150-85b3-6260-4a13-963c
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : SANTIAGO ANTONIO YERGA COBOS | FECHA : 10/12/2021 08:38 | Sin acción específica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

INFORME SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SIATEMA NACIONAL DE SALUD.

En relación con el texto del "*Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud*", enviado por la Secretaria General Técnica del Ministerio de Sanidad al objeto de que por esta Consejería de Salud se emita el informe que proceda:

El texto de este anteproyecto se compone de una exposición de motivos, cinco artículos, una disposición adicional única, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria única y seis disposiciones finales.

Comporta la modificación de algunos artículos de una serie de normas, como son: la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS); el RD 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 SNS y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica; Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Una vez analizado su contenido y estando de acuerdo con el objeto y la necesidad del anteproyecto, **en relación al *Artículo segundo. Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*** que pretende establecer modificaciones que contribuyan a consolidar la equidad, la cohesión y la universalización del SNS, **e**n primer lugar queremos mencionar que el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al SNS supuso un paso muy importante en el logro de la universalidad de la asistencia sanitaria en España y un cambio de modelo en la atención sanitaria del SNS, ya que desliga la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria de la condición de asegurado o de beneficiario del INSS, como había introducido el Real Decreto-ley 16/2012, y pasó a basarse en la condición de ciudadanía en el territorio español.

No obstante, raíz de la pandemia del COVID 19, se puso de manifiesto una falta de homogeneidad en su aplicación en las diversas CCAA y alguna fisura en el acceso universal al SNS, razón por la cual se introducen las siguientes modificaciones en este anteproyecto:

1.- En primer lugar modifica **el artículo 3** de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS, con un nuevo redactado en el que se incluyen como titulares del derecho:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- A las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos, en el artículo que regula la condición de ser titular del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria del SNS, ya que en el RD-Ley 7/2018 no figuraban estos dos colectivos.
- En segundo lugar, se amplía el derecho a la protección de la salud de las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares que les acompañen, incluyéndolos también en el artículo que regula los titulares del derecho.

En este sentido, y si estamos en plazo para hacer algunas sugerencias, propondríamos incluir las siguientes que nos parecen relevantes:

- **La posible inclusión como beneficiarios a los padres del titular en caso de reagrupamiento familiar.**
- **La posibilidad de modificar la exigencia de que a la hora de firmar un convenio especial de aseguramiento se pida un certificado de empadronamiento con un año de antigüedad, lo ideal sería rebajarlo a tres meses o incluso cero meses.**
- **Subdividir el tramo de aportación farmacéutica las personas que tienen un nivel de aportación correspondiente a una TSI004 que en la actualidad son las que tienen un nivel de renta comprendido entre 18.000€ y 100.000€. No parece muy lógico que una persona con un nivel de renta de 18.001€ pague un 50% de los fármacos igual que otra que tiene 99.999€.**

Si fuera necesario fundamentar estas peticiones se podría abundar en ellas.

Atentamente,

LA DIRECTORA GENERAL DE POLÍTICA Y PLANIFICACIÓN SANITARIAS

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Castilla-La Mancha

INFORME CON LAS APORTACIONES DE LA **DG DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIA DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD** Y DE LA **SECRETARÍA GENERAL DEL SESCAM**

En relación al "***Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud***", los aspectos más destacables, así como las observaciones en relación a los mismos son:

- En la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se adicionan 2 artículos (47, Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud, y 90.bis, Régimen jurídico de los consorcios sanitarios), con los que se pretende facilitar el fortalecimiento del sistema sanitario público, estableciendo 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.

Respecto al carácter preferente que tienen las fórmulas de gestión directa, la Ley 8/2000, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, en su artículo 21 establece, respecto del Sistema Sanitario de Castila-La Mancha, el uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de los servicios.

En relación al carácter excepcional del resto de las fórmulas de gestión, la Ley autonómica no contempla esa excepcionalidad en cuanto al recurso a la colaboración de la iniciativa privada, pero sí pone de manifiesto que la implantación de este tipo de fórmulas de regirse por el principio de complementariedad (véase art. 54). Este nuevo artículo en la LGS sí que endurece el uso de estas otras modalidades de gestión, lo que podría tener una incidencia directa en Castilla-La Mancha donde se hace un uso frecuente de la figura del *"convenio singular de vinculación"*.

Respecto a la regulación específica de los consorcios sanitarios, prevalecerá sobre la regulación general que de esta figura se recoge en el art. 118 y siguientes de la Ley 40/2015, así como de las previsiones que sobre los consorcios que se recogen en el art. 6 del Decreto Legislativo 1/2002, de 19 de noviembre de 2002, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Hacienda de Castilla-La Mancha.

- En la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se amplia de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria en España a las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen, así como a las personas solicitantes de protección internacional y a las víctimas de trata de seres humanos cuya estancia temporal en España haya sido autorizada, mientras permanezca en esta situación (artículo 3); se pretende la aplicación homogénea en la efectividad del derecho a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España (artículo 3bis); se recupera la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios (artículo 8); se modifican y clarifican determinados aspectos relacionados con las prestaciones de atención

Consejería de Sanidad
D.G. de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria
Avda. de Francia, 4
45071 Toledo
Tel.: 925 248 781
e-mail: sigpo@jccm.es
www.castillalamancha.es

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

especializada y atención sociosanitaria (artículos 13 y 14); se incorpora en el Comité Consultivo 8 representantes de organizaciones de pacientes y organizaciones ciudadanas (artículo 67).

Respecto a la cobertura sanitaria de la población extranjera en situación irregular, hay que entender que la no todos los extranjeros en situación irregular van a tener cobertura sanitaria con cargo a fondos públicos. Ahora bien, el hecho de que estos tres supuestos estén incluidos en el apartado primero del artículo 3 ter puede generar confusión si tenemos en cuenta que el siguiente apartado 2 del mismo artículo comienza diciendo: "La citada asistencia será con cargo a fondos públicos de las administraciones competentes siempre que dichas personas cumplan todos los siguientes requisitos:…"
Por lo que respecta a nuestra comunidad, tendremos que clarificar la aplicación práctica que está teniendo la Orden de 09/02/2016, de la Consejería de Sanidad, de acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Las prestaciones sujetas al copago son la prestación ortoprotésica, la farmacéutica y las prestaciones de servicios accesorios (la actual cartera común de servicios accesorios) según el nuevo art. 8.4. Sin embargo, de la lectura del siguiente apartado (art. 8.5) parece inferirse que las prestaciones de productos dietoterápicos siguen sujetas a aportación económica del usuario.

En relación a la prestación sociosanitaria y la necesidad de reforzar la importancia de la conexión entre los ámbitos sociales y sanitarios, apelando en este sentido a la creación de órganos de coordinación sociosanitaria. Nada de esto es nuevo en nuestra región, ya que la Ley 8/2000 ya regula que:
"A tal efecto se coordinarán todos los servicios sanitarios y sociales de titularidad pública con el fin de alcanzar una homogeneidad de objetivos y un máximo aprovechamiento de recursos. Para facilitar dicha coordinación se crearán comisiones sociosanitarias en el ámbito provincial y regional con participación de la Administración de la Junta de Comunidades, de las Diputaciones y de los Ayuntamientos.
3. El Consejo de Gobierno aprobará un Plan Regional de Atención Sociosanitaria, a propuesta de las Consejerías competentes en materia de sanidad y de bienestar social."
Asimismo se prevé la creación de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados. En el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) en el momento actual no existe una medida similar, si bien con las últimas modificaciones legislativas se ha facilitado el acceso a los sistemas de información sanitaria del mismo a profesionales sanitarios titulados de otras Administraciones (incluida la Consejería de Bienestar Social).

- En el 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, se regula que los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen tendrán derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país (artículo 26).

- En el 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,

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

se equiparan los colectivos de personas que están excluidos de aportación en la prestación ortoprotésica y farmacéutica (artículo 9 y disposición adicional segunda).

- En el 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, se regula el Fondo de Garantía Asistencial.

Se mantiene con el carácter de fondo extrapresupuestario. Lo que se ha hecho es remitir a desarrollo reglamentario todo lo relativo a la determinación de los supuestos, tipos de atención sanitaria e importes a liquidar.

En relación a la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las Comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad (disposición adicional única), se contempla la creación de un ente instrumental para el desarrollo de las actividades de la ya existente Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Respecto a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido (TODF), se pretende la habilitación del desarrollo de criterios para su acceso, así como consolidar en nuestro ordenamiento jurídico que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación (disposición final quinta).

Visto el contenido parecen razonables las modificaciones realizadas con los objetivos que se pretenden conseguir para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.
No obstante, en relación al impacto presupuestario para nuestra Comunidad, el SESCAM realizará la valoración y el seguimiento sobre el aumento de gasto previsto por el Ministerio en relación a las modificaciones realizadas por la normativa propuesta, principalmente las relacionadas con la asistencia sanitaria de las personas que se incluyen como nuevos titulares de derecho, con las modificaciones propuestas en relación a las prestaciones de atención especializada y atención sociosanitaria y con la supresión de copagos.

Finalmente, solicitamos al Ministerio que valore la conveniencia o no del cambio de denominación de “atención especializada” por “atención hospitalaria” en la normativa nacional que se pretende modificar, en línea con lo que solicitado por las sociedades científicas y asociaciones de profesionales de atención primaria en los últimos años.

Consejería de Sanidad
D.G. de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria
Avda. de Francia, 4
45071 Toledo
Tel.: 925 248 781
e-mail: sigbo@jccm.es
www.castillalamancha.es

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

Secretaría Técnica del Consejo Interterritorial
del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad

De conformidad a su solicitud, se remite informe al **"Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud"·**

Santa Cruz de Tenerife, 2 de diciembre de 2021

Blas G. Trujillo Oramas
Consejero de Sanidad

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:
BLAS GABRIEL TRUJILLO ORAMAS - CONSEJERO
Fecha: 03/12/2021 - 09:27:06
En la dirección https://sede.gobiernodecanarias.org/sede/verifica_doc?codigo_nde= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:
0QSPyNmdh6S9cFJfpmCuoNEr36KClPIlX
El presente documento ha sido descargado el 03/12/2021 - 10:01:44
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Comunidad de Madrid

Secretaría General Técnica
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Subdirección general de Coordinación Normativa
L-1/2021-E
Fgp

Examinado el **Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud**, se realizan las siguientes consideraciones:

Por la Dirección General de Hospitales e Infraestructuras Sanitarias se realiza la siguiente aportación:

> *"En relación al Anteproyecto de Ley del asunto de referencia, y conforme al ámbito competencial de la Gerencia Adjunta de Procesos Asistenciales, dependiente de esta Dirección General, con independencia de otras aportaciones en materia de aseguramiento, actividades socio sanitarias, las novedades que posteriormente precisarían potenciales adaptaciones en el ámbito del Servicio Madrileño de la Salud serían las enfocadas a:*
>
> *1. Ámbito de Atención Especializada como conjunto de actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.*
> *La atención sanitaria especializada comprenderá:*
> *a) La asistencia especializada en consultas.*
> *b) La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.*
> *c) La hospitalización en régimen de internamiento.*
> *d) El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.*
> *e) La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.*
> *f) La atención paliativa a enfermos terminales.*
> *g) La atención a la salud mental.*
> *h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.*
> *i) La atención especializada se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.*
> *2. Creación del consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS).*
> *3. Cuantías a liquidar por los servicios de salud derivadas de desplazamientos temporales del Fondo de Garantía Asistencial."*

Por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento se formulan las siguientes observaciones:

*"**Por parte del Área de Evaluación Tecnológica e Innovación Sanitaria:***

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 09258830210759796201 85

- *En el Anteproyecto se hace mención a la creación de un Consorcio de RedETS*
- *En principio por nuestra parte no hay ningún inconveniente. Creemos que es viable, y permite la obtención de fondos europeos de manera más fácil*
- *En la Comunidad de Madrid es factible desde el punto de vista jurídico y desde el legislativo. Se debería suscribir un convenio para la creación del Consorcio de la RedETS. Se firmaría el convenio una vez fuese aprobado su texto y visado por los Servicios Jurídicos del Ministerio. Se trataría de una adhesión al Consorcio.*
- *En cualquier caso, habría que estar al literal de la normativa que regula y desarrolla el Consorcio antes de fijar una posición en firme.*
-

Por parte de la Subdirección General de Aseguramiento y Prestaciones Sanitarias:

ARTICULO SEGUNDO
Apartado Uno: modificación del artículo 3 de la ley 16/2003, de 28 de mayo:
Art. 3ter.1

1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos:
- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.
- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.
- A las menores de dieciocho años.

Se propone eliminar la mención expresa a la atención especial en estos 3 supuestos, ya que en este mismo artículo se indica que todas las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española.

Hacer mención a estos colectivos podría dar lugar a confusión, como, por ejemplo, que estos colectivos podrían tener derecho a una atención superior a la de las personas con nacionalidad española. Atención especial es un término subjetivo que puede dar lugar a diversas interpretaciones.

Art. 3.2.e). *Solicitantes de protección internacional*

La atención sanitaria de los solicitantes de protección internacional (PI) debería ajustarse a lo establecido en la normativa nacional e internacional:

-La Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria fue desarrollada por el RD 203/1995, de 10 de febrero, cuyo artículo 15.1 prevé:

1. Los solicitantes de asilo, siempre que carezcan de medios económicos, podrán beneficiarse de servicios sociales, educativos y sanitarios que presten las Administraciones públicas competentes, dentro de sus medios y disponibilidades presupuestarias, para asegurar un nivel de vida adecuado que les permita subsistir. Las prestaciones otorgadas podrán modularse cuando la solicitud de asilo se encuentre pendiente de admisión a trámite, y se garantizará, en todo caso, la cobertura de las necesidades básicas de los solicitantes de asilo. Con carácter general, el acceso a la educación, a la atención sanitaria, a la Seguridad Social y a los servicios sociales se regirán por lo dispuesto, respectivamente, en los artículos 9, 12 y 14 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 09258830210759796201 85

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- La Directiva 2013/33/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de junio de 2013, por la que se aprueban normas para la acogida de los solicitantes de protección internacional, en su artículo 17, establece:

17. Normas generales sobre condiciones materiales de acogida y atención sanitaria

3. Los Estados miembros podrán conceder todas o algunas de las condiciones materiales de acogida y de atención sanitaria a condición de que los solicitantes carezcan de medios suficientes para tener atención sanitaria y un nivel de vida adecuado que les permita subsistir.

4. Los Estados miembros podrán exigir a los solicitantes que sufraguen o contribuyan a sufragar los costes inherentes a las condiciones materiales de acogida y a la atención sanitaria previstos en la presente Directiva con arreglo a lo dispuesto en el apartado 3 cuando los solicitantes tengan recursos suficientes, por ejemplo si han trabajado durante un período de tiempo razonable.

Cuando resulte que un solicitante tenía medios suficientes para cubrir los costes inherentes a las condiciones materiales de acogida y a la atención sanitaria en el momento en que se cubrieron dichas necesidades básicas, los Estados miembros podrán pedir al solicitante su reembolso.

5. Cuando los Estados miembros proporcionen las prestaciones inherentes a las condiciones materiales de acogida en forma de asignaciones financieras o de vales, la cuantía de las mismas se fijará de conformidad con los niveles que el Estado miembro de que se trate haya establecido, por ley o en la práctica, para garantizar un nivel de vida adecuado a los nacionales. A este respecto, los Estados miembros podrán dispensar a los solicitantes un trato menos favorable que a los nacionales, en particular, cuando la ayuda material se preste parcialmente en especie o cuando dichos niveles, aplicados a los nacionales, tengan por objeto garantizar un nivel de vida superior al previsto para los solicitantes con arreglo a la presente Directiva.

Por otra parte, el Documento Acreditativo de la condición de Solicitante de Protección Internacional (tarjeta roja) es el verdadero documento que acredita la condición de Solicitante de PI y no otros documentos previos emitidos por la OAR -Oficina de Asilo y Refugio- (Resguardo de Presentación de Solicitud de la condición de Solicitante de Protección Internacional -resguardo blanco-). Esto hace que más de 60% de los solicitantes de PI que obtienen el Resguardo blanco no lleguen a solicitar la tarjeta roja o dilaten el procedimiento mediante la presentación de recursos administrativos a la resolución de denegación, a sabiendas de que no cumplen criterios y de que finalmente su solicitud de PI se resolverá de forma negativa. Sin embargo, dada la ausencia de acceso a las bases de datos de la OAR, las comunidades autónomas no podemos conocer el estado de tramitación de cada expediente, lo que obliga a seguir manteniendo el acceso a la asistencia por esta vía de forma prolongada, periodo que ha ido aumentando durante los últimos 5 años y qué en la actualidad, es de unos 18 meses, sin contar la tramitación de los recursos, en su caso.

Por todo ello, debiera valorarse la posibilidad de limitar la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a aquellos extranjeros que solicitan PI cuando la finalidad del traslado sea exclusivamente sanitaria.

Por tanto, se propone dar algún primer paso al respecto, a través de un texto semejante a:

"3.2.e) Ser persona solicitante de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, acreditada mediante el Documento Acreditativo de la condición de Solicitante de Protección Internacional (tarjeta roja)". La atención sanitaria con cargo a fondos públicos no podrá constituir el motivo de la solicitud de acceso a la asistencia de los solicitantes de protección internacional".

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 09258830210759796201 85

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Art. 3ter.4:

4. En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en España menos de 90 días, acreditada esta duración temporal por un documento válido para las entidades gestoras de los servicios de salud, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas o del INGESA. La atención sanitaria no podrá constituir el motivo de su desplazamiento.

La situación de estancia no es compatible con la definición de extranjero no registrado ni autorizado, dado que esta última se aplica a extranjeros que ya han superado la situación de estancia. El periodo de estancia, a estos efectos, es asimilable a una situación regular, ya que la legislación autoriza de hecho a todos los extranjeros la permanencia en España durante 3 meses sin necesidad de contar con autorización de residencia durante ese periodo. La obligatoriedad de estar registrados/inscritos en el Registro de Ciudadanos de la Unión o de disponer de una autorización de residencia, tal como establece la legislación en materia de Extranjería (artículo 30.2 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, y artículo 7 del RD 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados Miembros de la UE y otros Estados parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo) comienza una vez superada la situación de estancia.

Por todo ello, no cabe su inclusión en el artículo 3ter, que regula el acceso a la asistencia de los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España.

El artículo 25.1 de la Ley de Extranjería establece los requisitos para la entrada en territorio español, entre ellos que toda persona que entre en España ha de contar con medios suficientes para no suponer una carga para el Estado. Igualmente, la normativa europea deja claro este mismo requisito con una redacción incluso más clara.

25.1. El extranjero que pretenda entrar en España deberá hacerlo por los puestos habilitados al efecto, hallarse provisto del pasaporte o documento de viaje que acredite su identidad, que se considere válido para tal fin en virtud de convenios internacionales suscritos por España y no estar sujeto a prohibiciones expresas. Asimismo, deberá presentar los documentos que se determinen reglamentariamente que justifiquen el objeto y condiciones de estancia, y acreditar medios de vida suficientes para el tiempo que pretenda permanecer en España, o estar en condiciones de obtener legalmente dichos medios.

A pesar de que el texto del artículo 3ter.4 es más amplio que el que figura en la norma vigente, no define claramente cuál es la población diana. Por otra parte, de cara a salvaguardar la sostenibilidad del sistema sanitario público, debería considerarse que la población diana a la que iría dirigido este artículo estaría constituida únicamente por:

- *Extranjeros que se trasladan a España sin finalidad sanitaria que, durante su estancia, sufrieran un empeoramiento de una enfermedad que no es el objeto del traslado a España*
- *Afectados por enfermedad sobrevenida cuyo tratamiento no puede demorarse 90 días -a efectos de superar el periodo de estancia y poder convertirse en personas con residencia no legal-.*

No obstante, cualquier traslado a España conlleva la suscripción de un seguro de viaje, tanto si se trata del desplazamiento desde un país que obliga a obtener visado como desde países exentos del mismo. Dicho visado está regulado en la Decisión del Consejo de 22 de diciembre de 2003, en relación con la inclusión

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 09258830210759796201 85

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

de un seguro médico de viaje entre los documentos justificativos para la expedición de un visado de entrada uniforme. Dicha Decisión, en su artículo 1 establece:

"1. (…) *para respaldar toda solicitud de expedición de visado de corta duración o de viaje, los solicitantes deberán demostrar que se encuentran en posesión de un seguro de viaje individual o colectivo adecuado y válido que cubra aquellos gastos que pudiera ocasionar su repatriación por motivos médicos, una asistencia médica de urgencia o una atención hospitalaria de urgencia*".

Esta norma afecta a todos los Estados miembros del espacio Schengen y ha de abarcar la estancia completa del interesado, con una cobertura mínima de 30.000 euros (artículo 1). Por ello, si los interesados tienen obligación de suscribir un seguro de viaje, no queda claro en este Anteproyecto qué pacientes deberían ser atendidos con cargo a fondos públicos durante el periodo de estancia. Si se tratara de personas sin recursos económicos suficientes, se debería hacer constar, así como los criterios para determinar el límite de ingresos a considerar en estos casos, para evitar discrecionalidad o heterogeneidad a la hora de aplicarlo.

Por otra parte, las personas con enfermedad sobrevenida que no permita el regreso en la fecha prevista pueden obtener un permiso de residencia temporal por razones humanitarias (artículo 126 del Reglamento de la Ley de Extranjería) a través de la Delegación del Gobierno, lo que conlleva, en la actualidad, el reconocimiento del derecho a la asistencia del SNS por el INSS. Por todo ello, se propone no hacer alusión a la asistencia sanitaria en periodo de estancia.

En caso de que se considerara imprescindible, se propone su inclusión como Disposición Adicional, a desarrollar con posterioridad. En esta línea, se propone:

1. *Sacar la estancia del artículo 3ter.*
2. *Establecer la población diana, a fin de poder elaborar el informe social de acuerdo a los criterios establecidos.*
3. *Indicar cómo se puede confirmar la ausencia de finalidad sanitaria.*
4. *Indicar que, con carácter excepcional, se podrá facilitar la atención sanitaria precisa a través del SNS sin cargo a fondos públicos. Deberá tener carácter excepcional, a fin de evitar que algún extranjero entre en España, sin intención de residencia, y solicite atención sanitaria del SNS, aun cuando ésta sea como paciente privado.*
5. *Elaborar un procedimiento consensuado por las CCAA e INGESA mediante Resolución Ministerial, para garantizar criterios homogéneos en su aplicación.*

Art. 3.4: *Debería aclarar la cobertura asistencial a prestar por las mutualidades-provisión privada, pues no se hace referencia en este caso, a diferencia de la clara indicación que se hace respecto a los afiliados a Mutualidades-provisión SNS. Por ello, se propone:*

- *Donde dice: "3.4. (…) por su parte, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades".*

- *Debería decir: "3.4. (…) por su parte, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios*

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 09258830210759796201 85

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

concertados por estas entidades, debiendo facilitar la totalidad de la cartera común de servicios del SNS, establecida en el RD 1030/2006, de 15 de septiembre".

NUEVA MODIFICACIÓN

En la Comunidad de Madrid se han detectado numerosos casos extranjeros (solicitantes de asilo o con residencia no legal) que se trasladan a España en busca de trasplante de órganos, pero no pueden esperar a la demora que supone la lista de espera de trasplantes. Por ello, vienen acompañados de un familiar histocompatible, tipado previamente en su país de origen. Otros pacientes precisan donantes de vivo, pero dada la gravedad de la enfermedad, han de ser tratados con carácter de urgencia, debiendo implantarse órganos por razón de necesidad, pese a que la histocompatibilidad no es completa. Algunas asociaciones de familiares y pacientes han manifestado que esto supone un uso de los órganos disponibles poco equitativo respecto a los españoles, que por su menor gravedad permanecen más tiempo en lista de espera.

Por otra parte, son numerosos los extranjeros que precisan trasplante de progenitores hematopoyéticos, conceptuados como células no como órganos, y no sometidos a la lista de espera de trasplantes. Por ello se propone incluir en el articulado de este Anteproyecto un texto semejante a:

Artículo x. Mediante Orden de la Ministra de Sanidad, previo informe favorable del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se establecerán los requisitos y período mínimo para que las personas extranjeras a las que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, puedan acceder a la lista de espera de trasplantes, al Banco de órganos o tejidos o al REDMO del SNS o a intervenciones de trasplante con donante vivo. En tanto se apruebe la citada Orden, no será posible el acceso a estas prestaciones.

Según se ha observado, la ONT en su página web informa que solo podrán acceder al trasplante las personas con residencia legal en España.

Igualmente, se debería hacer mención de la exclusión durante un cierto periodo (al menos, 1 año) de las personas que precisan terapias avanzadas o medicamentos de alto impacto, en este o en otro nuevo artículo.

NUEVA MODIFICACIÓN

A fin de dar respuesta a aquellos ciudadanos sin acceso a la asistencia del SNS con cargo a fondos públicos pero que tengan un problema de salud pública que suponga riesgo para la población (p.e. enfermedades como Tuberculosis, VIH+, ETS, etc.), incluida la salud mental, u otra patología cuyo tratamiento no se pueda demorar, se propone la creación de un Fondo Solidario a nivel nacional o autonómico, o actuaciones a través de programas de cooperación. El listado de patologías de salud pública se podría desarrollar con posterioridad. En esta línea, se propone un nuevo artículo:

***Cooperación Sanitaria:** El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas/INGESA, en el ámbito de sus competencias, podrán poner en marcha, con la correspondiente asignación presupuestaria específica, un Fondo Solidario o programas de cooperación sanitaria, a través de los cuales pueda darse cobertura sanitaria pública a personas extranjeras que se encuentren en España con patologías que puedan suponer un problema de salud pública comunitario que, de acuerdo a la normativa vigente, no puedan acceder a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.*

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 09258830210759796201 85

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

El RD 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea establece en su artículo 15.9:

9. (…) las únicas dolencias o enfermedades que pueden justificar la adopción de alguna de las medidas del apartado 1 del presente artículo serán las enfermedades con potencial epidémico, como se definen en los instrumentos correspondientes de la Organización Mundial de la Salud, así como otras enfermedades infecciosas o parasitarias contagiosas, de conformidad con la legislación española vigente."

Por parte de la Dirección General de Investigación, Docencia y Documentación se realiza la siguiente aportación:

En el artículo segundo *"Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud"*, se propone añadir al artículo 3 *"Titulares del derecho a la protección a la salud y a la asistencia sanitaria"* al final del apartado 4, lo siguiente: "En caso recibir un tratamiento con un medicamento de terapia avanzada, el gasto correspondiente al medicamento será abonado directamente al titular de la autorización de comercialización o, en su caso, al representante local del medicamento en España, directamente por la entidad de seguro".

Quedando, por tanto, la redacción del siguiente modo:

Uno. El artículo 3 queda redactado de la siguiente forma:

Artículo 3*. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria*.

(…)

4. *Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el 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, que mantendrán su régimen jurídico específico*.

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público, serán adscritas a los servicios de salud de las comunidades autónomas o al INGESA, según corresponda, que les facilitarán, conforme a las normas legales y de procedimiento que rijan en el ámbito de dichos servicios, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se financiará conforme a lo previsto en el artículo 10, con la singularidad en la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficinas de farmacia que se recoge en su normativa específica.

Por su parte, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado al pago, de acuerdo a la normativa vigente. En caso recibir un tratamiento con un medicamento de terapia avanzada, el gasto correspondiente al medicamento será abonado directamente al titular de la autorización de comercialización o, en su caso, al representante local del medicamento en España, directamente por la entidad de seguro.

Por parte de la Secretaría General Técnica se realizan las siguientes observaciones:

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 09258830210759796201 85

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

A lo largo del texto (v.g. página 6) y la memoria en ocasiones se emplea la fórmula "los/las pacientes" y en otras ocasiones no, por lo que debería unificarse la fórmula utilizada. Esta fórmula no se emplea para usuarios.

En el primer párrafo de la parte expositiva y a lo largo de todo el texto, deben evitarse las declaraciones didácticas o laudatorias u otras análogas, de acuerdo con lo establecido en la directriz 12 de las directrices de técnica normativa, aprobadas mediante Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de julio de 2005.

En el segundo párrafo de la parte expositiva la cita a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, debe escribirse entre comas, según la directriz 73 de las directrices de técnica normativa. En este mismo párrafo, y a lo largo del texto, se recuerda que el uso de las siglas puede justificarse dentro de una disposición, para evitar formulaciones farragosas y repeticiones cansinas, siempre que se explique, cuando aparezcan por primera vez (fuera del título y de la parte expositiva), mediante su inclusión entre paréntesis o entre comas precedida de la expresión «en adelante» y se escriban en mayúsculas sin puntos ni espacios de separación.

En la página cuatro de la parte expositiva la expresión empleada "…troceándolo…" no parece ajustarse a lo dispuesto en la directriz 101 respecto al uso de un lenguaje claro y preciso, de nivel culto, pero accesible.

La parte expositiva contiene dos resúmenes del contenido de la disposición final quinta, páginas 8 y 9 del texto, por lo que debería unificarse.

En la página 9, al analizar la actuación de acuerdo con los a los principios de buena regulación, no se justifica la adecuación al principio de transparencia.

En el artículo primero. Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, debe incorporarse el texto marco, de acuerdo con la directriz 55 de las directrices de técnica normativa "*El texto marco es el que indica las disposiciones que se modifican y cómo se produce su modificación. Deberá expresar con claridad y precisión los datos de la parte que modifica y el tipo de modificación realizada (adición, nueva redacción, supresión, etc.)".*

En el artículo segundo, apartado Tres. El apartado primero del artículo 3ter, página 13, deben eliminarse los guiones de acuerdo con la directriz 31 de las directrices de técnica normativa.

En el artículo segundo, apartado Siete, la división del apartado segundo del artículo 67, página 15, debe adecuarse a lo dispuesto en la directriz 31 de las directrices de técnica normativa "*Cuando deba subdividirse un apartado, se hará en párrafos señalados con letras minúsculas, ordenadas alfabéticamente: a), b), c). Cuando el párrafo o bloque de texto deba, a su vez, subdividirse, circunstancia que ha de ser excepcional, se numerarán las divisiones con ordinales arábigos (1.º, 2.º, 3.º ó 1.ª, 2.ª, 3.ª, según proceda)*".

La composición de las disposiciones no se ajusta a lo dispuesto en la directriz 37 de las directrices de técnica normativa "*margen izquierdo de la línea superior del texto; en*

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 09258830210759796201 85

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

minúscula, salvo la primera letra de la primera palabra; citando las palabras completas, sin abreviaturas; en el mismo tipo de letra que el texto, preferiblemente «arial 12»; sin negrita ni subrayado ni cursiva; a continuación, el ordinal en letra, seguido de un punto y un espacio; después, el título de la disposición en cursiva y con minúsculas, salvo la primera letra, y un punto al final".

Se recuerda respecto a la Disposición derogatoria única que, de conformidad con la directriz 41 de las directrices de técnica normativa "*Se evitarán cláusulas genéricas de derogación del derecho vigente que en ningún caso pueden sustituir a la propia enunciación de las normas derogadas".*

La división del Disposición final segunda, debe adecuarse a lo dispuesto en la directriz 31 de las directrices de técnica normativa "*Cuando deba subdividirse un apartado, se hará en párrafos señalados con letras minúsculas, ordenadas alfabéticamente: a), b), c). Cuando el párrafo o bloque de texto deba, a su vez, subdividirse, circunstancia que ha de ser excepcional, se numerarán las divisiones con ordinales arábigos (1.º, 2.º, 3.º ó 1.ª, 2.ª, 3.ª, según proceda)*".

La **memoria de impacto normativo** no está firmada.

En la ficha resumen y en la memoria, en el apartado "Principales alternativas consideradas", parece excesivo indicar que no tramitar esta disposición afectaría a la salud de la población española.

En la página 67, al referirse al impacto presupuestario, hay una errata cuando señala "la aplicación del presente real decreto…"

Tal como nos indica el Ministerio, las aportaciones habrán de enviarse al buzón información.publica@mscbs.es, indicando que el asunto de remisión de la aportación sea: DG/67/21 APORTACIONES + NOMBRE DE LA ENTIDAD O PERSONA

Madrid, a fecha de firma
EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO

Francisco Javier Carmena Lozano

DIRECCIÓN GENERAL DE COOPERACIÓN CON EL ESTADO Y LA UNIÓN EUROPEA

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 09258830210759796201 85

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

INFORME relativo al anteproyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

La Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia, una vez analizado el texto remitido, estima necesario realizar las siguientes consideraciones a los artículos primero a cuarto del citado anteproyecto de ley.

Artículo primero. Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La propuesta contenida en el anteproyecto se justifica en 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. Tal y como se establece en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, 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.

Para ello, el anteproyecto propone adicionar el artículo 47 a la Ley 14/1986, cuya redacción originaria resultó derogada por la Ley 16/2003, de cohesión y calidad, por cuanto se refería a la creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y Comité consultivo, y añadir un artículo 90.bis:

Artículo 47. Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud.
1. En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho. En el marco de lo establecido por las leyes, corresponderá al Gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas -en los ámbitos de sus respectivas competencias-, determinar las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados.
2. 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.
3. 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. 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

Edificio Administrativo San Lázaro
15703 Santiago de Compostela
T. +34 881 542 712 – F. +34 881 542 722
sergas.gal

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

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."

Artículo 90.bis. Régimen jurídico de los consorcios sanitarios.
1. Los consorcios sanitarios cuyo objeto principal sea la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud están adscritos a la Administración sanitaria responsable de la gestión estos servicios en su ámbito territorial de actuación y su régimen jurídico es el establecido en esta disposición y, subsidiariamente, en aquello no regulado en esta Ley, la normativa que regula con carácter general el resto de consorcios administrativos.
2. Los consorcios sanitarios están sujetos al régimen de presupuestación, contabilidad y control de la Administración sanitaria a la que estén adscritos, sin perjuicio de su sujeción a lo previsto en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. En todo caso, se llevará a cabo una auditoría de las cuentas anuales que será responsabilidad del órgano de control de la Administración sanitaria a la que este adscrito el consorcio.
3. El personal al servicio de los consorcios sanitarios podrá ser funcionario, estatutario o laboral procedente de las Administraciones participantes o laboral en caso de ser contratado directamente por el consorcio. El personal laboral contratado directamente por los consorcios sanitarios adscritos a una misma Administración se someterá al mismo régimen. El régimen jurídico del personal del consorcio será el que corresponda de acuerdo con su naturaleza y procedencia."

A este respecto conviene recordar que, precisamente en la gestión de este tipo de servicios, la Directiva 2014/24/UE, de 26 de febrero, sobre Contratación Pública, por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE, concreta y moderniza la ordenación sobre contratación pública y posibilita nuevas fórmulas para la organización de los servicios a las personas.

En su considerando 6 refiere que los Estados miembros y, en consecuencia también las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias, gozan de libertad para organizar la prestación de los servicios sociales obligatorios o de cualquier otro tipo, y aclara que los denominados "servicios no económicos de interés general" deben quedar excluidos del ámbito de aplicación de la misma; previsión que también se reitera en su considerando 114, al establecer que, para determinadas categorías de servicios (en concreto los servicios que se conocen como servicios a las personas, como ciertos servicios sociales, sanitarios y educativos) "los Estados miembros y los poderes públicos continúan teniendo libertad para prestar por si mismos esos servicios u organizarlos de manera que no sea necesario celebrar contratos públicos, por ejemplo, mediante la simple financiación de estos servicios o la concesión de licencias o autorizaciones a todos los operadores económicos que cumplan las condiciones previamente fijadas por el poder adjudicador, sin límites ni cuotas, siempre que dicho sistema garantice una publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación".

Por tanto, las instituciones comunitarias han establecido un principio de libertad de las administraciones competentes a la hora de organizar la prestación de estos servicios no económicos de interés general, con la única condición de garantizar debidamente una "publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación".

Documento asinado dixitalmente por:
Julio García Comesaña (07/12/2021 13:45)
https://sede.xunta.gal/cve?idcve=SAOC-K4G4-BOAH-OF4O-T12E-53XB-P2XY-3163-8881-1369-72

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

De hecho, la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, ha reconocido la figura de los conciertos sociales en el ordenamiento jurídico español, concretamente en su disposición adicional cuadragésimo novena, que establece la competencia legislativa de las comunidades autónomas para emplear estos instrumentos de concertación en régimen de autorización, al margen de la normativa de contratos, para la prestación de servicios públicos destinados a satisfacer necesidades de carácter social, y por otra parte, en el apartado sexto del artículo 11, excluye dichos conciertos de su ámbito de aplicación.

De hecho, algunas comunidades autónomas ya han emitido normas que prevén este tipo de instrumento como forma de provisión de sus prestaciones públicas.

Desde la Comunidad Autónoma de Galicia, siempre se ha dado preferencia a las fórmulas de gestión directa, sin perjuicio de la utilización puntual de otras fórmulas aceptadas en nuestro ordenamiento en sectores o ámbitos concretos.

La Constitución Española ya contiene un mandato claro, en relación con la protección de la salud y el mantenimiento de un sistema público de seguridad social, que implica la existencia de una red de establecimientos de titularidad pública que deben ser gestionados directamente (con o sin atribución de personalidad jurídica, a través de cualesquiera de las formas de gestión legalmente previstas). Conforme a la doctrina constitucional (STC 213/2005, 21 de julio, FJ 3), el art. 41 del texto constitucional impone a los poderes públicos "la obligación de establecer –o mantener- un sistema protector que se corresponda con las características técnicas de los mecanismos de cobertura propios del sistema".
Esto no excluye, en ningún caso, la colaboración de sujetos privados, puesto que la eventual cobertura del servicio público con medios ajenos no pone en duda su titularidad, que sigue siendo pública.

El carácter público del sistema de Seguridad Social no queda cuestionado por la incidencia en él de fórmulas de gestión o responsabilidad privadas, de importancia relativa en el conjunto de la acción protectora de aquél (STC 37/1994, de 10 de febrero).

Sin perjuicio de la preferencia y predominio de fórmulas de gestión directa de los servicios públicos, que compartimos, en nuestro ordenamiento jurídico se ha admitido y utilizado la colaboración de sujetos privados como forma de gestión indirecta de los servicios públicos sanitarios, como una excepción a la regla general de la prestación directa.
La utilización de una u otra forma de gestión se configura como una potestad de autoorganización de los poderes públicos, con una amplia libertad de configuración, como ya hemos indicado anteriormente a la luz del marco de las disposiciones comunitarias antes indicadas, y sin perder un ápice de la esencia de las exigencias derivadas de la prestación de un servicio público y las obligaciones derivadas de tal condición: principios de universalidad, igualdad de acceso, equidad, continuidad en la prestación, transparencia y calidad, como principios configuradores de as conocidas "obligaciones de servicio público", definidas en el Libro Blanco sobre los servicios de interés general, de 12 de mayo de 2004, Comunicación de

Documento asinado dixitalmente por:
Julio García Comesaña (07/12/2021 13:45)
https://sede.xunta.gal/cve?idcve=SAOC-K4G4-BOAH-OF4O-T12E-53XB-P2XY-3163-8881-1369-72

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones.
El Libro Blanco resalta la importancia de los servicios de interés general como pilar del modelo europeo de sociedad y la necesidad de garantizar el suministro de servicios de interés general de calidad que resulten accesibles a todos los ciudadanos y empresas de la Unión Europea.

En el ámbito estrictamente sanitario, los principios del servicio público se incluyen en el artículo 2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud:
a) prestación en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando toda discriminación;
b) aseguramiento universal y público por parte del Estado;
c) coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud;
d) prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad;
e) financiación pública del Sistema nacional de Salud;
f) igualdad de oportunidades y libre circulación de profesionales;
g) colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados;
h) colaboración de las oficinas de farmacia en el desempeño de la prestación farmacéutica.

A mayor abundamiento, para el Tribunal Constitucional (STC 84/2015, de 30 de abril) el impugnado art. 62 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid no pone en riesgo el reconocimiento de la naturaleza pública de la institución al habilitar al Servicio Madrileño de Salud a adjudicar los contratos para la gestión del servicio público de asistencia sanitaria especializada en ciertos hospitales madrileños.
El Tribunal Constitucional añade también una serie de precisiones que condicionan dicho reconocimiento del carácter público del sistema sanitario, como son la preservación de la titularidad pública del servicio también en los casos de externalización; la definición de las prestaciones a las que tienen derecho los ciudadanos por parte de los poderes públicos; la financiación a través de fondos públicos; y la garantía de los adecuados niveles de calidad, atención y derechos de los usuarios.

Principios que compartimos y respetamos en el ejercicio competencial que nos es propio.

Lo mismo sucede con la iniciativa de revitalizar las entidades consorciales aunque, por su configuración desde el punto de vista administrativo, también se consideran formas de gestión indirecta de servicios públicos.

El artículo único de la Ley 15/1997 (aún vigente) estableció que "*en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o*

Documento asinado dixitalmente por:
Julio García Comesaña (07/12/2021 13:45)
https://sede.xunta.gal/cve?idcve=SAOC-K4G4-BOAH-OF4O-T12E-53XB-P2XY-3163-8881-1369-72

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho. En el marco de lo establecido por las leyes, corresponderá al Gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas –en los ámbitos de sus respectivas competencias–, determina las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados. 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 Ley General de Sanidad."

Por su parte, el Real decreto 29/2000, de 14 de enero, dedica a los consorcios (como nueva forma de gestión sanitaria) la sección 2ª de su Capítulo III (artículos 46 a 53).

Por otra parte, ha de tenerse en cuenta y compatibilizar la modificación normativa que se pretende, con la regulación autonómica de estas figuras.
Así, el art 3 .4 de la Ley 16/2010, de 17 de diciembre, de organización y funcionamiento de la Administración general y del sector público autonómico de Galicia, prevé que los consorcios podrán ejercer por delegación, previo acuerdo del Consejo de la Xunta y siempre que se reconozca en sus estatutos, competencias y potestades administrativas de las administraciones consorciadas.
El artículo 45 de la misma Ley 16/2010 sitúa dentro del sector público a los consorcios autonómicos, cuya creación no requiere autorización legislativa previa (art 54.4), y en los artículos 95 y siguientes desarrolla su naturaleza y régimen jurídico.

Artículo segundo. Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Los artículos 3, 3 bis y 3 ter, quedan redactados de la siguiente forma:

"Artículo 3. *Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.*

1. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español.

Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.

2. Para hacer efectivo el derecho al que se refiere el párrafo primero del apartado 1 con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, las personas titulares de los citados derechos deberán encontrarse en alguno de los siguientes supuestos:

a) Tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español.

Documento asinado dixitalmente por:
Julio García Comesaña (07/12/2021 13:45)
https://sede.xunta.gal/cve?idcve=SAOC-K4G4-BOAH-OF4O-T12E-53XB-P2XY-3163-8881-1369-72

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

b) Tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

c) Ser persona extranjera y con 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.

d) Ser persona con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen.

A los efectos indicados, se entenderá que son familiares con derecho a asistencia sanitaria:

1.ª El/La cónyuge o el/la conviviente con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.
2.ª Las personas descendientes o las de su cónyuge o las de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquella y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65 por ciento.

Para que las personas contempladas en la letra d) reciban atención sanitaria con cargo a fondos públicos, esta atención no podrá constituir el motivo de su desplazamiento.

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.

3. Aquellas personas que de acuerdo con el apartado 2 no tengan derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, podrán obtener dicha prestación mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

4. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el 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, que mantendrán su régimen jurídico específico.

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público serán adscritas a los servicios de salud de las comunidades autónomas o al INGESA, según corresponda, que les facilitarán, conforme a las normas legales y de procedimiento que rijan en el ámbito de dichos servicios, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se financiará conforme a lo previsto en el artículo 10, con la singularidad en la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficinas de farmacia que se recoge en su normativa específica.

Por su parte, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertadospor estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado al pago, de acuerdo a la normativa vigente."

Respecto de la nueva redacción que se pretende introducir en el artículo 3 de la Ley 16/2003, hemos de indicar que la letra d) reconoce como **titulares** del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria a personas de nacionalidad española de origen que **no residen**

Documento asinado dixitalmente por:
Julio García Comesaña (07/12/2021 13:45)
https://sede.xunta.gal/cve?idcve=SAOC-K4G4-BOAH-OF4O-T12E-53XB-P2XY-3163-8881-1369-72

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

en España y se desplazan temporalmente al territorio español y amplía este derecho a los **familiares que les acompañen.**

Este apartado presenta una gran inconcreción, lo que provoca una importante inseguridad jurídica y puede dar lugar a situaciones de abuso. ¿Qué debemos entender por desplazamiento temporal? ¿Durante que periodo se cubrirá la asistencia sanitaria? ¿Que tipo de patologías y intervenciones se deben cubrir?

Una cuestión es que las personas de nacionalidad española, aunque no residan en España, puedan tener derecho a la asistencia sanitaria en nuestro país en situaciones sobrevenidas o de urgencia y otra muy diferente es que se puedan desplazar a España para tratar patologías crónicas no cubiertas en los sistemas de salud de sus lugares de residencia o para practicarse intervenciones quirúrgicas no urgentes.

Es cierto que este tipo de situaciones de abuso, parece que se intentan evitar con el inciso "*Para que las personas contempladas en la letra d) reciban atención sanitaria con cargo a fondos públicos, esta atención no podrá constituir el motivo de su desplazamiento";* pero volvemos a estar ante un inciso muy indeterminado que en ningún caso indica que requisitos se van a exigir para acreditar este extremo.

Por otra parte, es necesario aclarar si esta letra d) es aplicable solo a personas españolas de origen, residentes en terceros países o también a españoles con residencia en la Unión Europea. Si incluye estos últimos casos, ¿Cómo se conjuga el derecho otorgado por esta letra con el de las personas españolas residentes en países europeos que se desplazan con la Tarjeta sanitaria de la UE?

Así mismo indicar, que la regulación que se recogen sobre lo que se debe entender por familiares a estos efectos, también parece muy abierta. Para evitar situaciones indeseables de picaresca se debería limitar a personas que convivan con la persona de nacionalidad española, exigiendo un periodo mínimo de convivencia.

***"Artículo 3 bis**. Reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.*

1. La competencia para el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad con la colaboración de las entidades y administraciones públicas imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos a los que se refiere el artículo 3.2. Reglamentariamente se determinarán los procedimientos para ejercer el reconocimiento y control del derecho, cuya gestión podrá estar atribuida a otros órganos o entidades de las administraciones públicas.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo anterior, el reconocimiento y la gestión de la asistencia sanitaria en los supuestos a que se refiere el artículo 3.2. e) y f) será competencia de las comunidades autónomas y el INGESA.

Por su parte, el reconocimiento y la gestión de los derechos de asistencia sanitaria derivados de las normas internacionales de coordinación de los sistemas de seguridad social, así como las demás funciones atribuidas por dichas normas a las instituciones competentes y organismos de enlace, corresponderán al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina.

2. Una vez reconocido el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, éste se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso

Documento asinado dixitalmente por:
Julio García Comesaña (07/12/2021 13:45)
https://sede.xunta.gal/cve?idcve=SAOC-K4G4-BOAH-OF4O-T12E-53XB-P2XY-3163-8881-1369-72

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual o del documento que en cada caso corresponda.

3. El Ministerio de Sanidad y las entidades y administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, podrán acceder telemáticamente a los datos referentes a la situación administrativa de los extranjeros sin contar con el consentimiento del interesado, así como a los datos que resulten imprescindibles para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.

Del mismo modo, el Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, podrán tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras, servicios comunes y órganos de las administraciones públicas competentes que resulten imprescindibles para verificar la concurrencia del reconocimiento y control del citado derecho. La mencionada cesión de estos datos no precisará del consentimiento del interesado.

El Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, tratarán la información a la que se refieren los dos párrafos anteriores con la finalidad de comunicar a las administraciones sanitarias competentes los datos necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y atención sanitaria con cargo a fondos públicos, sin precisar para ello del consentimiento del interesado.

Cualquier modificación o variación que puedan comunicar el Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, deberá surtir los efectos que procedan en la tarjeta sanitaria individual o en el documento que en cada caso corresponda."

Respecto del precepto reproducido hemos de indicar que, una vez más, la redacción del artículo 3 bis en su apartado 1 remite a un posterior desarrollo reglamentario para determinar los procedimientos para ejercer el reconocimiento y control del derecho. Resulta urgente dicho desarrollo para establecer un régimen de competencias claro y pormenorizado y regular un procedimiento rápido y coordinado entre el Ministerio, el INSS y las CCAA, que evite las situaciones de descoordinación, retrasos y datos no actualizados que se dan en la actualidad.

Por otra parte, el párrafo primero de este apartado abre la posibilidad de atribuir la gestión a otros órganos y entidades de las administraciones públicas. El plural utilizado en este artículo da a entender que pueden ser órganos no pertenecientes a la Administración estatal, lo cual sin duda requiere una aclaración.

El párrafo segundo del apartado, atribuye expresamente a las CCAA y al INGESA la competencia para el reconocimiento y gestión de la asistencia sanitaria en los supuesto a que se refieren las letra e) y f) del apartado 2 del artículo 3; pero tampoco estable ninguna ningún procedimiento. A este respecto, simplemente recordar la situación creada con la regulación del artículo 3 ter de esta ley que al no establecer ningún criterio común a seguir por las CCAA a la hora de establecer el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial, obligó a dictar la *Resolución del 20.06.2019 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social por la que se establecen las Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en el territorio español, para recibir asistencia sanitaria.*

Documento asinado dixitalmente por:
Julio García Comesaña (07/12/2021 13:45)
https://sede.xunta.gal/cve?idcve=SAOC-K4G4-BOAH-OF4O-T12E-53XB-P2XY-3163-8881-1369-72

Edificio Administrativo San Lázaro
15703 Santiago de Compostela
T. +34 881 542 712 – F. +34 881 542 722
sergas.gal

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

*"**Artículo 3 ter.** Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.*

1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos:

- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.
- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.
- A las menores de dieciocho años.

2. La citada asistencia será con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes siempre que dichas personas cumplan todos los siguientes requisitos:

a) No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable.

b) No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.
c) No existir un tercero obligado al pago.

3. La asistencia sanitaria a la que se refiere este artículo no genera un derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio español financiada con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas internacionales en materia de seguridad social aplicables.

4. Las comunidades autónomas y el INGESA, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo.

En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en España menos de 90 días, acreditada esta duración temporal por un documento válido para las entidades gestoras de los servicios de salud, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas o del INGESA. La atención sanitaria no podrá constituir el motivo de su desplazamiento.

En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde su solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago.

5. Las comunidades autónomas y el INGESA deberán comunicar al Ministerio de Sanidad, mediante el procedimiento que se determine, los documentos certificativos que se expidan en aplicación de lo previsto en este artículo."

Respecto del nuevo artículo 3 ter, hemos de indicar que, en el apartado 1, resulta inadecuado incluir la enumeración de las personas a las que se les prestará especial atención, porque no otorga ningún derecho nuevo y puede dar lugar a confusión. Por otra parte, no se debe olvidar que este artículo se refiere únicamente a personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.

Respecto al apartado 4, debería incluirse la posibilidad de que las CCAA puedan reconocer

Documento asinado dixitalmente por:
Julio García Comesaña (07/12/2021 13:45)
https://sede.xunta.gal/cve?idcve=SAOC-K4G4-BOAH-OF4O-T12E-53XB-P2XY-3163-8881-1369-72

Edificio Administrativo San Lázaro
15703 Santiago de Compostela
T. +34 881 542 712 – F. +34 881 542 722
sergas.gal

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

como válidos informes relativos a personas que se encuentren en España por menos de 90 días, emitidos por trabajadores de servicios sociales de otras administraciones (ej. local).

Con relación al último párrafo de este apartado 4, se debe aclarar que la asistencia se prestará con cargo a fondos públicos desde el momento de su solicitud, **siempre y cuando esta se presente cumpliendo los requisitos legales y la resolución sea favorable.**

Por otra parte, y continuando con el comentario respecto de las modificaciones propuestas en relación a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, el artículo 8 quedaría redactado de la siguiente forma:

"Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.
1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente o ambulatoriamente, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población."

Otro aspecto que tiene un gran impacto presupuestario, que no ha sido tenido en cuenta en la memoria económica que se presenta, es el de la inclusión de los "residentes ausentes" en la cartera de servicios completa (básica más complementaria) dentro de las prestaciones a las que tienen derecho tanto los residentes ausentes como sus ascendientes y descendientes directos. Recordemos que la cartera de servicios se amplía para toda la población, incluyendo tanto la cartera básica como la complementaria (ortoprótesis, farmacia, transporte sanitario, etc...). De ninguna manera rechazamos que se incluya a los residentes ausentes en la cartera de servicios completa pero este incremento de gasto no se ve compensado en ninguna partida y no ha sido contemplado por el Ministerio.

En conjunto, según datos del INE extraídos a 2 de diciembre de 2021, la población española residente en el extranjero (PERE), incluida la Unión Europea, es de 2.654.723 personas de las cuales 523.856 (19.7%) son inscritos en Galicia. Este volumen de personas que tendrían acceso a las prestaciones sanitarias se vería multiplicado por 3 si incluimos también a los familiares en primer grado y parejas de hecho, tal como está escrito en la norma. Con este escenario en Galicia el volumen de asegurados en el sistema público de salud gallego se vería incrementado en unos 1.571.568 personas más, pasando de 2.500.000 a 4.071.568 asegurados. Este impacto tanto sobre la parte económica como la asistencial supondría un importante golpe a la asistencia sanitaria que debería estar cuantificado con el fin de prever las situaciones presupuestarias que esto supondría y cuál sería la fuente de financiación.

Documento asinado dixitalmente por:
Julio García Comesaña (07/12/2021 13:45)
https://sede.xunta.gal/cve?idcve=SAOC-K4G4-BOAH-OF4O-T12E-53XB-P2XY-3163-8881-1369-72

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Por otra parte, la propuesta del Ministerio, en su literalidad, supone un problema para los sistemas sanitarios públicos de las CCAA, ya que se incluye dentro de la cartera común del SNS la rehabilitación que se realice en centros sanitarios y sociosanitarios incluyendo, de forma expresa, el transporte sanitario y todos aquellos 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.

La inclusión de este epígrafe obligaría, de facto, a los servicios **sanitarios** autonómicos a hacerse cargo de todas las terapias que se realicen a personas usuarias en el ámbito de las distintas Consejerías competentes en materia de política social, sobrecargando el sistema sanitario con pacientes en situación de discapacidad y/o dependencia, cuyo tratamiento debería ser competencia exclusiva de los servicios sociales de cada CCAA.

La línea de separación entre la atención sanitaria y social debería ser la situación de discapacidad y dependencia. Una vez un paciente entrase en los servicios de atención a la discapacidad o en el Sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD), serían los servicios sociales quienes se encargasen del ofrecimiento de aquellas prestaciones no sanitarias que mejoren la patología de base (terapia ocupacional, musicoterapia, etc.). Lo contrario significaría que el sistema de salud de cada CCAA sufragaría el coste de todas estas intervenciones de los sistemas sociales (piscinas terapéuticas, terapia ocupacional, logopedia a pacientes en situación de dependencia o discapacidad, musicoterapia, cromatoterapia, etc, etc) desvirtuando la verdadera misión del sistema sanitario público.

Por otro lado, también sería necesario eliminar la parte donde indica que "se incluirán los servicios accesorios que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo par la mejora de una patología de carácter crónico". ¿A qué servicios se refiere? ¿Podríamos considerar aquí tratamientos con animales, teatro, visitas culturales? Esta parte, escrita de forma genérica abre la puerta a la inclusión dentro de la cartera de servicios del SNS a una multitud de intervenciones que superan el marco de la atención sanitaria y pondrían una gran tensión financiera al sistema sanitario.

A tal efecto se propone eliminar la parte de "*los centros sociosanitarios*" y la parte de "*los servicios accesorios que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico*", con lo que el artículo 8.1. quedaría así:

"1 La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios, con ingreso del paciente o ambulatoriamente, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población."

Documento asinado dixitalmente por:
Julio García Comesaña (07/12/2021 13:45)
https://sede.xunta.gal/cve?idcve=SAOC-K4G4-BOAH-OF4O-T12E-53XB-P2XY-3163-8881-1369-72

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Artículo tercero. Modificación del 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.

Respecto de la modificación del artículo 26 del citado Real decreto, damos por reproducidos y nos remitimos a las consideraciones efectuadas respecto de la propuesta de modificación del artículo 3, apartado 2, letra d) de a Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS.

Artículo cuarto. Modificación del 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.

Se modifica el Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, en los siguientes términos:

Uno. El artículo 9 queda redactado de la siguiente forma:

"*Artículo 9. Aportación del usuario.*

2. Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que en el momento de la dispensación pertenezcan a una de las categorías exentas de la aportación en la prestación farmacéutica.

Tras revisar los datos de prescripción ortoprotésica de los años 2019 y 2020, y cruzar los NASI con los TSI de cada paciente, observamos que del total de 60.679 prescripciones, pertenecen a los pacientes exentos con una TSI 001 un total de 3.396 pacientes, lo que supone el 5,5% del total de prescripciones estarían exentas por esta vía.

En caso de que el Ministerio quisiera también mantener exentos de pago a aquellas personas con una discapacidad superior al 33%, esto supondrían un total de 3.200 personas (5,2% del total).

En resumen, la suma de ambos escenarios supondría que el 10,5% de las prescripciones estarían exentas del copago.

En cualquier caso, sería exigible al Gobierno de España el incremento presupuestario para hacer frente al gasto que supondría tanto la exención del copago en la ortoprótesis como en el las nuevas inclusiones en cartera de servicios. Recuerdo que las últimas inclusiones en cartera han venido sin incremento presupuestario adicional.

Documento asinado dixitalmente por:
Julio García Comesaña (07/12/2021 13:45)
https://sede.xunta.gal/cve?idcve=SAOC-K4G4-BOAH-OF4O-T12E-53XB-P2XY-3163-8881-1369-72

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Finalmente, insistimos en que la propuesta formulada a través del anteproyecto supone, en términos reales, un incremento presupuestario mayor del que se hace constar en las memorias de análisis de impacto, que no podrá ser asumido exclusivamente por la comunidad autónoma, por lo que requerirá del establecimiento de mecanismos de compensación que permitan hacer frente a dicho incremento.

Además, la propuesta de modificación de los artículos 3 y 8 de la Ley 16/2003, en los términos en los que se enuncia, supondrá un impacto económico mayor del previsto, no solo en términos presupuestarios, sino también en términos prestacionales o de cartera de servicios y de usuarios potenciales, tal como se ha expuesto y razonado anteriormente.

En Santiago de Compostela, en la fecha que consta en la firma electrónica que aparece inserta.

El conselleiro de Sanidad

Julio García Comesaña.

Documento asinado dixitalmente por:
Julio Garcia Comesaña (07/12/2021 13:45)
https://sede.xunta.gal/cve?idcve=SAOC-K4G4-BOAH-OF4O-T12E-53XB-P2XY-3163-8881-1369-72

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Región de Murcia
Consejería de Salud

Secretaría del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Sanidad
C/ Paseo del Prado 18-20 28071 MADRID

En relación al ANTEPROYECTO DE LEY POR EL QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD remitido por ese Ministerio, en trámite de audiencia, le adjunto para su conocimiento y consideración las observaciones de esta Consejería de Salud en relación del texto propuesto.

Murcia, (documento firmado en la fecha reseñada al margen)
EL CONSEJERO DE SALUD

Fdo.: Juan José Pedreño Planes.

PEDREÑO PLANES, JUAN JOSE 08/12/2021 20:14:17
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros.
Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: https://sede.carm.es/verificardocumentos e introduciendo del código seguro de verificación (CSV) CARM-0cdb7593-585b-16c3-6e49-00505691b34e7

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

INFORME DE LA CONSEJERÍA DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA, EN RELACIÓN AL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Visto el proyecto de anteproyecto de Ley, por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, remitido en trámite de audiencia por el Ministerio de Sanidad, se emite informe preceptivo por las unidades competentes de la Secretaría General, en relación al texto propuesto:

1. ANTECEDENTES NORMATIVOS:

El vértice del sistema sanitario español se encuentra recogido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que configuró el régimen y estructura del Sistema Nacional de Salud, entendido como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas, y en el que se integran 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, previsto en el artículo 43 de la Constitución Española.

Además de este texto normativo, también debe citarse de modo preferente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que fue el texto legal encargado de vertebrar y cohesionar dicho sistema para procurar la necesaria homogeneidad en la gestión de las diferentes prestaciones y servicios que garantizan ese derecho a la salud. Esta Ley fue la encargada, entre otros muchos aspectos, de profundizar en el concepto de cartera común de servicios asistenciales y también en la determinación y concreción del derecho para el acceso a las prestaciones asistenciales.

Finalmente, el tercer gran pilar normativo en que se sustenta el derecho a la protección de la salud se encuentra recogido en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que contiene y regula el conjunto de principios, actuaciones y funciones que se centran fundamentalmente en garantizar y proteger la salud colectiva del conjunto de ciudadanos.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

En otro orden de cosas, el antecedente más inmediato y afín al presente anteproyecto de Ley, objeto de informe, es el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, que introdujo diversos e importantes cambios en las leyes sanitarias más importantes, con la finalidad de promover la universalidad en el acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, desligando el concepto de titularidad del derecho a la asistencia sustentado con el de aseguramiento, para sustentarlo en la condición de ciudadanía y revirtiendo de este modo el derecho a la protección de la salud de las personas inmigrantes en situación irregular, que fue reducido tras la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que únicamente reconoció la posibilidad de la atención urgente a este colectivo de inmigrantes.

2. OBJETO DEL ANTEPROYECTO DE LEY:

De conformidad con su propia exposición de motivos y con la Memoria de Análisis de Impacto Normativo que acompaña al anteproyecto, el objetivo esencial del presente texto normativo, según sus propios términos, sería "*desarrollar medidas para la consolidación de los principios de universalidad, equidad y cohesión del SNS. Para ello, incorpora elementos con objeto de minimizar las desigualdades en salud sin dejar a nadie atrás y para reforzar estructuralmente el buen gobierno o gobernanza y la legitimidad de nuestro sistema sanitario público, en cooperación con otras estructuras y ámbitos. Con ello, 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.*"

Para ello, el anteproyecto prevé la modificación de algunas de las leyes sanitarias más importantes anteriormente mencionadas, a raíz de las circunstancias generadas por la gestión de una pandemia sin precedentes y que según su memoria justificativa origina la necesidad de reforzar el sistema sanitario público. En concreto, las principales modificaciones que propone, son:

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- Se introduce una primera modificación en la Ley General de Sanidad, en concreto su artículo 90, con la finalidad de potenciar el sistema sanitario público estableciendo 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. De tal modo que la utilización del 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.

- Con la finalidad de profundizar en los aspectos de universalidad y cohesión, también se pretende la modificación del artículo 2 de la citada Ley 16/2003, de 28 de mayo, para ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y a sus familiares que les acompañen y garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España, ya que según se indica en la Main se han observado por las entidades que trabajan este ámbito de la inmigración deficiencias y diferencias en los criterios de aplicación por las Comunidades Autónomas a las reformas de universalización de la asistencia sanitaria que fueron introducidas por el Real Decreto-Ley7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Además, también se reconoce el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación.

- También se pretende introducir una modificación importante en el artículo 8 de la citada Ley de cohesión y calidad del SNS, con la finalidad de recuperar el concepto unitario de la cartera común de servicios del SNS, como una única cartera cuya provisión estará cubierta de forma completa por financiación pública, y que con la reforma del Real Decreto-Ley 16/2012, de 12 de abril, fue compartimentada en tres grandes bloques: cartera común básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria y cartera común de servicios accesorios, y ello con la finalidad de establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- También se redefine la cartera, de forma inequívoca, para clarificar que las prestaciones de salud pública forman parte de la cartera común de servicios del SNS y que deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. A su vez, se pretende introducir modificaciones puntuales en los artículos 13 y 14 de la Ley 16/2013, de 28 de mayo, para clarificar el concepto de rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable tanto en las prestaciones de atención especializada como en las de atención sociosanitaria y evitar la aplicación de criterios dispares.

- El anteproyecto también procura potenciar la participación ciudadana en el ámbito de las políticas de salud a través de la incorporación de estos movimientos participativos en el Comité Consultivo del SNS, como órgano dependiente del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el SNS, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones que lo componen.

-También se introducen modificaciones con la finalidad de responder a la necesidad de disponer de estructuras que faciliten una coordinación efectiva entre los ámbitos social y sanitario, y en su caso educativo, en todo el territorio nacional, lo que se ha apreciado especialmente necesario tras la pandemia.

- Se pretende suprimir el apartado 5 del artículo 3 de la referida Ley 16/2003, relativo al Fondo de Garantía Asistencial (FOGA), que recoge el mecanismo de las cuantías a liquidar en relación con los desplazamientos de larga y corta duración, con la finalidad, se indica, de proceder al posterior desarrollo reglamentario que el FOGA requiere y sobre el que hasta la fecha no ha existido acuerdo entre las Comunidades Autónomas para su regulación.

- También se pretende establecer las garantías necesarias para que la aportación ortoprotésica de las personas que requieren de productos ortoprotésicos no sea superior a la actual así como equiparar los colectivos de personas que están excluidos de aportación en la prestación ortoprotésica en relación con la farmacéutica.

- También se pretende la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, como ente público con personalidad

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

jurídica propia, que englobe en Red al conjunto de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Ministerio y de las Comunidades Autónomas.

- Finalmente, se pretenden incluir la habilitación del desarrollo de criterios para el acceso al trasplante de órganos de donante fallecido (TODF), para garantizar y consolidar que ninguna persona pueda acceder a la lista de espera mediante el pago de una contraprestación.

3. ÁMBITO COMPETENCIAL:

Desde el punto de vista competencial, el presente anteproyecto de Ley específica en su disposición final primera que se dictaría al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.1 y 149.1.16 de la Constitución Española.

Ello significaría que, de conformidad con dicha previsión, el título competencial habilitante estaría sustentado en la competencia exclusiva atribuida al Estado para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales y para dictar las bases y coordinación general de la sanidad

4. OBSERVACIONES JURÍDICAS AL ANTEPROYECTO.

Analizado el anteproyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para garantizar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, se formulan seguidamente las siguientes consideraciones y observaciones jurídicas y/o de oportunidad:

1. Con carácter previo, hay que indicar que nos encontramos ante un anteproyecto que, según explicita su exposición de motivos y Memoria que lo acompaña, pretende reforzar los principios de equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud y ello mediante la potenciación del concepto de gestión pública de los servicios sanitarios, la ampliación del derecho a la asistencia sanitaria de determinados colectivos, la reordenación de la cartera común de servicios sanitarios, el fomento de la participación ciudadana en el Sistema Nacional de Salud, si bien algunos de los aspectos que pretenden incluirse presenten un carácter más teórico que práctico

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

y otros queden planteados con cierta ambigüedad o indefinición. Para obtener estos objetivos, este anteproyecto se configura como un texto de carácter modificativo que introduce modificaciones puntuales a diversos textos legales y también reglamentarios.

2. El artículo primero del anteproyecto pretende introducir dos modificaciones en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En primer término, se introduciría un artículo 47, que en estos momentos se encuentra vacío de contenido, denominado "Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud" y un nuevo artículo 90 bis, denominado "régimen jurídico de los consorcios sanitarios".

Es obligado reflejar que la Ley General de Sanidad diseñó la estructura y ordenación del Sistema Nacional de Salud, configurado como la suma de los servicios de salud cuya gestión corresponde al Estado y a las Comunidades Autónomas, como el conjunto de centros, servicios y establecimientos sanitarios a través de los que se garantiza el derecho a la protección de la salud.

Ciertamente la visión de esta ordenación y estructuración sanitaria se sustentaba fundamentalmente en la gestión directa de esos centros y servicios por parte de las propias Administraciones Sanitarias, sin perjuicio de que posteriormente el propio título IV de la Ley regulase el ejercicio de las actividades privadas en el ámbito sanitario, reconociendo, como no podía ser de otro modo, la libre iniciativa de las empresas privadas, y específicamente regulando la vinculación de los hospitales generales de carácter privado mediante convenios singulares (artículos 66 y 67 LGS), y también la posibilidad de establecer conciertos para la prestación del servicio sanitario con medios ajenos, dando prioridad a los establecimientos, centros y servicios sin carácter lucrativo (artículo 90).

Posteriormente, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, heredera a su vez del Real Decreto Ley 10/1996, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Insalud, introdujo la previsión para ampliar y habilitar la posibilidad de utilizar nuevas formas de gestión para la prestación de los servicios sanitarios. A tal efecto, estableció que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios podía llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho; entre otras formas jurídicas, la gestión a través de entes

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

interpuestos dotados de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones -en los mismos términos a las ya creadas- u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico.

Con posterioridad en el año 2014, se introdujo una modificación puntual en esta Ley de 1997 sobre nuevas formas de gestión sanitaria, incorporando una disposición adicional única con la finalidad de regular específicamente el régimen jurídico de los consorcios sanitarios.

Pues bien, las dos modificaciones de la Ley General de Sanidad propuestas por el anteproyecto pretenden en esencia incorporar el contenido del artículo único y la disposición adicional de la citada Ley 15/1997, de 25 de abril, al propio articulado de la Ley General de Sanidad. En sí, esta previsión integradora puede considerarse razonable, si bien es necesario indicar que la incorporación incluye un párrafo añadido sobre el que conviene hacer una serie de puntualizaciones.

Efectivamente, el artículo 47 que se pretende introducir, adicionaría un párrafo tercero del siguiente tenor literal:

"*3. 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. 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 realidad, este apartado tiene un carácter más de enunciado programático o declaración de intenciones que de previsión reguladora efectiva. Partiendo de la premisa de que, en efecto, la Ley General de Sanidad configuró un Sistema Nacional de Salud sustentado fundamentalmente en la gestión directa de las prestaciones y servicios sanitarios por parte de las propias administraciones públicas sanitarias, lo que se corresponde con la realidad habitual en el conjunto de Comunidades Autónomas y ciudades con estatuto de autonomía y de modo especial en nuestra Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Ahora bien, la inclusión de esta previsión de preferencia en los términos redactados no va a favorecer la claridad ni la seguridad

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

jurídica, ya que la redacción genérica y ambigua de este apartado que condiciona la utilización excepcional de otras formas de gestión a contar con "*una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario social y económico la necesidad de acudir a ellas"* se aprecia como un concepto jurídico indeterminado sujeto a interpretación que únicamente puede servir para generar controversia jurídica cuando no judicial, al margen de desconocer o ignorar una realidad que está siendo utilizada por numerosas comunidades autónomas.

Ciertamente, cualquier administración sanitaria que advierta la necesidad de utilización de fórmulas de gestión indirecta a través de la creación o utilización de medios de gestión indirecta como las empresas públicas sanitarias, fundaciones sanitarias etc. o, en su caso, mediante el establecimiento de líneas de colaboración con el sector sanitario privado, está obligada a realizar un estudio previo y en profundidad de las implicaciones presupuestarias, sanitarias y de personal que comporta esta previsión.

Por otra parte, la previsión de preferencia en favor de la gestión directa pública no puede suponer la supresión o eliminación absoluta del establecimiento de vías de colaboración con las empresas sanitarias privadas, no sólo porque podría suponer una vulneración de principios constitucionales e incluso comunitarios, sino también porque iría en contra de la propia Ley que recoge también la posibilidad de realización de convenios singulares con hospitales del ámbito privado o el establecimiento de conciertos con empresas sanitarias del sector. Además, no puede obviarse que son las administraciones sanitarias gestoras, en el marco de los principios básicos estatales, a las que les corresponde determinar qué instrumentos y medios son los más adecuados, en función de sus peculiaridades, para garantizar las prestaciones y servicios sanitarios y ello en virtud de la competencia de autoorganización que corresponde en exclusividad a cada Comunidad Autónoma.

Por todo ello, sin perjuicio de que se valore o no mantener el término "preferente" para referirse al modo de gestión directo con medios propios por parte de las administraciones sanitarias, lo que sí debería en todo caso eliminarse es el citado inciso final relativo a su utilización como recurso excepcional vinculado a una memoria social, sanitaria y de personal.

3. El artículo segundo del anteproyecto pretenden incorporar determinadas modificaciones en relación a la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

En relación a estas modificaciones, la Main específica que obedecen a la necesidad de reforzar los siguientes objetivos:

> *1. Respecto al acceso universal al SNS (modificación de los artículos 3, 3bis y 3 ter)*
>
> *2. Respecto a la cartera común de servicios del SNS (modificación del artículo 8, 13 y 14).*
>
> *3. Respecto a la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso, educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas (modificación del artículo 14):*
>
> *4. Respecto a la participación ciudadana.*

Pues bien, por lo que respecta a las modificaciones relativas al acceso universal al SNS, el texto introduce de nuevo la redacción completa de los artículos 3, 3 bis y 3 ter indicando que se pretende homogeneizar la aplicación de los criterios de universalidad ya establecidos con el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, que en la práctica han venido aplicando desde entonces las diferentes comunidades autónomas, sin embargo la relación propuesta no introduce criterios aclaratorios y se centra en la incorporación en la Ley de dos nuevos colectivos, cuya asistencia sanitaria está parcialmente reconocida en vía reglamentaria.

En primer término, en el artículo 3.2 se incluye una nueva letra d) para incluir el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior que se desplaza temporalmente al territorio español, así como a los familiares que le acompañen.

Este derecho ya se encontraba parcialmente reconocido en el 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, si bien con un carácter más limitado y ante la carencia de otra normativa española o internacional que garantice dicha prestación sanitaria. Esta modificación pretende amparar el derecho a la asistencia sanitaria a los españoles o familiares desplazados temporalmente a nuestro país con independencia de que dicha persona sea titular de este derecho a la asistencia

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

sanitaria por cualquier otro título reconocido por la normativa española, por reglamentos comunitarios o por convenios bilaterales.

Pues bien, reconociendo el deber de garantizar que ningún español en el extranjero con motivo de un desplazamiento temporal a España quede desamparado, lo lógico es que esta cobertura se configurase con carácter supletorio o subsidiario en defecto de un título habilitante por el que esa persona ostente ya el derecho a la asistencia sanitaria en nuestro país.

Y esta previsión resultaría tanto más necesaria atendiendo al inciso final que se incorpora en el anteproyecto al indicar que “Para que las personas contempladas en la letra d) reciban atención sanitaria con cargo a fondos públicos, esta atención no podrá constituir el motivo de su desplazamiento”. Es decir, la Ley pretende indicar que la cobertura sanitaria que se pretende garantizar no ampara en modo alguno aquellos desplazamientos a España cuyo motivo principal sea recibir una determinada prestación o servicio sanitario. Por este motivo, y dada la dificultad que las administradoras gestoras de la asistencia sanitaria pueden tener medios para comprobar la concurrencia de esta circunstancia, lo más adecuado sería precisamente configurar y reconocer este derecho con carácter supletorio o subsidiario a la aplicación del título que, en su caso, pueda tener reconocido el español residente en el extranjero.

En segundo lugar, en el artículo 3.2 también se incluyen las letras e) y f) para proceder a la inclusión como titulares del derecho a la asistencia sanitaria a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y a las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación. En realidad, como pone de manifiesto la propia Main, estas personas ya tenían reconocido este derecho en virtud del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, por lo que su inclusión obedece únicamente a una previsión de incorporar en un texto con rango de Ley este derecho a la asistencia sanitaria de estas personas.

Al margen de ello, como en tantas otras ocasiones en que se ha procedido a la ampliación del reconocimiento a la asistencia sanitaria o a la ampliación de la cartera de servicios por parte de la Administración del Estado, es obligado reiterar la necesidad de

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

que la adopción de cualquier reforma legal lleve aparejado a favor de las Comunidades Autónomas, por lealtad institucional la atribución de la correspondiente dotación presupuestaria, suficiente y específica, para hacer frente a estos compromisos legales, sin que a estos efectos resulte suficiente considerar que el régimen general de financiación de las comunidades autónomas permita garantizar la suficiencia de medios para afrontar esos nuevos compromisos, máxime en aquellas comunidades autónomas, como sucede especialmente con la Región de Murcia, que atendiendo a la actual sistema de financiación se encuentran en una situación claramente deficitaria respecto a otros territorios.

Por otra parte, también se incorpora la redacción completa de los artículos artículo 3 bis y 3 ter con pequeñas variaciones respecto a la redacción actual que no aporta grandes novedades y que en nada clarifican los procedimientos para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, teniendo en cuenta que una vez más se remite al desarrollo posterior reglamentario, ni tampoco en lo relativo a la atención de personas extranjeras no registrados ni autorizadas residentes en España cuya determinación del procedimiento se sigue dejando en manos de las Comunidades Autónomas sin concretar unos criterios mínimos para su aplicación homogénea, salvo por las recomendaciones en su día aprobadas mediante Resolución de 20 de junio de 2019 de la Dirección general de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, de 20 de junio de 2019, sobre recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, que por su rango resultan claramente insuficientes.

Se reitera que pese a que la Main pone de manifiesto las diferencias en la aplicación de este artículo por parte de las diferentes Comunidades Autónomas, este anteproyecto no introduzca en este artículo 3 ter algunas especificaciones mínimas sobre el reconocimiento del derecho, por ejemplo en la línea del Protocolo elaborado por la Comunidad Valenciana, así como sobre la extinción de este derecho, con objeto de dar rango suficiente y homogéneo a ambas previsiones y no dejar otra vez abierto a interpretación subjetiva la aplicación de este artículo.

4. Dentro de este artículo segundo, el anteproyecto también pretende introducir determinadas modificaciones en el ámbito de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Por una parte, tiene intención de recuperar o retornar al concepto inicial de la propia Ley 16/2003, que configuró una única cartera común de servicios y que con la modificación introducida mediante el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, se desglosó en tres modalidades, a saber: cartera común básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria y cartera común de servicios accesorios, pudiendo estas dos últimas estar sujetas a aportación o reembolso del usuario.

Dicho esto, hay que reflejar que, según manifiesta la propia Main, la esencial pretendida es evitar la introducción de nuevos copagos sanitarios, cuya posibilidad fue abierta por el Real Decreto ley 16/2012, de 20 de abril, respecto a prestaciones como el transporte sanitaria no urgente o a los productos dietoterápicos, o bien modificar los copagos existentes, como en los productos ortoprotésicos ambulatorios dado que, si bien la prestación ortoprotésica siempre ha estado teóricamente vinculada a la aportación farmacéutica, lo cierto es que al no haberse desarrollado reglamentariamente se regía por su propia normativa.

En atención a estas consideraciones, el anteproyecto simplifica la redacción del artículo 8, haciéndose un especial hincapié a la prestación de salud pública como integrante de esa cartera común de servicios, y deroga expresamente los otros artículos 8 bis, 8 ter, 8 quater que fueron añadidos con la reforma del citado Real Decreto Ley 16/2012. A su vez, también modifica la redacción del artículo 9 del 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, introduciendo una previsión para indicar que en todo caso resultarán exentos de aportación aquellos colectivos que lo estén en el ámbito de la prestación farmacéutica, sin enumerar los colectivos concretos exentos de aportación, para que en todo momento se consideren incluidos aquellos a los que de conformidad con la normativa se les haya reconocido dicha condición, como sucede, entre otros, con las personas beneficiarias del ingreso mínimo vital o menores de edad con grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%.

Dicho esto, sin perjuicio de considerar correcto desde un punto de vista técnico el retorno a la reunificación de la cartera común de servicios, la redacción dada, no obstante, genera ciertas dudas y preocupaciones. En primer término, por la amplitud e

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

inconcreción del concepto de “servicios accesorios” que resulta excesivamente amplio y difuso, manteniendo esta previsión actualmente recogida en el artículo 8 quater que ahora se pretende derogar y que curiosamente no se contemplaba en la redacción original a la que se pretende retornar. Por ello sería importante, en el caso de mantener esta previsión de servicios accesorios que se concretará mínimamente su contenido.

Por otra parte, aun cuando en la Main manifieste que su interés es la eliminación de nuevos copagos y que la Ley indique expresamente que la cartera común de servicios está financiada en su totalidad con cargo a los fondos públicos, lo cierto es que la reforma introducida no elimina el sistema de copago ya que añade a continuación “sin perjuicio de las especificidades establecidas en que dadas eso normativa específica”, siendo precisamente estos reglamentos de desarrollo en donde se encuentra fijado este sistema.

Por este motivo, sí hay que reflejar por lo que respecta a la modificación del artículo 9 del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, en la misma línea de lo apuntado en apartados anteriores, que la previsión de ampliar los colectivos exentos en el ámbito de la prestación ortoprotésica para equipararlos a las exenciones de la prestación farmacéutica, comporta un gasto sanitario añadido que, aun cuando no suponga una cuantía muy elevada, ahonda también los problemas y déficits de financiación expuestos.

5. En relación también a la cartera común de servicios, se da nueva redacción a los artículos 13 y 14 de la Ley, que regulan, respectivamente, las prestaciones de atención especializada y de la atención sociosanitaria. En ambos casos, en el listado de actividades que comprenden cada una de estas prestaciones está incluida la de pacientes con déficit funcional recuperable. La modificación propuesta en ambos artículos introduce para esta actividad una definición del término “recuperable”, y ello según se indica con objeto de garantizar una interpretación homogénea de la norma.

La definición que se incorpora no es otra que la que ya se recoge en el apartado 8 del anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, donde se establece que es aquella “encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual“. Dicho esto, es obligado reflejar que es loable procurar una interpretación homogénea de concepto

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

previsto en la Ley, pero sin embargo esta definición actualmente recogida en la norma reglamentaria no es quizá lo suficientemente clarificadora y puede dar lugar a criterios dispares en su aplicación por parte de las diferentes Comunidades Autónomas.

Además, de modo específico el artículo 14 ha introducido una modificación puntual en relación a la prestación sociosanitaria para incluir una mención específica al ámbito educativo. Al respecto indicar únicamente que absolutamente imprescindible potenciar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, y también con el sector educativo, si bien este propiamente no debe ser considerado como agente directo de esta prestación.

Finalmente, en relación a esta Ley se introduce una modificación puntual en el artículo 67 para incorporar en el Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud 8 representantes, los mismos que los previstos para organizaciones sindicales y empresariales, en representación de “organizaciones de pacientes y organizaciones ciudadanas más representativas”. Sobre este punto hay que evidenciar la ambigüedad y poca concreción de este sector de participación, siendo aconsejable definir un poco más qué se entiende por organizaciones ciudadanas y no posponer su definición al posterior desarrollo reglamentario.

6. Además de las modificaciones introducidas en los artículos tercero y cuarto del anteproyecto, para proceder a una modificación puntual de los reglamentos antes mencionados que afectan a la regulación de las prestaciones de los españoles en el extranjero y a la prestación ortoprotésica, sobre las que ya se han manifestado la discrepancia sobre la ausencia de financiación de los nuevos colectivos y servicios prestados, el artículo quinto de la Ley prevé una modificación del artículo 3º del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Dicho artículo regula el denominado Fondo de Garantía Asistencial (FOGA), respecto al que se introduce es una modificación altamente preocupante. Cabe recordar que en el año 2002 se creó y reguló por primera vez el Fondo de Cohesión Sanitaria, con carácter presupuestario en inicio y después extrapresupuestario, con la finalidad de compensar a las comunidades autónomas por el gasto sanitario generado por los ciudadanos comunitarios residentes o desplazados en nuestro país como consecuencia

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

de la aplicación de los reglamentos comunitarios, así como por la asistencia sanitaria entre comunidades autónomas originadas por supuestos concretos de derivación de pacientes entre comunidades autónomas o por la asistencia sanitaria originada por la aplicación de los usos tutelados así como por la utilización de centros y servicios de referencia. Desde entonces muchas comunidades autónomas, incluida la Región de Murcia, venían reclamando la necesidad de compensar también la asistencia originada por ciudadanos procedentes de otras comunidades en sus desplazamientos temporales.

Pues bien en el año 2012, el citado Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, procedió a la creación del citado Fondo de Asistencia Sanitaria perfilando en su artículo 3.5, aún de forma incompleta y no perfecta, un sistema de compensación de carácter también extrapresupuestario tanto para los desplazamientos de corta como de larga duración, pero que al menos procuraba afrontar los desequilibrios originados por esos desplazamientos temporales no reembolsados.

Como bien refleja la Main que acompaña al anteproyecto, casi nueve años después de su creación no se ha procedido al desarrollo reglamentario de este Fondo, lo que ha sido puesto en evidencia por el Tribunal de Cuentas, por lo que en la práctica y hasta el momento, solo se ha aplicado la compensación de manera parcial, compensando la asistencia de atención primaria y la prestación farmacéutica dispensada mediante receta oficial en las oficinas de farmacia, sin considerar el tiempo del desplazamiento ni otros tipos de asistencia ni de prestación farmacéutica, como la dispensación de medicamentos en centros sanitarios, pero no la asistencia en atención especializada ni los desplazamientos de larga duración y ello como consecuencia de la falta de consenso entre las Comunidades Autónomas.

Pues bien, el anteproyecto de Ley en vez de afrontar la mejora en la regulación de este artículo y, en todo caso, emplearse en impulsar con empeño la aprobación de un reglamento de desarrollo, propugna como solución la eliminación de ese apartado 5 del artículo 3 para “retornar a la casilla de salida” y dificultar aún más el consenso entre las Comunidades Autónomas, lo que en la práctica puede originar que este Fondo de Garantía Asistencial quede prácticamente desactivado, salvo en la compensación que se deriva por el gasto a desplazados a través de oficina de farmacia y ello gracias al impulso que durante todos estos últimos años se ha dado a la interoperabilidad para la implantación de la receta electrónica.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

En definitiva, la falta de consenso no se soluciona eliminando, sin más, la escasa regulación existente sino mejorando la situación actual y dando respuesta a la necesidad de compensar el gasto sanitario que se origina a aquellas Comunidades Autónomas que son especialmente receptoras de pacientes desplazados temporales, por razones turísticas o de trabajo.

CONCLUSIÓN:

A la vista del anteproyecto de Ley propuesto, cabe formular las siguientes consideraciones de carácter conclusivo:

1. Aun cuando el anteproyecto se presente como un texto que pretende garantizar, o más aún, "blindar el sistema sanitario público" y eliminar la inclusión de nuevos sistemas de copago, la realidad es que la virtualidad práctica debe apreciarse con un alcance muy limitado, ya que la preferencia por un sistema de gestión directa y público de los servicios y prestaciones sanitarias debe enmarcarse, precisamente, en una mera declaración de intenciones o posicionamiento en la misma línea que se encuentra ya recogido en la Ley General de Sanidad, pero en modo alguno debe ser entendido ni interpretado como prohibición o excepcionalidad extrema a la posibilidad de utilización de cualesquiera otras formas de gestión indirecta de la prestación de servicios, previstas en la propia Ley, porque ello podría rozar la tacha de inconstitucionalidad e implicar también una posible invasión de competencias, por ser las comunidades autónomas, como entidades gestoras encargadas de garantizar la prestación de servicios sanitarios y asistenciales, las que deben concretar y definir en el ejercicio de su potestad de autoorganización los mecanismos e instrumentos para llevar a cabo la prestación de un servicio sanitario que, ciertamente tiene carácter público debiendo ser garantizado por las administraciones públicas sanitarias, pero sin que ello signifique que su gestión deba prestarse en exclusividad mediante gestión directa pública.

2. En su interés por ahondar en la universalidad y en la ampliación de determinadas prestaciones, el anteproyecto de Ley introduce cambios, en especial en lo que se refiere a los desarrollos reglamentarios que afectan a los españoles que retornan del extranjero y a la prestación ortoprotésicas, que comportan un incremento del gasto sanitario que deben asumir las Comunidades Autónomas sin que se les ofrezca o garantice ningún tipo de contraprestación al respecto, lo que resulta cada vez más

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

gravoso para aquellas Comunidades Autónomas especialmente perjudicadas con el actual sistema de financiación autonómica, ya que con los mismos medios disponibles se deben cada vez asumir más servicios y prestaciones. Además, este mismo argumento se ve agravado por la reforma que se pretende introducir respecto al FOGA, al eliminar cualquier previsión mínima sobre esos mecanismos de compensación por los desplazamientos temporales, debiendo empezar de cero y posponiéndolo a un desarrollo reglamentario ya de por sí complicado.

3. Finalmente, esta Consejería de Salud considera interesante abrir una reflexión al hilo de la elaboración del presente anteproyecto. Aun cuando en la parte expositiva y en la Main se explicite el interés por impulsar las medidas de salud pública como una parte esencial del conjunto de actividades que integran el Sistema Nacional de Salud, la realidad es que el proyecto en nada se ocupa para potenciar las medidas y actuaciones en el ámbito de la salud pública, salvo en incorporar un sector nuevo de participación en el Comité Consultivo del SNS.

En este sentido, podría ser un buen momento para abrir un debate entre el propio Ministerio y todas las Comunidades Autónomas para reformar el capítulo VIII, relativo a la salud pública de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud o incluso algunos aspectos de la propia Ley 33/2011, General de Salud Pública, a los efectos de reforzar la definición y concreción de medidas y actuaciones excepcionales en materia de salud pública que las administraciones públicas sanitarias tengan la posibilidad de adoptar ante una situación de pandemia o ante un grave problema de salud pública. Incluso, si así se considerase conveniente, mediante la reforma, ampliación o aprobación de una nueva Ley Orgánica de medidas excepcionales que superase la indeterminación y ambigüedad de la vigente Ley Orgánica 3/1986, de medidas excepcionales en materia de salud pública, que tantos problemas ha causado a las administraciones públicas autonómicas, en especial a partir de mayo de 2021 tras la finalización del segundo Estado de Alarma.

Es verdad que la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha admitido con carácter general la suficiencia de la citada Ley Orgánica 3/1986 para la adopción de medidas excepcionales restrictivas que afecten a derechos fundamentales dirigidos a una colectividad, y no sólo a medidas de carácter individual, pero ello siempre sometido a autorización judicial previa y a unas estrictas medidas de control y proporcionalidad, que han originado en muchos casos situaciones de trato diferenciado en función de los

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

criterios que adoptasen los diferentes Tribunales Superiores de Justicia, al requerir una interpretación subjetiva no sustentada en principios legales de carácter general.

En este sentido, tanto el Consejo de Estado en su Dictamen 231/2021, de 22 de marzo, como el Tribunal Supremo en diversas Sentencias emitidas frente a disposiciones adoptadas por las Comunidades Autónomas, entre las que destaca la sentencia 719/2021, de 24 de mayo y otras concordantes, han tenido oportunidad de pronunciarse sobre la suficiencia de esa la Ley Orgánica 3/1986, si bien poniendo de manifiesto la conveniencia de afrontar una mayor concreción legislativa al respecto, al indicar *"Sin ninguna duda hubiera sido deseable que, en vez de a conceptos indeterminados y cláusulas generales, pudiéramos acudir a una regulación específica para afrontar la pandemia que detallase cuantos extremos fueran susceptibles de precisión para ofrecer la máxima seguridad jurídica…".*

Esta carencia ha provocado, en especial durante el transcurso de la quinta ola de la pandemia, desigualdades, desconcierto entre los ciudadanos y dificultades en la toma de decisiones por las comunidades autónomas que en diversos supuestos han visto denegadas su pretensión de adoptar medidas excepcionales restrictivas de derechos, aun cuando este no sea el caso de la Región de Murcia, y que ha impulsado a varias administraciones autonómicas a la aprobación de textos legales propios en un intento de suplir las lagunas y carencias de la normativa básica estatal, cuando lo deseable hubiera sido afrontar de manera conjunta y consensuada una legislación específica de carácter básico.

La elaboración y aprobación de esta normativa específica con rango normativo suficiente posibilitaría disponer de un abanico homogéneo de medidas excepcionales restrictivas con afectación de derechos fundamentales de la colectividad, que pudiesen ser aplicadas por las administraciones sanitarias autonómicas en función de su situación epidemiológica concreta pero garantizando criterios homogéneos con una mayor seguridad jurídica. Este sería un buen objetivo para impulsar de manera real y efectiva las medidas y actuaciones de prevención y equidad en salud pública.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Vicepresidencia Segunda y
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

JUNTA DE EXTREMADURA

Avda. de las Américas, 2
06800 MÉRIDA
Teléfono: 924 00 41 00
Fax: 924 00 41 99

Firmado por: Jose Luis Vicente Torrecilla; CSV: PFJE1639804559494; 13/12/2021 11:13

Secretaría del Consejo Interterritorial
del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad
Paseo del Prado, 18-20
28071 Madrid

En relación con el ***"Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud"***, enviado por la Secretaría del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a esta Vicepresidencia Segunda y Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Extremadura en trámite de audiencia.

Le comunico que, una vez revisada la documentación remitida, no existen alegaciones al citado Anteproyecto de Ley, estando de acuerdo con la totalidad de lo expuesto y desarrollado en él.

EL DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN, FORMACIÓN
Y CALIDAD SANITARIAS Y SOCIOSANITARIAS

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código Seguro de Verificación CSV: P24YUEM9BL075K0LM1Q8J3D0F8WH73X2RE4R
Puede verificar la autenticidad de este documento en https://csia.saludcastillayleon.es/cotejo/?csv=P24YUEM9BL075K0LM1Q8J3D0F8WH73X2RE4R

INFORME DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY POR EL QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

OBSERVACIONES DE CARÁCTER GENERAL

El objetivo de esta norma es consolidar los principios de universalidad, equidad y cohesión del SNS. Para ello, se modifican diferentes normas vigentes actualmente, con el fin de ampliar el derecho a la protección de la salud, recuperar la cartera común de servicios del SNS y establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.

En relación a la recuperación de la cartera común, se desconoce el alcance e impacto de la supresión de las modalidades de cartera existentes actualmente. En la actualidad, la existencia de la cartera de servicios complementaria da respaldo a la financiación de determinadas técnicas o procedimientos. Con la nueva definición de cartera común, esta opción no se contempla, sin embargo, tampoco se recoge de forma explícita que las CCAA no puedan financiar con cargo a fondos públicos tecnologías que se encuentren fuera de la cartera común.

COMENTARIOS AL ARTÍCULADO

Artículo Segundo (Modificación de la Ley 16/2003):

1. En relación al "*artículo 8.1 Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud*": La simplificación de las modalidades de cartera existentes actualmente y la recuperación de la cartera común conlleva que no hay ningún mecanismo reglamentario para financiar con fondos públicos una prestación o tecnología que se encuentre fuera del alcance de la cartera común. Convendría valorar la conveniencia o no de recoger de forma explícita que **las Comunidades Autónomas y las entidades gestoras no pueden financiar con fondos públicos prestaciones que han sido expresamente "no incluidas" en la cartera común**.

   En el área de prestación farmacéutica la base legal para no financiar medicamentos con resolución expresa de no financiación se basaba en los criterios que aplicaban a la cartera suplementaria, entre otros. Convendría por tanto hacer mención a este asunto.

   Por otro lado, también surgen dudas sobre la posibilidad de financiar tecnologías para las que no se ha decidido la inclusión en cartera. En el ámbito de la prestación farmacéutica, se financian con cargo a fondos públicos (como "Medicamentos en Situaciones Especiales") medicamentos que no se han autorizado o que estando autorizados

Pso. de Zorrilla, 1 - 47007 Valladolid. Tel.: 983 000 000 - Fax: 983 000 000

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código Seguro de Verificación CSV: P24YUEM9BL075K0LM1Q8J3D0F8WH73X2RE4R
Puede verificar la autenticidad de este documento en https://csia.saludcastillayleon.es/cotejo/?csv=P24YUEM9BL075K0LM1Q8J3D0F8WH73X2RE4R

no tienen decisión de financiación. Es difícil valorar el impacto de la modificación normativa sobre este contexto teniendo en cuenta para determinados casos la necesidad asistencial real.

2. Se propone sustituir la redacción propuesta para el "*artículo 8.1 Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud*" en relación a los servicios accesorios, para una mayor concreción.

   La propuesta actual del artículo 8 tiene la siguiente redacción:

"La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente o ambulatoriamente, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población."

Se propone el siguiente cambio (reflejado en morado):

La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente o ambulatoriamente, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos y el transporte sanitario. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública.

No obstante, cada Comunidad Autónoma podrá determinar en su ámbito unos servicios accesorios, entendiendo como tales las actividades, 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

Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población.

Pso. de Zorrilla, 1 - 47007 Valladolid. Tel.: 983 000 000 - Fax: 983 000 000

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Código Seguro de Verificación CSV: P24YUEM9BL075K0LM1Q8J3D0F8WH73X2RE4R
Puede verificar la autenticidad de este documento en https://csia.saludcastillayleon.es/cotejo/?csv=P24YUEM9BL075K0LM1Q8J3D0F8WH73X2RE4R

3. Se propone incorporar una aclaración al artículo 8.2 de la Ley 16/2003, que contemple la especificidad del procedimiento de inclusión en cartera para la prestación farmacéutica. Se añade en morado la propuesta sobre lo recogido en el anteproyecto:

   "En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante Real Decreto, sin perjuicio de la normativa específica aplicable a la prestación farmacéutica."

Propuesta de aclaración de la aportación de la prestación farmacéutica en pacientes de mutualidades

En la actualidad la aportación de la prestación farmacéutica a los usuarios mutualistas se recoge en el RD Legislativo 1/2015, Art 102, con el siguiente contenido:

> 9. El nivel de aportación de las personas encuadradas en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30 % con carácter general, resultándoles de aplicación lo dispuesto en el párrafo a) del apartado 6 y en el párrafo e) del apartado 8.
>
> 6.a) Un 10 % del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima de 4,24 euros.
>
> 8.e) Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Con este redactado, quedaría fuera de aplicación la exención de aportación recogida en los apartados *8g) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.* y *8h) 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.*

Convendría recoger y precisar en una posible disposición adicional los ajustes en las aportaciones de los usuarios mutualistas que cumplen los criterios establecidos en los apartados 8g y 8h.

En el caso de que corresponda la exención de aportación, sería necesario explicitarlo en la norma y establecer un código de aportación específico para mutualistas exentos de aportación (diferente al TSI006 y al TSI001). Todo ello con el fin de hacerlo efectivo en los sistemas generales de prescripción, sistemas específicos de receta electrónica y procedimientos de facturación.

Pso. de Zorrilla, 1 - 47007 Valladolid. Tel.: 983 000 000 - Fax: 983 000 000

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SECRETARIA GENERAL
B
/

Secretaría Técnica
Consejo Interterritorial del SNS
Ministerio de Sanidad
Paseo del Prado, 18-20
28071 Madrid

Documento: Oficio
Exp.: SG/SJ 569/2021
Emisor (DIR3): A040003751

Asunto: alegaciones al anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud

En relación con al anteproyecto de norma a que se refiere el asunto y una vez revisado su contenido, se comunica que esta Consejería de Salud y Consumo no tiene ninguna sugerencia ni alegación que realizar al respecto.

Palma, *en la fecha de la firma electrónica*

La secretaria general

Guadalupe Pulido Román

Pl. d'Espanya, 9
07002 Palma
Tel. 971 17 73 83
salut.caib.es

https://vd.caib.es/1639486784904-373999886-6080747892562471523

Adreça de validació:
https://csv.caib.es/hash/1639486784904-373999886-6080747892562471523
CSV: 1639486784904-373999886-6080747892562471523
17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

GOVERN
ILLES
BALEARS

DOCUMENT ELECTRÒNIC

CODI SEGUR DE VERIFICACIÓ

1639486784904-373999886-6080747892562471523

ADREÇA DE VALIDACIÓ DEL DOCUMENT

https://csv.caib.es/hash/1639486784904-373999886-6080747892562471523

INFORMACIÓ DELS SIGNANTS

Signant

MARIA GUADALUPE PULIDO ROMAN

SECRETÀRIA GENERAL DE SALUT I CONSUM

OrganizationUnit=CERTIFICADO ELECTRONICO DE EMPLEADO PUBLICO OrganizationUnit=CONSELLERIA DE SALUT I CONSUM

COMUNITAT AUTONOMA DE LES ILLES BALEARS

Data signatura: 14-dic-2021 02:52:04 PM GMT+0100

"Data signatura" és la data que tenia l'ordinador del signant en el moment de la signatura

METADADES DEL DOCUMENT

Nom del document: Of_NO_Alegs.pdf

Data captura: 14-dic-2021 02:59:00 PM GMT+0100

Les evidències que garanteixen l'autenticitat, integritat i conservació a llarg termini del document es troben al gestor documental de la CAIB

Pàgines: 2

Junta de Andalucía

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS
Viceconsejería

MINISTERIO DE SANIDAD
Secretaría del Consejo Interterritorial del SNS

Sº Coordinación/JGC
Trámite informes Anteproyecto de Ley Equidad SNS.

Estimados Sres:

En relación con su petición de informe relativo al Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, he de significarles que desde esta Consejería se realiza se pone de manifiesto su disconformidad con la redacción actual de la disposición adicional única, relativa al Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, por ello, se propone la siguiente:

"Disposición adicional única. Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

1. Se autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las comunidades

Avenida de la Innovación s/n. Edificio Arena I
41020 Sevilla
T: 955006300
coordinacion.csafa@juntadeandalucia.es

Es copia auténtica de documento electrónico

Código Seguro de Verificación:VH5DPY2DGYGXCUXM8NUV6TMEZ9WEK7. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma

FIRMADO POR	CATALINA MONTSERRAT GARCIA CARRASCO	FECHA	20/12/2021
ID. FIRMA	VH5DPY2DGYGXCUXM8NUV6TMEZ9WEK7	PÁGINA	1/2

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

autónomas y de sus entes instrumentales y el Ministerio de Sanidad, a través del órgano competente de su coordinación.

2. El consorcio se creará mediante convenio suscrito por los órganos participantes anteriormente mencionados y no podrá suponer aumento neto de los gastos de personal.”

LA VICECONSEJERA

Es copia auténtica de documento electrónico

Código Seguro de Verificación:VH5DPY2DGYGXCUXM8NUV6TMEZ9WEK7. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma

FIRMADO POR	CATALINA MONTSERRAT GARCIA CARRASCO	FECHA	20/12/2021
ID. FIRMA	VH5DPY2DGYGXCUXM8NUV6TMEZ9WEK7	PÁGINA	2/2

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

SAILBURUA

CONSEJERA

Secretaría Técnica del Consejo Interterritorial del SNS

Ministerio de Sanidad

Vitoria-Gasteiz, 21 de diciembre de 2021

Una vez estudiado el texto con la debida profundidad por parte de nuestras direcciones de Aseguramiento y Contratación Sanitarias; Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias; y de Régimen Jurídico adjunto se remiten el informe, que yo asumo, sobre el:

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

Lo que les comunico a los efectos oportunos.

Atentamente,

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Gotzone Sagardui Goikoetxea
Consejera de Salud

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Donostia - San Sebastián, 1 – 01010 VITORIA-GASTEIZ
Tfno. 945 01 91 61 – Fax 945 01 92 10 – email: sec-consejeríasalud@ej-gv.es

INFORME JURÍDICO RELATIVO A LA CONSULTA PLANTEADA EN RELACIÓN CON EL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Tramitagune CCSS_SOI_60083/21_09

1. OBJETO DE LA CONSULTA:

Desde el Ministerio de Sanidad se traslada a este servicio de asesoría jurídica de la Dirección de Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

Es objeto de este informe examinar, desde el punto de vista jurídico, el contenido de la norma que se cita en el encabezado, el cual se emite en virtud del artículo 14.1.b) del Decreto 116/2021, de 23 de marzo, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Salud, por el cual, corresponde a esta Dirección la elaboración de estudios e informes jurídicos en materias que afectan al Departamento de Salud.

2. NORMATIVA AFECTADA:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- 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.
- 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 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización

3. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.

El texto presentado se trata de una Ley que se estructura en una exposición de motivos, cinco artículos, una disposición adicional única, dos disposiciones transitorias, una disposición

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

derogatoria única y seis disposiciones finales. Esta norma, persigue la consecución de los siguientes objetivos específicos:

- Facilitar el fortalecimiento del sistema sanitario público estableciendo 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.

- Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares.

- Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España.

- Recuperar la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, así como la clarificación de la inclusión en las prestaciones incluidas en la misma de aquellas que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública.

- Establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.

- Incluir en la descripción de las prestaciones de la cartera común de servicios, las prestaciones de salud pública con objeto de visualizar de forma inequívoca que ésta debe tener y tiene un efecto directo en la mejora de la salud de la población. Asimismo, se establece que la prestación de servicios debe garantizar, además de la máxima calidad y seguridad y las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población, el derecho a la participación en salud.

- Incorporar la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas.

- Incorporar a los/las pacientes y a la población en los órganos de asesoramiento del Sistema Nacional de Salud. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones que lo componen.

- Garantizar una interpretación homogénea de la norma, clarificando que en la prestación de atención especializada y sociosanitaria la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- Blindar la aportación de los usuarios en la prestación ortoprotésica ambulatoria señalada en el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y equiparar los colectivos de personas que están excluidos de aportación en la prestación ortoprotésica y farmacéutica.

- Fortalecer la cohesión y la equidad en el SNS facilitando la viabilidad del desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial, suprimiendo el apartado 5 del artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, que recoge el importe de las cuantías a liquidar en relación con los desplazamientos de larga y corta duración, con objeto de posibilitar su desarrollo reglamentario.

- Potenciar el desarrollo de las actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, así como posicionarla como un ejemplo de co-gobernanza en la evaluación de tecnologías y prestaciones sanitarias tanto en el ámbito nacional como internacional, mediante la autorización de la creación de un consorcio.

- En relación a la prestación de Transplante de Órganos de Donante Fallecido (TODF), los objetivos son: a) Incrementar la igualdad efectiva en el acceso al TODF posibilitando el desarrollo reglamentario de unos criterios de acceso al mismo. b) Consolidar en el ordenamiento jurídico que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.

En la memoria presentada por el Ministerio de Sanidad, se indica que ya han sido recabados los informes preceptivos, tras lo cual, se ha sometido a consulta pública.

En lo que se refiere a la adecuación de la norma al orden de competencias, se establece que la misma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 1.ª y 149.1. 16.ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva de regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, así como en materia de bases y coordinación general de la sanidad, añadiendo que no tiene efectos significativos sobre la competencia y que no afecta a las cargas administrativas.

En lo que respecta al impacto económicos, afectará a los presupuestos de la Administración del Estado y de otras Administraciones Territoriales.

4. OPORTUNIDAD Y CONTENIDO DE LA PROPUESTA.

La oportunidad y el contenido de las modificaciones planteadas, se concretan en los siguientes apartados:

4.1. En relación con la modificación introducida en Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Se fundamenta en la necesidad de seguir fortaleciendo estructuralmente el Sistema Nacional de Salud, preferentemente a través de estructuras sanitarias públicas que presten directamente el servicio público, para consolidar su permanencia, seguir en la mejora continua de su excelencia y reforzar su legitimidad social y profesional, apostando por la generación de más empleo público y más estructuras públicas, invirtiendo el 100% de los fondos públicos en lo público, sin que exista ningún interés particular que atender.

4.2. En relación con la modificación introducida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

- Respecto al **acceso universal al SNS** (modificación de los artículos 3, 3bis y 3 ter).
    - Aplicación homogénea en la efectividad del derecho a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España.
        - *Cabe destacar que el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, ha supuesto un cambio de modelo en la atención sanitaria del SNS, fundamentalmente porque la titularidad del derecho a la asistencia pasó a basarse en la condición de ciudadanía y su reconocimiento, se desligó de la condición de asegurado o de beneficiario.*

    - Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria a las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen.
    - Habilitación de un régimen transitorio hasta que se realice el desarrollo reglamentario necesario en relación a la competencia para el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud.
    - Inclusión como titulares de derecho a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación.
        - *Todo ello, porque en la actualidad estos colectivos ya reciben asistencia sanitaria por lo establecido en las disposiciones adicionales cuarta y quinta, respectivamente, del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, pero no se encuentran incluidas en el artículo que regula esta condición en la normativa sanitaria española.*
- Respecto a la **cartera común de servicios del SNS** (modificación del artículo 8, 13 y 14).
    - En relación a clarificar la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública e incluir que la prestación de los servicios se realizará garantizando el derecho a la participación en salud (modificación del artículo 8).

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

- En lo referente a la clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual (modificación del artículo 13 y 14).

- Respecto a la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la **cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas** (modificación del artículo 14).
- Respecto a la **participación de los pacientes y la ciudadanía en el SNS** (modificación del artículo 67):

4.3. En relación a la modificación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, relativo al Fondo de Garantía Asistencial, la causa que justifican dicha modificación es la necesidad de abordar el desarrollo reglamentario preciso para establecer la fórmula de compensación por desplazamiento de los pacientes en el territorio nacional, que se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del Sistema de Cuentas de Salud.

Hasta el momento, solo se ha aplicado la compensación de manera parcial, compensando la asistencia de atención primaria y la prestación farmacéutica dispensada mediante receta oficial en las oficinas de farmacia, sin considerar el tiempo del desplazamiento ni otros tipos de asistencia ni de prestación farmacéutica, como la dispensación de medicamentos en centros sanitarios. Por tanto, la supresión del apartado 5 del artículo 3 pretende facilitar el consenso necesario para poder efectuar el desarrollo reglamentario que la aplicación de este fondo requiere.

4.4. En la disposición adicional única. Se pretende autorizar la creación del consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (en adelante RedETS) motivado porque actualmente se encuentra limitada en el desarrollo de sus actividades en el marco nacional y especialmente en el internacional, al no contar con personalidad jurídica propia y diferenciada, lo que le impide la competencia como Red, debiendo ser las Agencias, con una menor entidad, las que compitan por recursos económicos y el liderazgo de proyectos internacionales.

4.5. La disposición transitoria primera establece las cuantías a liquidar por los servicios de salud derivadas de desplazamientos temporales del Fondo de Garantía Asistencial, en cuanto no se lleve a desarrollo reglamentario previsto, siendo de aplicación los importes de las cuantías a liquidar en función de las modalidades de desplazamientos vigentes a la entrada en vigor de esta Ley.

4.6. La disposición transitoria segunda contempla un régimen transitorio para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos hasta que no entre en vigor el reglamento previsto en el artículo 3 bis.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

4.7. La disposición derogatoria única, establece la derogación cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en esta ley y la derogación expresa de:1) la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud; 2) los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quáter de la Ley 16/2003, que fue modificada por el 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, como consecuencia de la modificación realizada en el artículo cuarto que, entre otras, recupera la cartera común de servicios del SNS sin segmentaciones que puedan posibilitar la introducción de copagos sanitarios nuevos a la ciudadanía española; 3) la disposición final segunda del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, con objeto que los criterios que se proponen desarrollar reglamentaria para el acceso a la lista de espera de trasplante de órgano de donante fallecido sean aplicables a toda la población susceptible de beneficiarse.

4.8. La disposición final primera se refiere al título competencial.

4.9. La disposición final segunda salvaguarda el rango normativo de algunas de las normas que modifica la presente ley, con el fin de que sigan ostentando rango reglamentario.

4.10. La disposición final tercera se refiere a la habilitación normativa.

4.11. La disposición final cuarta se refiere a las referencias normativas hechas en otras normas al concepto de cartera común básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria o cartera común de servicios accesorios a los efectos de la prestación de la asistencia sanitaria, que se entenderán como cartera común de servicios según se establece en la propuesta de modificación realizada en el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

4.12. En la disposición final quinta. En relación a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido, se pretende regular una necesidad que ha sido expresada reiteradamente por el Organismo Nacional de Trasplantes (ONT) así como por los centros sanitarios y las coordinaciones autonómicas de trasplante que es el disponer de criterios, objetivos y transparentes, de acceso establecidos en el SNS.

Asimismo, se considera esencial dejar de nuevo de manifiesto que la posibilidad de acceder a prestaciones sanitarias mediante el pago de una contraprestación, es contrario a los principios de la donación y el trasplante de órganos suscritos por nuestro país en diferentes documentos internacionales, y así lo refleja la Directiva 2011/24/UE del Parlamento europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y su normativa de desarrollo.

4.13. Por último, la disposición final sexta recoge la entrada en vigor de la norma al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

5. FUNDAMENTOS JURÍDICOS.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

5.1. El artículo 43 de la Constitución Española impone a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Por su parte, en lo que se refiere al reparto competencial establecido en la Constitución, concretamente en el artículo 148.1. 20ª y 21ª, no solo atribuye al Estado la competencia exclusiva para determinar la legislación básica y la coordinación general de la sanidad, sino que, lógicamente, también le exige preservar la existencia de un sistema normativo nacional, que sea univoco y que enarbole una regulación uniforme en materia de protección de la salud con vigencia en toda España.

5.2. La presente norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 1.ª y 149.1. 16.ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva de regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, así como en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

En la memoria presentada por el Ministerio, indican que las comunidades autónomas han participado de forma activa en la consulta pública previa de la norma. Además, añaden, está previsto que participen en el trámite de información pública, a través del Consejo Interterritorial del SNS, órgano con representación autonómica que, a su vez, también informará el proyecto.

Asimismo, se trata de una propuesta con rango de Ley dado que tiene por objeto la modificación de parte de la normativa estatal existente en la materia, concretamente articulado en este caso en dos leyes y tres reales decretos, por lo que se requiere la tramitación de un proyecto normativo del mismo rango de las normas que se modifican.

Por lo expuesto, se emite el presente informe sobre el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, respecto al cual, no se considera necesario realizar alegación u objeción alguna desde el punto de vista jurídico ni al contenido de la norma, ni a su rango. Ello, sin perjuicio de las alegaciones que, en su caso, realicen otras direcciones concernidas por su contenido, especialmente la Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitarias.

Este es mi informe que emito y someto a otro mejor fundado en Derecho.

En Vitoria-Gasteiz, a 24 de noviembre de 2021

Ane Buruaga Guillén
DIRECCIÓN DE RÉGIMEN JURÍDICO,
ECONÓMICO Y SERVICIOS GENERALES

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

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

I. Marco normativo.

El Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (en adelante, el Anteproyecto) se dicta, de conformidad con su disposición final primera, al amparo de los títulos contenidos en los artículos 149.1. 1ª y 149.1. 16ª de la Constitución (CE).

En primer lugar, debe cuestionarse la invocación genérica de dichos preceptos constitucionales respecto de todo el Anteproyecto normativo, sin concretar los títulos que amparan los distintos preceptos y disposiciones, toda vez que a pesar que el preámbulo del Anteproyecto apela como nexo de unión de las distintas medidas a la voluntad de consolidación de los principios de universalidad, equidad y cohesión, lo cierto es que el Anteproyecto no responde a una regulación congruente de una determinada materia sino que se concreta en una sumatoria de modificaciones de distintas normativas. Poco tiene que ver la regulación del régimen jurídico aplicable a los consorcios sanitarios con el contenido de las prestaciones sanitarias o con la regulación del Consejo de Participación Social, por poner ejemplos. Sin embargo el título competencial contenido en el artículo 149.1.1ª y los diversos títulos contenidos en el artículo 149.1.16ª -en lo que en relación a este Anteproyecto nos interesa, bases y coordinación general de la sanidad- tienen, conforme a la doctrina del Tribunal Constitucional, alcance distinto y su encuadre en uno u otro condiciona el margen de actuación constitucional de la Administración General del Estado en el sistema de distribución de competencias, en relación con las competencias autonómicas.

Desde esta premisa debemos abordar someramente el alcance de estos títulos:

a) En relación con el título competencial residenciado en el artículo 149.1. 1ª de la CE que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.

El alcance del artículo 149.1. 1ª ha sido delimitado por la doctrina del Tribunal Constitucional, entre otras en la STC núm.61/1997, de 20 de marzo y en la STC núm. 239/2002, de 11 de diciembre. El Tribunal Constitucional se ha pronunciado en el sentido que sólo presta cobertura a aquellas condiciones que guarden una estrecha relación, directa e inmediata, con los derechos que la Constitución reconoce. De lo contrario, según establece el Tribunal, quedaría desbordado el ámbito y sentido del artículo 149.1. 1ª que no puede operar como una especie de título horizontal, capaz de introducirse en cualquier materia o sector del ordenamiento por el mero hecho de que pudieran ser reconducibles, siquiera sea remotamente, hacia un derecho o deber constitucional.

Sobre este presupuesto, el artículo 149.1.1 CE permite al Estado una regulación, aunque limitada a las condiciones básicas que garanticen la igualdad, que no el diseño completo y acabado de su régimen jurídico, lo que conlleva que dicho título competencial, no debe ser entendido como una prohibición de divergencia autonómica.

De acuerdo con la STC núm. 61/1997, de 20 de marzo, antes mencionada, ha de añadirse qué condiciones básicas no es sinónimo de “legislación básica”, “bases” o “normas básicas”. El artículo 149.1. 1ª no ha atribuido al Estado la fijación de las condiciones básicas para garantizar la igualdad en el ejercicio de los derechos y libertades constitucionales, sino sólo el establecimiento de aquellas condiciones básicas que tiendan a garantizar la igualdad. Y, si bien, es cierto que su regulación no puede suponer una formación completa y acabada del

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

derecho y deber de que se trate y, en consecuencia, es claro que las Comunidades Autónomas, en la medida en que tengan competencias sobre la materia, podrán siempre aprobar normas atinentes al régimen jurídico de ese derecho, no lo es menos, sin embargo, que la competencia *ex artículo* 149.1. 1ª no se mueve en la lógica de las bases estatales-legislación autonómica de desarrollo. En otras palabras, el Estado tiene la competencia exclusiva para incidir sobre los derechos y deberes constitucionales desde una concreta perspectiva, la de la garantía de la igualdad en las posiciones jurídicas fundamentales, dimensión, que no es, en rigor, susceptible de desarrollo como si de unas bases se tratara; será luego el legislador competente, estatal y autonómico, el que respetando tales condiciones básicas establezca su régimen jurídico, de acuerdo con el orden constitucional de competencias.

b) En relación con el alcance del título competencial de bases de la sanidad:

La jurisprudencia constitucional ha venido delimitando el alcance y significación del título competencial estatal de bases de la sanidad señalando, en la STC 22/2012, de 16 de febrero, FJ 3, que *"... han de entenderse los principios generales que informan u ordenan una determinada materia, constituyendo, en definitiva, el marco o denominador común de necesaria vigencia en el territorio nacional. Lo básico es, de esta forma, lo esencial, lo nuclear, o lo imprescindible de una materia, en aras de una unidad mínima de posiciones jurídicas que delimita lo que es competencia estatal y determina, al tiempo, el punto de partida y el límite a partir del cual puede ejercer la Comunidad Autónoma, en defensa del propio interés general, la competencia asumida en su Estatuto. Con esta delimitación material de lo básico se evita que puedan dejarse sin contenido o cercenarse las competencias autonómicas, ya que el Estado no puede, en el ejercicio de una competencia básica, agotar la regulación de la materia, sino que debe dejar un margen normativo propio a la Comunidad Autónoma (SSTC 1/1982, de 28 de enero, FJ 1; 69/1988, de 19 de abril, FJ 5; 102/1995, de 26 de junio, FFJJ 8 y 9; 197/1996, de 28 de noviembre FJ 5; 223/2000, de 21 de septiembre, FJ 6; 188/2001, de 20 de septiembre, FJ 8; 126/2002, de 23 de mayo, FJ 7; 24/2002, de 31 de enero, FJ 6; 37/2002, de 14 de febrero, FJ 9; y 1/2003, de 16 de enero, FJ 8, en torno al concepto de lo "básico"). Por tanto, ni la fijación de las bases ni la coordinación general a la que también se refiere la regla 16 del art. 149.1 CE (que persigue la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones, y reduciendo disfunciones según SSTC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2; 42/1983, de 20 de mayo, FJ 3; 80/1985, de 4 de julio, FJ 2), deben llegar a tal grado de desarrollo que dejen vacías de contenido las correspondientes competencias que las Comunidades Autónomas hayan asumido en la materia (STC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2)" (STC 98/2004, de 25 de mayo, FJ 6)."* También en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional se constata "*la necesaria uniformidad mínima, que corresponde establecer en el Estado, asegurando así un nivel mínimo homogéneo o nivel de suficiencia de las prestaciones sanitarias públicas, puede ser susceptible de mejora, en su caso, por parte de las Comunidades Autónomas, en virtud de su competencia sustantiva y de su autonomía financiera, siempre y cuando, con ello no se contravengan las exigencias que impone el principio de solidaridad (arts. 2 y 138 CE)". Así lo declaró en la STC 98/2004, de 25 de mayo, FJ 7, que añadió que en materia de sanidad, "la Constitución no sólo atribuye en el Estado una facultad, sino que le exige que preserve la existencia de un sistema normativo sanitario nacional con una regulación uniforme mínima y de vigencia en todo el territorio español, eso sí, sin perjuicio, bien de las normas que sobre la materia puedan dictar las Comunidades Autónomas en virtud de sus respectivas competencias... dirigidas, en su caso, a una mejora en su ámbito territorial de ese mínimo común denominador establecido por el Estado, bien de las propias competencias de gestión o de financiación que sobre la materia tengan conforme a la Constitución y los Estatutos.",* doctrina inicialmente dictada a propósito del acceso a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y reiterada en otros aspectos de las prestaciones sanitarias en las SSTC 22/2012, de 16 de febrero, FJ 3, i 136/2012, de 19 de junio, FJ 5, entre otras.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Así entendido, el binomio legislación básica (estatal) y legislación de desarrollo (autonómica) debería posibilitar el desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas de su propia política sanitaria, respetando y mejorando, en su caso, el mínimo estatal, con sujeción al principio de solidaridad y condicionada a la existencia de financiación propia.

No se puede dejar de advertir, no obstante, en la doctrina del Tribunal Constitucional contenida en las sentencias dictadas con ocasión de los diversos recursos de inconstitucionalidad contra el 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, una evolución hacia ampliación de la noción técnica de bases en materia de sanidad, las cuales podrían llegar a una regulación que agotase el espacio normativo en una determinada materia . La STC 64/2017, de 25 de mayo, en el FJ 5 declaró que *"la exigencia de permitir a las Comunidades Autónomas un margen suficiente para ejercer su competencia de desarrollo legislativo de la normativa básica se predica del conjunto de la materia -en este caso, la "sanidad interior"-no de aspectos concretos de la misma. No son pues infrecuentes los casos en los que resulta posible que la legislación básica agote legítimamente el espacio normativo en un subsector de aquella materia."*

c) En relación con la competencia estatal de coordinación de la sanidad:

No tiene contenido normativo sustantivo, ya que si así fuera habría coincidencia y confusión entre la competencia de bases y este resultado no entraría en la lógica constitucional. La coordinación obedece a una función normativa de carácter instrumental tendente a garantizar la coherencia en el ejercicio de competencias regidas por el principio de autonomía.

La jurisprudencia del Tribunal Constitucional en interpretación de la competencia estatal de coordinación ha afirmado, con carácter general, que dicha competencia no puede comportar por parte de la Administración General del Estado el ejercicio de funciones públicas de naturaleza ejecutiva, atribuidas con carácter general a las autoridades autonómicas y que la necesidad de integrar en un todo unitario puede exigir la adopción de medidas de acción conjunta, de homogeneidad técnica o sistemas de relación, siempre y cuando no comporten sustracción de las competencias autonómicas.

II. Aspectos del Anteproyecto considerados contrarios al marco normativo.

Pasando al análisis del Anteproyecto, advertimos en el artículo primero, que modifica la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante, LGS), en el apartado Uno, que adiciona el artículo 47, y en el apartado Dos, que adiciona el artículo 90 bis, aspectos regulatorios que no encontrarían cobertura en los títulos anteriormente analizados.

A) Artículo primero. Uno, por el que se adiciona el artículo 47 a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

El apartado 3 del nuevo artículo 47 que, bajo el título *Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del SNS,* establece lo siguiente:

"3. 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. 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."

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Esta previsión no encuentra, claramente, cobertura en el título competencial ex artículo 149.1. 1ª ni tampoco en el título de coordinación de la sanidad. En lo que concierne las bases, este redactado no se corresponde con un mínimo homogéneo necesario para estructurar el sistema de salud en aras a asegurar la efectividad del derecho a la protección de la salud.

Por el contrario, se trata de un exceso regulatorio que supone una intromisión en las competencias autonómicas en materia sanitaria, de desarrollo y ejecución de las bases estatales, así como de las potestades organizativas de los centros y servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. La normativa básica estatal puede condicionar el ejercicio de las competencias autonómicas, pero no puede llegar a eliminar el principio de autonomía. Esta es una concepción consubstancial al Estado autonómico, que supone necesariamente una diversidad de regímenes jurídicos ya que la autonomía significa la capacidad de adoptar políticas públicas, en el marco de la CE y del EA correspondiente.

La Generalitat de Catalunya, a estos efectos y conforme al artículo 162.1 del Estatuto de Autonomía (EAC) ostenta competencias exclusivas sobre la organización y el funcionamiento interno, la evaluación, la inspección y el control de los centros sanitarios. Asimismo, conforme al artículo 162.3 del EAC ostenta competencias compartidas en ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de las prestaciones y los servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud mental de carácter público a todos los niveles y per a todos los ciudadanos (letra b) y en planificación de los recursos sanitarios de cobertura pública y la coordinación de las actividades sanitarias privadas con el sistema sanitario público (letra d).

Como ha establecido la STC 31/2010, de 28 de junio, en su FJ 102, el carácter exclusivo de la competencia del artículo 162.1 del EAC si bien no puede impedir al Estado el ejercicio de las competencias constitucionalmente reservadas, difícilmente la competencia estatal sobre bases y coordinación general de la sanidad puede alcanzar la organización y el funcionamiento interno de los servicios sanitarios ya que la potestad de autoorganización refuerza la competencia autonómica. En relación con la organización y el funcionamiento de los centros sanitarios opera con la máxima intensidad la competencia asumida en esta materia per la Comunidad Autónoma (STC 50/1999, FJ 3).

La introducción del apartado 3 del nuevo artículo 47 de la LGS confrontaría, sin amparo constitucional según se ha expuesto, el sistema sanitario catalán implantado desde ya antes de su reconocimiento en la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Catalunya (en adelante, la LOSC), con la creación de la red hospitalaria de utilización pública el año 1985,y que se caracteriza por diferenciar la responsabilidad de las prestaciones sanitarias públicas, que se atribuye al Servicio Catalán de la Salud, de la provisión de dichos servicios, que corresponde, con carácter estable, a los centros integrantes del Sistema sanitario integral de utilización pública (en adelante, el SISCAT), de titularidad pública y privada. Los centros privados se adscriben funcionalmente al Servicio Catalán de la Salud para la coordinación adecuada de todo el dispositivo sanitario de cobertura pública.

Los centros del SISCAT están sujetos a unas condiciones y procedimiento de inclusión y a unos estándares de calidad; asimismo, una vez integrados, las entidades y los organismos que ostentan la titularidad y gestión de dichos centros han de adecuar la gestión de los servicios a las directrices generales y los criterios de actuación que establezca el Servicio Catalán de la Salud y quedan sometidos, en los términos establecidos en el Capítol 4 de la LOSC, a controles en materia de gestión y contabilidad, de verificación del cumplimiento de las normas sanitarias, administrativas, económicas y estructurales que sean aplicables y de las directrices y criterios de actuación establecidos.

Con el objetivo de avanzar en la concepción integral e integrada del sistema sanitario dicho sistema ha evolucionado hasta la regulación actual con unas redes articuladas en función de los servicios que prestan (internamiento, servicios comunitarios y de transporte sanitario) pero

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

su configuración siempre ha encontrado encaje en el marco legal básico definido por la LGS de 1986, primero, y, posteriormente, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En ningún caso está justificado en el objetivo de reforzar la equidad, universalidad y cohesión del sistema una involución de la norma básica que, invadiendo competencias autonómicas de autorganización de los servicios, ponga en jaque un sistema que ha permitido, por un lado, un marco estable de entidades proveedoras de servicios asistenciales, con independencia de su naturaleza, el aprovechamiento y optimización de las infraestructuras de recursos existentes, y por otro lado, la consolidación de alianzas estratégicas entre las entidades proveedoras de servicios asistenciales, lo cual ha repercutido en la satisfacción de la ciudadanía con el sistema, ya que se han visto favorecidos el *continuum* asistencial y la potenciación de la relación entre el personal facultativo y los pacientes. Y que responde al principio de eficacia, eficiencia en la gestión de servicios públicos.

Por otra parte, el carácter de servicio público no resulta desvirtuado por la utilización de fórmulas de gestión directa o indirecta. El Anteproyecto de ley establece que sea preferente la gestión directa i además la limita a que sea de carácter público; es decir, parece que vendría a considerar también subsidiaria fórmulas de gestión directa que no estén sometidas íntegramente al derecho público. Esto resultaría contradictorio con las fórmulas de gestión directa que recoge la Ley de ordenación sanitaria de Catalunya, ja que expresamente indica que la gestión directa sea por medio de los órganos o los organismos que sean competentes o puedan crearse a este efecto; añadiendo la posibilidad de crear empresas públicas, que sin dejar de considerarse una fórmula de gestión directa, están sujetas al derecho privado en determinados aspectos (no obstante, gran parte de la normativa sectorial de contratación o presupuestaria las sujeta a normas de derecho público).

Por todo lo expuesto, se propone suprimir el apartado 3 del artículo 47 adicionado a la LGS mediante el artículo primero Uno del Anteproyecto de ley.

B) Artículo primero. Dos, por el que se adiciona el artículo 90.bis a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los mismos razonamientos de exceso de regulación competencial son aplicables al inciso del apartado 3 del nuevo artículo 90 bis de la LGS que, bajo el título *Régimen jurídico de los consorcios sanitarios, establece que "El personal laboral contratado directamente por los consorcios sanitarios adscritos a una misma Administración se someterá al mismo régimen".*

A pesar que el artículo primero Dos del Anteproyecto incorpora a la LGS la misma regulación relativa a los consorcios sanitarios contenida en la Disposición adicional de la Ley 15/1997, *de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud añadida* mediante la Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa, se pone de manifiesto que el inciso anterior que postula unas condiciones laborales homogéneas del personal laboral propio de los consorcios no está alineado con los objetivos de la norma.

Los consorcios forman parte de la Administración de la Generalitat i que el artículo 150 del Estatuto establece que corresponde a la Generalitat, en materia de organización de su administración, la competencia exclusiva sobre:
a) La estructura, la regulación de los órganos y directivos públicos, el funcionamiento y la articulación territorial.
b) Las distintas modalidades organizativas e instrumentales para la actuación administrativa.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

La detallada regulación de los consorcios sanitarios va más allá también de la competencia del Estado (artículo 149.1 18) para dictar las bases del régimen jurídico de las Administraciones públicas, título no invocado como habilitante en el Anteproyecto.

La legislación laboral, residenciada en el ámbito estatal, ya opera como régimen jurídico común. Negar la posibilidad de la negociación colectiva y de pactos a nivel de centro de trabajo supone limitar la autonomía de gestión de los centros en un aspecto que no ha de redundar en la equidad, universalidad y cohesión del sistema y que genera una rigidez en la gestión que no favorece la adaptación del sistema a eventualidades y situaciones coyunturales que se puedan producir, especialmente en una época en que el sistema sanitario está muy tensionado y se prevé que esta situación tenga efectos dilatados en el tiempo.

Por todo lo expuesto, se propone suprimir el inciso que establece "El personal laboral contratado directamente por los consorcios sanitarios adscritos a una misma Administración se someterá al mismo régimen" del apartado 3 del artículo 90 bis adicionado a la LGS mediante el artículo primero Dos del Anteproyecto de ley.

III. Aspectos del Anteproyecto considerados técnicamente inadecuados.

Artículo quinto. Relativo a la modificación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Les observaciones sobre este artículo responden a la información transmitida por los servicios técnicos del Servei Català de la Salut (CatSalut).

Los servicios técnicos del CatSalut consideran que con esta regulación se pierde la oportunidad de solucionar definitivamente la problemática de la compensación por la asistencia sanitaria prestada a desplazados; indicando que el modelo debería resolverse estableciendo un único fondo presupuestario dotado por el Ministerio de Sanidad.

De acuerdo los servicios técnicos del CatSalut, con cargo a dicho fondo presupuestario debería compensarse toda la actividad prestada a desplazados (sin diferenciar FCS ni FOGA), compensando la totalidad del coste y utilizando como base los datos disponibles en los sistemas de información de registro de la actividad y prestaciones sanitarias existentes en el Sistema Nacional de Salud. No obstante, ante la voluntad de mantener diferenciadas la finalidad del Fondo de cohesión sanitaria (asistencia programada derivada por otra comunidad autónoma) y el Fondo de garantía asistencial (resto de la asistencia sanitaria prestada a desplazados), los Servicios técnicos del CatSalut consideran que ambos fondos deben tener carácter presupuestario (i no carácter extrapresupuestario como indica el Anteproyecto), es decir, con cargo al presupuesto del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y no con cargo a los presupuestos autonómicos de los servicios de salud, por lo que se propone la siguiente modificación:

Artículo 3. Fondo de Garantía Asistencial:
1. Se crea el Fondo de Garantía Asistencial, con carácter presupuestario, con el objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de personas que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899

Por lo que respecta a los servicios sanitarios cubiertos por el Fondo de Garantía Asistencial, los servicios técnicos del CatSalut están de acuerdo en que el citado fondo se destine a la compensación entre las comunidades autónomas por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común de servicios a las personas que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto, si hasta ahora el Fondo de garantía asistencial sólo cubría los servicios de atención primaria y las recetas médicas, con el nuevo redactado se da cabida a la totalidad de servicios sanitarios prestados (urgencias hospitalarias, GRD no incluidos en el Fondo de cohesión sanitaria, medicación hospitalaria, etc.) que requieran los titulares del derecho a la asistencia del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, los servicios técnicos del CatSalut opinan que el redactado del Anteproyecto no tiene en consideración la problemática de la asistencia sanitaria prestada a titulares del derecho residentes en zonas limítrofes. En este caso, la asistencia no se produce por un desplazamiento temporal, sino que se trata de desplazamientos habituales y se producen por razones de proximidad a un centro sanitario de otra comunidad autónoma. De acuerdo con esto, se propone añadir “y habituales en el caso de las zonas limítrofes” al apartado 2 del artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012:

2. El Fondo de Garantía Asistencial estará destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común de servicios a las personas que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales y habituales en el caso de las zonas limítrofes

Documento firmado electrónicamente en Barcelona,

M. Josep Borràs i Pascual
Abogada Jefa

Rafael Gomàriz i Parra
Gerente de la Assessoria Juridica

17 MAY. 2024 13:10:49 Entrada: 25899