

Departamento de Documentación

Dirección de Documentación,
Biblioteca y Archivo

Proyecto de Ley de universalidad del
Sistema Nacional de Salud

[121/000021]



Dosier. Serie legislativa. Núm. 19. Junio 2024

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día 21 de mayo, acordó, en relación con el **Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud** encomendar su aprobación con competencia legislativa plena y por el procedimiento de urgencia, conforme a los artículos 148 y 93.2 del Reglamento, a la Comisión de Sanidad.


El Proyecto de Ley se estructura en una **parte expositiva** y una **parte dispositiva** que consta de **tres artículos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria única, una disposición derogatoria y cinco disposiciones finales**.

Con esta norma se pretenden establecer medidas que consoliden la **universalización** del Sistema Nacional de Salud (SNS), incorporando aquellas que minimicen las desigualdades y que refuercen la cooperación entre las distintas estructuras y ámbitos para abordar de forma integral las necesidades de la población ante los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos que se presentan.

Los objetivos concretos que se desean alcanzar se refieren a:

- **Ampliar el derecho** a la protección de la salud con cargo a fondos públicos tanto a las **personas españolas de origen, residentes en el exterior** durante sus desplazamientos 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, 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 de la salud a determinados colectivos de **personas extranjeras no titulares de derecho**, en los supuestos contemplados en la norma, debiéndose prestar en las mismas condiciones que las personas que son titulares de este 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;
- Establecer las garantías necesarias para **evitar 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 el derecho a la participación en salud;
- **Concretar**, dentro de **la prestación de atención especializada**, la medicina de precisión, personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional para visualizarla de modo más adecuado en la cartera común de servicios;

- Establecer los **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;
- Clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, de que la **rehabilitación en pacientes con déficit funcional** está encaminada a facilitarles, conservarles 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 *novio* en los artículos **3** y **3 bis** de la Ley 16/2003, de 28 de mayo;
- En relación con la **prestación de trasplantes de órganos de donante fallecido (TODF)**, se aspira a:
 - Incrementar la igualdad efectiva en el acceso al TODF;
 - Consolidar en nuestro ordenamiento jurídico que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.



A pesar de que el gasto en sanidad en España (2.771 € per cápita) es inferior a la media de la UE, el sistema sanitario proporciona cobertura sanitaria universal. El gasto público es la principal fuente de financiación, pero los niveles de pagos directos (21%) son superiores a la media de la Unión (15%).

State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional 2023. OECD. European Observatory on Health Systems and Policies. 2023.

La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) es una preocupación primordial para los responsables de la formulación de políticas en todo el mundo. Para la **Unión Europea** esta cobertura comprende tres dimensiones: cobertura poblacional, cobertura de servicios y cobertura de costes, siendo su objetivo garantizar el acceso a una atención médica de calidad¹.

El derecho formal a la cobertura, sin embargo, no siempre garantiza el acceso real a los servicios de salud para todos grupos de población, que pueden no estar disponibles por diversas razones: tiempos de espera, distancia o denegación de la atención, entre otros. El **Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas de Salud** concluyó, en un **informe**² de 2023, que, aunque los países europeos han conseguido avances hacia el logro de la cobertura universal de salud, todavía queda mucho camino por recorrer.

¹ La Comisión ha publicado el 22 de mayo la [Comunicación sobre la Unión Europea de la Salud](#) en la que pone de relieve los avances realizados en la política sanitaria de la UE durante los últimos cuatro años.

² *Achieving universal health coverage*. European Observatory on Health Systems and Policies. 2023.

La **Estrategia de Salud Global de la UE**³, adoptada en noviembre de 2022, supuso una nueva forma de abordar los desafíos de salud a nivel global en un mundo cambiante. La Estrategia seguía un enfoque basado en los derechos humanos, prestando especial atención a las necesidades y los derechos de las mujeres, los niños y los jóvenes, las personas con discapacidad, así como el acceso a la salud por parte de otros grupos vulnerables, como las personas LGBTIQ, las personas mayores, los migrantes⁴, los refugiados y los desplazados internos.

Mantener los ambiciosos compromisos adquiridos por la Estrategia sigue siendo un desafío. En marzo de este año, el Servicio de Estudios del Parlamento Europeo ha publicado un **ejercicio de previsión** para explorar la resiliencia de la Estrategia ante diversos escenarios de crisis. Los resultados concluyen que se deben priorizar las medidas de prevención y fomentar la cooperación multilateral.

La importancia que otorga **Naciones Unidas** a la cobertura sanitaria universal es tal, que se incluyó como uno de los objetivos –Objetivo 3.8– en los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** para 2030⁵, que se adoptaron en 2015.

El 12 de diciembre de 2017, en virtud de la **Resolución 72/138**, las Naciones Unidas proclamaron el 12 de diciembre como Día Internacional de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), con el fin de aumentar la concienciación respecto de la necesidad de contar con sistemas de salud sólidos y resilientes, cuya importancia se puso de relieve a raíz de la pandemia de COVID-19.

Desde entonces se han celebrado diferentes reuniones de alto nivel sobre la CSU en el marco de la ONU. En la última de ellas, celebrada en septiembre de 2023, se aprobó la **Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal**, en la que se afirma *la función y la responsabilidad primordiales que tienen los gobiernos a todos los niveles de determinar su propia manera de lograr la cobertura sanitaria universal, según su contexto y sus prioridades nacionales.*

³ Comunicación de la Comisión [...] **Estrategia mundial de la UE en materia de salud. Una mejor salud para todos en un mundo cambiante.** COM (2022) 675. 30 de noviembre 2022.

⁴ Los resultados de una encuesta realizada en todos los Estados miembro por la **Red Europea de Migración** en 2021, indicaron que en todos los países de la UE excepto dos, los inmigrantes irregulares tenían, sobre el papel, el derecho de acceso a servicios de emergencia y básicos de salud. Sólo en Bulgaria y Eslovaquia la atención sanitaria para inmigrantes irregulares se limita a tratamientos de emergencia. Menos de la mitad de los países de la UE permiten a los inmigrantes acceder a servicios sanitarios especializados o secundarios y cuando se hace puede estar sujeto a amplias variaciones. (*The Fundamental Rights of Irregular Migrant Workers in the EU. Understanding and reducing protection gaps.* European Parliament. Study. 2022).

⁵ Objetivo 3.8 “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”

La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) es, lógicamente, una de las máximas prioridades para la **Organización Mundial de la Salud** (OMS), cuya Constitución de 1948 afirmaba que la salud es un derecho humano fundamental y su compromiso de garantizar los más altos niveles posibles de salud para todos. Para la OMS *la cobertura sanitaria universal significa que todas las personas tengan acceso a la atención sanitaria que necesiten, cuando y donde la necesiten, sin tener que hacer frente a dificultades económicas.*

No obstante, y a pesar de la importancia de la CSU, la **OMS**, recientemente, subrayaba que **no se está avanzando al ritmo suficiente para alcanzar la cobertura sanitaria universal en 2030** y que, de hecho, se ha observado un estancamiento en el índice de la cobertura de servicios desde el año 2021.

La OMS Mantiene una base de datos relativa a la **cobertura de servicios sanitarios básicos** (de acuerdo con el ODS 3.8.1) y dedica especial atención a las **personas refugiadas e inmigrantes** –a los que la OMS sitúa entre los miembros más vulnerables de la sociedad– publicando periódicamente resoluciones, informes, estadísticas o planes de acción para su protección, como el **Plan de acción global de la OMS: promoción de la salud de los refugiados y migrantes 2019-2023**.

También se ha ocupado de diferentes aspectos relativos al tema de **trasplantes**. En este sentido habría que destacar la **Resolución de 21 de mayo de 2010** sobre trasplante de órganos y tejidos humanos⁶, en la cual se insta a los Estados Miembros a “promover un sistema de asignación transparente y equitativa de órganos [...] orientado por criterios clínicos y normas éticas, así como el acceso equitativo a los servicios de trasplante de conformidad con las capacidades nacionales”.

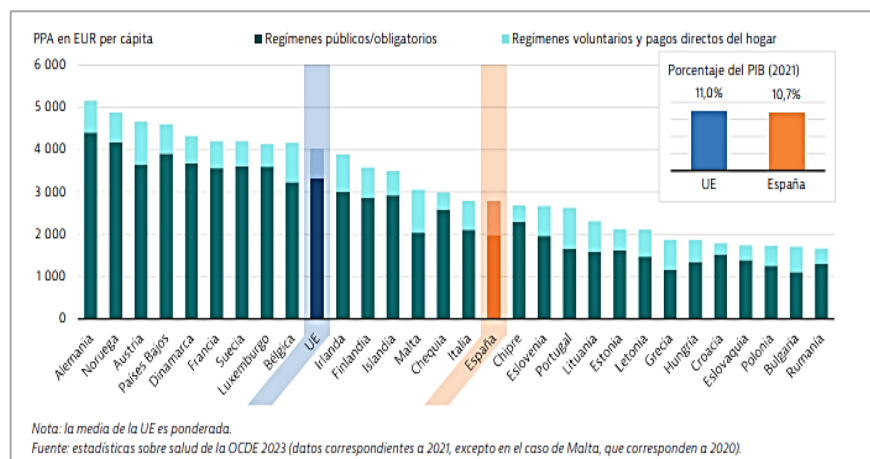
Recientemente, la Asamblea Mundial de la Salud en su 77ª reunión ha adoptado una nueva **resolución** promovida por España, líder en trasplantes a nivel internacional, para impulsar los trasplantes a nivel global.

La **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico** (OCDE) es otra de las Organizaciones que ha analizado los sistemas de salud de los Estados Miembros, centrándose en aspectos como la **universalidad**, la calidad, las formas de acceso y la asequibilidad de los servicios⁷.

Resulta especialmente relevante el informe dedicado a los países europeos, **Health at a Glance: Europe 2022**, que dedica su capítulo séptimo a la accesibilidad a los sistemas de salud y en él que se constata que, si bien, la mayoría de los países europeos han logrado la universalidad para muchos servicios fundamentales, el rango de prestaciones cubiertas y el grado de participación de los usuarios en los gastos varía mucho en los diferentes países.

⁶ Resolución de 21 de mayo de 2010. **Trasplante de órganos y tejidos humanos**. 63ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA63.22

⁷ Ver webs *Universal Health Coverage* y *Enhancing universal health coverage today*, que permiten acceder a los diferentes informes y bases de datos realizados sobre esta materia.



El sistema sanitario de **Francia** se ha desarrollado históricamente a partir de un modelo de Seguros sociales –el tradicionalmente conocido como modelo Bismarck– en el que destaca el papel de *Assurance Maladie*. No obstante, a lo largo de las últimas décadas el alcance de la cobertura de los servicios se ha ido ampliando y transformando hasta llegar a establecer un sistema de protección de carácter **universal** que está compuesto por diversos **mecanismos de ayuda**⁸.

El instrumento principal en este sistema es la *protection universelle maladie* (PUMA), creada en 2016⁹. Esta protección está regulada en los arts. **L160-1 à 160-7** (parte legislativa) y **R160-1 à R160-4** (parte reglamentaria) del *Code de la sécurité sociale* y garantiza que todas las personas que trabajen o, mientras no ejerzan actividad profesional, residan en Francia de manera estable y regular sean beneficiarios del derecho a que sus gastos en sanidad sean cubiertos en las condiciones establecidas en el propio código¹⁰. Esta protección afecta a la parte de los gastos sanitarios cubierta por el régimen de seguridad social o de la *Assurance maladie* obligatoria.

Además de la PUMA, existe una cobertura complementaria prevista para las personas con pocos recursos que se benefician de la cobertura proporcionada por *Assurance maladie*. Esta cobertura, conocida como *Complémentaire santé solidaire*, está regulada en los arts. **L861-1 à L871-1** y **R871-1 à R871-2** del *Code de la sécurité sociale*.

⁸ La web del *Ministère des Solidarités et de la Santé* ofrece una *Présentation générale des dispositifs d'aide* y explicaciones detalladas sobre los diferentes sistemas o dispositivos existentes.

⁹ Reforma prevista por el art. 59 de la *Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016*. La *protection universelle maladie* culmina el camino iniciado en 1999 con la puesta en marcha de la *couverture maladie universelle*.

¹⁰ *Code de la sécurité sociale*, art. L160-1. En un sentido similar, en el *Code de la santé publique* se afirma que el derecho fundamental a la protección de la salud debe ser realizado por todos los medios disponibles en beneficio de todos (art. L1110-1).

Por último, aquellas personas que no son beneficiarias de la PUMA, tal y como ocurre con los extranjeros que se encuentran en Francia en situación irregular, están protegidas por la *aide médicale de l'État*, regulada en el *Code de l'action sociale et des familles*¹¹.

Los diferentes tipos de **servicios y prestaciones** garantizados se encuentra recogida a lo largo del *Code de la sécurité sociale* (especialmente *Partie législative, Livre I, Titre VI*) y en el *Code de la santé publique*.

En relación con el conocido en España como copago, debe tenerse en cuenta que, en el sistema francés, de forma general, los **gastos sanitarios** y otras ayudas se financian de forma compartida: una parte es asumida directamente por el Estado -por vía, fundamentalmente, de reembolsos-, mientras que otra corresponde al paciente o beneficiario concreto – directamente o a través de distintos tipos de coberturas complementarias-. El concepto clave aquí es el de *reste à charge*, cantidad resultante tras los reembolsos¹².

Se dispone de mecanismos estructurales de **coordinación** con los servicios sociales y médico-sociales a través de los distintos *dispositifs d'appui à la coordination*, regulados en los **arts. L6327-1 à L6327-7** CSP.

En cuanto a la adjudicación de los **trasplantes de órganos de donante fallecido** se respeta el principio de equidad, de acuerdo con lo establecido en el **Arrêté du 6 novembre 1996**¹³. La **Agencia de Biomedicina** es la entidad encargada de gestionar la lista nacional de espera y de proponer los trasplantes de acuerdo con el criterio técnico conocido como *score Foie*¹⁴.

En **Italia la universalidad** es uno de los principios fundamentales del Sistema Sanitario Nacional (SSN) garantizados por la **Legge n. 833 del 1978**. Según el art. 1 de esta norma, el SSN está constituido por el conjunto de funciones, estructuras, servicios y actividades destinadas a la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud física y psíquica de toda la población, sin distinción de condiciones individuales o sociales y en una modalidad que asegure la igualdad.

¹¹ *Partie législative, Livre II, Titre V: Personnes non bénéficiaires de la couverture maladie universelle (Articles L251-1 à L254-2) y Partie réglementaire, Livre II, Titre V: Personnes non bénéficiaires de la couverture maladie universelle (Articles R251-1 à D253-4).*

Su funcionamiento y algunas propuestas recientes de modificación han sido analizados en profundidad en el *Rapport sur l'aide médicale de l'État. Établi par C. Evin, P. Stefani avec l'appui de l'inspection générale de l'administration et de l'inspection générale des affaires sociales. Décembre 2023*. Su **anexo nº 5** contiene una interesante comparación de las condiciones de acceso a los cuidados y servicios para los extranjeros en situación irregular en Europa occidental.

¹² Sobre su definición y comparación con otros sistemas se pueden ver la *nota Ce qui reste à votre charge* de *Assurance Maladie* y el estudio *Le reste à charge: définitions et comparaisons*, de Pierre Czernichow (miembro del *Haut Conseil de la santé publique*).

¹³ *Arrêté du 6 novembre 1996 portant homologation des règles de répartition et d'attribution des greffons prélevés sur une personne décédée en vue de transplantation d'organes*

¹⁴ Ver explicación y guías de la *Agence de la biomédecine*. *Règles de répartition*.

Si bien esta asistencia está asegurada para todos, sean ciudadanos italianos o extranjeros, las personas extranjeras que se encuentren en territorio nacional de forma irregular tienen derechos de acceso más limitados, entre los que se encuentran el de recibir servicios que se consideren urgentes y esenciales, así como en casos de medicina preventiva, los destinados a tutelar la salud individual y colectiva¹⁵.

El SSN aplica este principio a través de una organización compleja extendida por todo el territorio nacional y sus servicios son prestados por diferentes tipos de instituciones, así como por las estructuras privadas asociadas al SSN. Todas ellas garantizan de forma uniforme la prestación de los **niveles esenciales de asistencia** o *Livelli essenziali di assistenza* (LEA) a toda la población¹⁶.

Los ciudadanos pueden acceder a los LEA gratuitamente o, en su caso, mediante una cuota de participación (conocida como **ticket**). Los servicios que garantiza el SSN, abarcan tres áreas¹⁷: *Prevenzione collettiva e sanità pubblica*, *Assistenza distrettuale* y *Assistenza ospedaliera* reguladas en el **Decreto Legislativo n. 502 del 1992**¹⁸ y en el **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017**¹⁹.

Según se establece en dichas normas, algunas de estas prestaciones son gratuitas para el paciente, mientras que otras pueden requerir de una cuota de participación o *ticket*. Existen exenciones del pago de *ticket* previstas por razones de edad y renta, por determinadas patologías crónicas o raras, para personas que tengan reconocido estado de invalidez, etc.²⁰.

La integración y **coordinación** de los servicios sanitarios y sociales está prevista en el art. 1²¹ de la **Legge n. 833 del 1978** y regulada tanto en la **Legge n. 328**

¹⁵ Los detalles respecto a qué servicios se consideran incluidos se encuentran recogidos en los arts. 34-36 del **Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero**, en los arts. 32-34 de la **Legge 6 marzo 1998, n. 40. Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero**, y en la **Circolare del Ministero della Salute del 24 marzo 2000, n. 5. Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria**

¹⁶ Ver **nota** del **Ministero della Salute** sobre los principios del SSN.

¹⁷ De acuerdo con la **explicación** del **Ministero della Salute**

¹⁸ **Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421**. Las prestaciones están reguladas en el Título II (arts. 8-10).

¹⁹ **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**.

²⁰ Ver explicaciones detalladas en la **nota Ticket ed esenzioni** del **Ministero della Salute**.

²¹ Según afirma, “*Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività*”.

*del 2000*²² como en la normativa regional, que se ocupa de la coordinación con los servicios sociales existentes en el territorio (según se dispone en la propia *Legge n. 833 del 1978*).

En relación con el **TODF**, el procedimiento seguido para su ejecución debe respetar los criterios de transparencia e igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos y prever criterios de acceso a las listas de espera determinados por parámetros clínicos e inmunológicos, tal y como como exige el art. 1 de la *Legge n. 91 del 1999*²³. De acuerdo con el art. 8 de dicha norma, el *Centro nazionale per i trapianti* es la entidad encargada de gestionar dichas listas y determinar los detalles para la asignación de órganos, basándose de forma exclusiva en la urgencia y la compatibilidad.

En el caso de **Portugal** el principio de acceso **universal** está consagrado en el **art. 64** de la Constitución, según el cual el derecho de protección de la salud se realiza a través de un servicio nacional de salud universal y general.

Este carácter universal, está igualmente recogido en las siguientes normas:

- *Lei 56/79*²⁴, cuyo **art. 4** establece que el acceso al Servicio Nacional de Salud (SNS) se garantiza tanto a todos los ciudadanos, independientemente de su condición económica, como a los extranjeros, en régimen de reciprocidad, a los apátridas y a los refugiados políticos que residan o que se encuentren en Portugal.
- *Lei 95/2019*²⁵, en la cual se afirma que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud (Bases 1 y 2.1), se establece que la universalidad es uno de los principios del SNS (Base 20.2.a) y se determina quiénes son los beneficiarios (Base 21²⁶).
- *Decreto-Lei n.º 52/2022*²⁷, en la que se remite a la Ley de bases para la definición de los usuarios del SNS (**art. 4**).

²² *Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*

²³ *Legge 1 aprile 1999, n. 91. Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*

²⁴ *Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro Serviço Nacional de Saúde*

²⁵ *Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto*

²⁶ Todos los ciudadanos portugueses (apartado 1) e igualmente los ciudadanos, con residencia permanente o en situación de estancia o residencia temporal en Portugal, que sean nacionales de Estados miembros de la UE o equiparados; nacionales de terceros países o apátridas; solicitantes de protección internacional y migrantes con o sin la respectiva situación legalizada, en los términos del régimen jurídico aplicable (apartado 2).

²⁷ *Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*

Los inmigrantes que no sean titulares de una autorización de permanencia o residencia o estén en situación irregular serán atendidos, pero tienen que realizar ciertos gastos por los servicios, salvo excepciones (por ej.: cuidados urgentes y vitales, enfermedades transmisibles, salud materno-infantil y reproductiva, cuidados a menores residentes en Portugal, vacunación...), tal y como expone la *Entidade Reguladora de Saúde* en su nota explicativa sobre el ***Acesso de imigrantes à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde***.

Los diferentes tipos de **servicios** disponibles y principales condiciones de prestación están recogidos en los arts. **14-16** de la *Lei n.º 56/79*, así como en la *Lei 15/2014*²⁸, en la que se regulan los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud.

La regla general es la **tendencia a la gratuidad** de los cuidados, teniendo en cuenta las condiciones económicas y sociales de los ciudadanos –base 20.2.c) de la *Lei 95/2019*– y la gratuidad del acceso a los servicios y prestaciones del SNS –**art. 7** de la *Lei 56/79*–. No obstante, existen algunos casos en los que el usuario tiene que realizar un pago específico a través de las conocidas como ***taxas moderadoras***²⁹, siempre dependientes de la condición de los recursos, de la dolencia y de la especial vulnerabilidad de cada caso.

Estas *taxas* están previstas en la Base 24 de la *Lei 95/2019* y reguladas de forma detallada en el ***Decreto-Lei n.º 113/2011***³⁰. La modificación más reciente de este decreto-ley, realizada en mayo de 2022³¹, ha terminado con las tasas en casi todos los servicios del SNS.

La legislación prevé y promueve los modelos de **coordinación e integración** de diferentes niveles de cuidados de salud física y mental y de respuestas de salud y sociales, recurriendo a procesos asistenciales participados, así como el trabajo en red y de forma articulada –**art. 8** del *Decreto-lei 52/2022*–.

Por último, y con relación al **TODF**, la donación no puede, en ninguna circunstancia, ser remunerada y la comercialización está prohibida de forma general –**art. 5** de la *Lei 12/93*³²–. Los gastos del proceso están asegurados por el sistema de salud y el órgano se trasplanta gratuitamente. Con el fin de garantizar los principios de igualdad y equidad, las listas de espera y los criterios de distribución de los órganos se definen teniendo en cuenta aspectos regionales y clínicos³³.

²⁸ *Lei n.º 15/2014 de 21 de março. Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*

²⁹ Ver **nota explicativa** sobre las *taxas moderadoras* del SNS elaborada por la *Entidade Reguladora da Saúde*, actualizada en 2024.

³⁰ *Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro. Regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios*

³¹ *Decreto-Lei n.º 37/2022. Altera o regime de cobrança de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde*

³² *Lei n.º 12/93 de 22 de Abril. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana*

³³ Ver explicaciones del *Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP: Transplantes*.

También en **Reino Unido** existe un servicio nacional de salud de acceso universal: el *National Health Service* (NHS), regulado fundamentalmente por el *National Health Service Act 2006*.

Si bien el carácter **universal** del servicio constituye uno de los principios fundamentales del NHS desde su creación, existen algunos límites que afectan especialmente a las personas inmigrantes.

De acuerdo con el *Immigration Act 2014* –secciones 38 y 39–, la mayoría de los extranjeros deben pagar una carga especial, la *immigration health surcharge* para acceder a dichos servicios³⁴. No obstante, en determinados casos no se exige ningún pago o carga: servicios de accidente y emergencia (salvo en ciertas circunstancias), servicios de planificación familiar, servicios de diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, ciertos casos de cuidados paliativos, etc. y para una relación limitada de enfermedades. Estas excepciones están detalladas en *The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations 2015*, **Part 3 (Relevant services exempt from charges)** y **Schedule 1 (Diseases for which no charge is to be made for treatment)**.

Las **prestaciones y servicios** presentan una regulación diferente para Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte³⁵.

Según la regla general los servicios se prestan de forma **gratuita**, salvo que la ley reguladora del NHS disponga lo contrario³⁶. Los diferentes tipos de **pagos** o cargas y los criterios para sus exenciones existentes actualmente en Inglaterra están recogidos en *The National Health Service (Charges for Drugs and Appliances) Regulations 2015*. El informe *NHS Charges*³⁷ de la Biblioteca de la Cámara de los Comunes, publicado en 2024, expone la regulación y evolución de esta cuestión en todos los territorios de Reino Unido.

Existen diferentes mecanismos estructurales de **coordinación** entre servicios sanitarios y sociales en cada territorio: en Inglaterra están previstos por la **Parte 1** del *Health and Care Act 2022*; en Escocia, por el *Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014*; en Irlanda del Norte, por el *Health and Social Care Act (Northern Ireland) 2022*³⁸; en Gales, por el *Social Services and Well-being (Wales) Act 2014*³⁹.

³⁴ Ver una explicación detallada del sistema en *The immigration health surcharge. Research Briefing. House of Commons Library. 31 January, 2024*

³⁵ Ver apartados dedicados a los servicios del NHS en *Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte*.

³⁶ Para Inglaterra, sección 1(4) del *NHS Act 2006*: “*The services provided as part of the health service in England must be free of charge except in so far as the making and recovery of charges is expressly provided for by or under any enactment, whenever passed*”.

³⁷ *NHS Charges. Research Briefing. By E. Parkin. House of Commons Library. 17 January 2024*

³⁸ En la actualidad se está desarrollando el programa *Integrated Care System NI* para establecer un nuevo sistema unificado basado en los diferentes elementos de cuidado social y sanitario.

³⁹ Destaca, además, la puesta en marcha y funcionamiento del *Health and Social Care Regional Integration Fund* (2022-2027).

Por último, en lo que se refiere al **TODF**, el principio fundamental establece que la donación debe ser incondicional y estar libre de cualquier tipo de contraprestación económica. Todos los pacientes con características similares deben tener las mismas posibilidades de entrar en el *UK National Transplant List* y de recibir una oferta.

Se considera como delito realizar acciones tales como dar o recibir cualquier tipo de contraprestación o premio por un trasplante y negociar algún acuerdo que pueda suponer tal contraprestación (**sección 32** del *Human Tissue Act 2004* y **sección 20** del *Human Tissue (Scotland) Act 2006*). La sección del NHS dedicada a *Blood and Transplant* elabora **guías y directrices**⁴⁰ en el que se especifican los criterios de selección para el acceso a los trasplantes.

Información adicional

Puede consultar los siguientes Documentos de Trabajo elaborados, por el Departamento de Documentación, para la Comisión de Sanidad en los que se recoge:

- **Documentación que acompaña al proyecto**
- **Estudios**
- **Documentos comparativos y texto derogado**

Igualmente, se encuentra a su disposición la **bibliografía** de apoyo a la tramitación legislativa del Proyecto elaborada por la Biblioteca del Congreso de los Diputados, que puede ser actualizada o ampliada durante su tramitación.

⁴⁰ NHS Blood and Transplant. *Organ and Tissue Donation and Transplantation (OTDT) Directorate. Transplantation - Policies and guidance*