

29/02/2024

Proyecto de Orden por la que se modifican los anexos I, II, 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.

I

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

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, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y transporte sanitario, con base en lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Los artículos 7 y 8 señalan que la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud se actualizará mediante orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.

Una vez llevadas a cabo las actuaciones correspondientes, de acuerdo con lo establecido 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, la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación ha valorado y aprobado una serie de propuestas de actualización relativas a la cartera común de servicios de salud pública, atención primaria, atención especializada y prestación ortoprotésica.

II

En lo relativo a los cribados neonatales y los cribados de cáncer, se han ido incluyendo en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud diversos programas de cribado poblacional conforme se ha dispuesto de evidencias científicas sobre su seguridad, eficacia, efectividad y coste efectividad.

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, concretó el programa de cribado neonatal para siete enfermedades endocrino-metabólicas: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena media, deficiencia de 3-hidroxi-acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), acidemia glutárica tipo I y anemia

falciforme. Asimismo, incluyó el cribado poblacional de cáncer de mama y de colon y sentó las bases del cribado de cáncer de cérvix.

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, continuó este proceso de concreción estableciendo las características del programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix.

Existe un proyecto de orden en fases muy avanzadas de tramitación que incorpora cuatro enfermedades más al programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas: déficit de biotinidasa, enfermedad de orina con olor a jarabe de arce, homocistinuria e hiperplasia suprarrenal congénita. Además, concreta el programa de cribado neonatal de hipoacusia y los programas de cribado prenatal de anomalías cromosómicas y de enfermedades infecciosas dentro de la cartera común de servicios de salud pública.

La presente orden incorpora al programa de cribado neonatal una nueva enfermedad endocrino-metabólica, la tirosinemia tipo I, además de el cribado de las cardiopatías congénitas críticas y la modificación del programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix.

Estas propuestas de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación y la Comisión de Salud Pública se elevan para acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud al objeto de concretar estos programas de cribado en la cartera común de servicios en el ámbito de la salud pública.

III

La prestación de los servicios asistenciales con garantías de calidad y equidad, requiere una atención centrada en la persona y no solo en la enfermedad (integralidad), mantenida a lo largo del tiempo por el mismo profesional (longitudinalidad), prestada a un mismo paciente por diferentes profesionales en distintos niveles (continuidad), accesible para el conjunto de la población (accesibilidad) y coordinada entre los profesionales de distinto nivel asistencial. En este marco de atención juega un papel crucial la atención primaria, que es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

La actualización de la cartera común de servicios de atención primaria del Sistema Nacional de Salud es uno de los objetivos del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2019. A su vez, el Plan de Atención Primaria y Comunitaria, aprobado también por el Consejo Interterritorial el 15 de diciembre de 2021, incluye entre sus acciones la actualización de la cartera común de servicios de Atención Primaria, en especial en lo referente a la indicación y realización de procedimientos diagnósticos en este ámbito, en coherencia con la reorientación necesaria para incrementar su capacidad de resolución, ampliar y desarrollar el servicio de atención comunitaria de la cartera común básica de atención primaria, así como la incorporación en cartera de servicios de las nuevas modalidades de atención no presencial estableciendo criterios de calidad para su uso.

A través de la ejecución del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria se pretende reforzarla para conseguir una mayor promoción de la salud,

prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora de su control, refuerzo de los cuidados en salud, reducción de desigualdades sociales y territoriales y mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

Además, una de las reformas para la renovación y ampliación de la capacidad del Sistema Nacional de Salud contempladas en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR), es el Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria (C18.R1).

Para afrontar los grandes retos de salud actuales y futuros, haciendo especial mención a la reciente pandemia de la COVID-19, es preciso reforzar la capacidad resolutoria de los profesionales de la atención primaria mediante la actualización de los procedimientos diagnósticos accesibles desde este nivel de atención.

Asimismo, es preciso impulsar las actividades en materia de promoción de la salud, prevención, atención familiar y atención comunitaria. La ampliación y desarrollo del servicio de atención comunitaria de la cartera común de atención primaria tiene por objetivo mejorar la salud y el bienestar de la comunidad y disminuir las desigualdades sociales en salud. Estas actividades, con participación de la comunidad, están orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificación de los recursos comunitarios y activos para la salud disponibles, priorización de las intervenciones, y desarrollo y evaluación de las acciones. Por ello, es necesario detallar las actividades incluidas en el servicio de atención comunitaria, recogiendo los mecanismos de participación ciudadana, la participación en los consejos de salud y en acciones y proyectos comunitarios, la identificación y recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud y la coordinación intersectorial para la mejora de las condiciones de vida.

La orden actualiza y concreta los procedimientos diagnósticos accesibles en el nivel de atención primaria y las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó estas propuestas conjuntas de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación y la Comisión de Salud Pública para la actualización de la cartera común de servicios de atención primaria.

IV

La atención no presencial ya era una posibilidad para prestar la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, pero la pandemia ha supuesto un punto de inflexión en la implementación y desarrollo de esta modalidad de atención en todos los niveles asistenciales.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, recoge en sus anexos distintas modalidades de atención a los pacientes en la cartera común de servicios tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, sin especificar si esta atención se presta de manera presencial o no presencial.

Por ello, para clarificar que la modalidad de atención no presencial está incluida en la cartera común de servicios del SNS, es preciso recoger de manera expresa la posibilidad de realizar teleconsultas o el uso de otras herramientas para la atención y seguimiento del paciente a distancia.

V

Entre los implantes quirúrgicos del anexo VI del Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, está el dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda, para pacientes con fibrilación auricular que cumplan determinadas condiciones o pacientes que van a ser sometidos a una intervención percutánea de la válvula mitral y además presentan fibrilación auricular, alto riesgo de accidente cerebrovascular y contraindicación o intolerancia a la terapia de anticoagulación oral. Asimismo, está incluido el stent esofágico biodegradable, para patología benigna sometidos a estudio de monitorización.

Los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos forman parte de los mecanismos de evaluación previstos en el artículo 7.5 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, y están regulados por la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, 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.

Tras la valoración de los informes técnicos finales de los estudios de monitorización, la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación acordó, el 19 de diciembre de 2023, mantener el dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda en la cartera común de servicios en las mismas condiciones que se recogía en el protocolo del estudio y la exclusión del stent esofágico biodegradable, para patología benigna por concurrir las circunstancias recogidas en el artículo 5.5 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

VI

En lo que se refiere a prestación ortoprotésica objeto de actualización en la presente orden, el Comité asesor para la prestación ortoprotésica, como órgano encargado de la coordinación de las actuaciones y el seguimiento de esta prestación, tiene entre sus funciones la de detectar las dificultades que pudieran surgir en el cumplimiento de la normativa sobre esta materia y resolver las dudas sobre su aplicación e interpretación.

Las estructuras endoesqueléticas para prótesis de miembro inferior incluidas en el catálogo común de prestación ortoprotésica suplementaria, contenido en el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, se engloban dentro de cinco categorías correspondientes a los cinco niveles de amputación y distribuidos en cinco tipos de productos por categoría en función del peso del usuario. Son un total de veinticinco tipos de productos definidos en el catálogo con un grado de complejidad de la adaptación de complejidad media (COMP2).

Ante los problemas comunicados por las empresas para registrar sus productos en el Sistema informatizado para la recepción de comunicaciones de productos ortoprotésicos al Sistema Nacional de Salud (SIRPO) como COMP2, debido a una serie de dificultades técnicas y prácticas, el Comité asesor para la prestación ortoprotésica acordó cambiar la clasificación de estos tipos de productos en lo referente a su elaboración de COMP2 a productos a medida (MED), es decir, de elaboración individualizada, con la correspondiente reasignación en el catálogo de códigos de elaboración MED a estos veinticinco tipos de productos. Este cambio soluciona el problema de registro en el SIRPO por parte de las empresas, puesto que los productos a medida no se registran en el SIRPO al no ser ofertados por el elaborador, tal y como recoge en el artículo 12.2 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 la oferta de productos ortoprotésicos y se determinan los coeficientes de corrección.

Por otro lado, se ha revisado a petición del sector la solicitud de eliminación de la indicación específica “para el paciente neurológico infantil” para los tipos de productos incluidos en la categoría OIT 070 Ortesis dinámica antiequino tipo DAFO. Tras estudio y valoración por parte del Comité asesor para la prestación ortoprotésica, éste acordó mantener dicha indicación en el catálogo como se recoge actualmente, acotada su prescripción al paciente neurológico infantil, aunque añadiendo una aclaración que indique que para aquellos pacientes que han venido usando este tipo de productos desde niños los puedan seguir usando siempre que se acompañe la prescripción de un informe justificativo por parte del facultativo especialista.

Asimismo, el Comité asesor para la prestación ortoprotésica acordó la creación de dos nuevos tipos de productos para incluir las lentes de contacto que se precisan para la corrección de la afaquia en catarata congénita infantil.

Los mencionados acuerdos fueron informados y ratificados por la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.

VII

De acuerdo con lo expuesto, esta orden pretende hacer efectivas las propuestas acordadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación relativas a la concreción y actualización de los anexos del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, correspondientes a la cartera común de salud pública, atención primaria, atención especializada y prestación ortoprotésica.

VIII

Esta orden se ajusta 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, principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia, en tanto que la misma persigue un interés general al pretender facilitar a los pacientes el acceso a las prestaciones que les son necesarias, no existe ninguna alternativa regulatoria menos restrictiva de derechos y resulta coherente con el ordenamiento jurídico tanto nacional como europeo. Asimismo, en virtud del principio de eficiencia la norma no introduce ninguna variación en materia de cargas administrativas.

Del mismo modo, durante el procedimiento de elaboración de la norma, ha sido sometida a los trámites de consulta pública y audiencia e información pública. Asimismo, va a ser informada por el Consejo de Consumidores y Usuarios, el Consejo Nacional de la Discapacidad, y va a ser informada por el Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se va a consultar a las comunidades autónomas, las Ciudades de Ceuta y Melilla, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las mutualidades de funcionarios y quedan justificados en el preámbulo los objetivos que persigue esta orden.

Esta orden se dicta al amparo de lo previsto en el artículo 149.1.16.^a de la Constitución Española que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y en uso de las atribuciones conferidas por la disposición final segunda del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

En su virtud, de acuerdo con el Consejo de Estado, dispongo:

Artículo único. *Modificación de los anexos I, II, 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.*

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, queda modificado como sigue:

Uno. El apartado 3 del anexo I queda redactado de la siguiente manera:

“3. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las discapacidades

3.1 Programas intersectoriales y transversales de promoción y educación para la salud orientados a la mejora de los estilos de vida.

3.2 Programas de carácter intersectorial de protección de riesgos para la salud y prevención de enfermedades, deficiencias y lesiones.

3.3 Programas transversales de protección de riesgos para la salud, de prevención de enfermedades, deficiencias y lesiones, y de educación y promoción de la salud, dirigidos a las diferentes etapas de la vida y a la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, lesiones, accidentes y discapacidades, incluidas las actividades para detectar en fase presintomática las enfermedades mediante cribado que se señalan a continuación:

3.3.1 Las enfermedades que forman parte del programa poblacional de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud son:

3.3.1.1 Hipotiroidismo congénito.

3.3.1.2 Fenilcetonuria.

3.3.1.3 Fibrosis quística.

3.3.1.4 Deficiencia de acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena media (MCADD).

3.3.1.5 Deficiencia de 3-hidroxi-acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD).

3.3.1.6 Acidemia glutárica tipo I (GA-I).

3.3.1.7 Anemia falciforme.

3.3.1.8 Déficit de biotinidasa (DB).

3.3.1.9 Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (MSUD).

3.3.1.10 Homocistinuria (HCN).

3.3.1.11 Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC).

3.3.1.12 Tirosinemia tipo I (TYR I)

La implantación del programa poblacional de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud se acompañará del desarrollo por parte del Ministerio de Sanidad de un sistema de información que permita en los niveles autonómico y estatal realizar un correcto seguimiento y evaluación de estos programas poblacionales. El Ministerio de Sanidad elaborará un informe técnico anual de evaluación del programa de cribado que pondrá a disposición de la ciudadanía y las administraciones en su página Web. Asimismo, establecerá protocolos consensuados en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que permitan abordar en todas las comunidades autónomas, de manera homogénea y de acuerdo con criterios de calidad, los procesos de cribado.

3.3.2 Los programas de cribado de cáncer que forman parte de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud son:

3.3.2.1 Cribado poblacional de cáncer de mama. Con carácter general, se realizará con los siguientes criterios:

- a) Población objetivo: mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años.
- b) Prueba de cribado: mamografía.
- c) Intervalo entre exploraciones: 2 años.

3.3.2.2 Cribado poblacional de cáncer colorrectal. Con carácter general, se realizará de acuerdo con las siguientes bases:

- a) Población objetivo: hombres y mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años.
- b) Prueba de cribado: sangre oculta en heces.
- c) Intervalo entre exploraciones: 2 años.

3.3.2.3 Cribado poblacional de cáncer de cérvix: Con carácter general, se realizará aplicando los siguientes criterios:

- a) Población objetivo: mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 65 años.
- b) Prueba primaria de cribado e intervalo entre exploraciones:

1º. Mujeres con edades comprendidas entre 25 y 29 años:

i) Mujeres sin protección adecuada por vacunación frente a VPH: citología cada 3 años.

ii) Mujeres con protección adecuada por vacunación frente a VPH: en función del estado de implementación del programa de cribado, se realizará citología cada 3 años o, se iniciará el cribado a los 30 años.

2º. Mujeres con edades comprendidas entre 30 y 65 años: determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR), independientemente de su estado vacunal frente al VPH:

- i) Si VPH-AR es negativo: repetir prueba VPH-AR a los cinco años.

ii) Si VPH-AR es positivo: triaje adecuado para estratificación del riesgo de lesiones por VPH. Si se descarta alto riesgo, repetir VPH-AR al año.

Para la aplicación del apartado 3.3.2.3 se considerará protección adecuada frente a VPH la pauta de vacunación cuya evidencia actualizada indique protección frente a infección persistente, valorado desde la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones.

Para poder llevar a cabo la evaluación de este programa de cribado, de acuerdo con lo previsto en el apartado 3.3.2.4, las comunidades autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla incluirán, entre los datos que recoja su sistema de información del programa poblacional de cribado de cáncer de cérvix para toda la población diana objeto del programa, si la mujer ha sido vacunada frente al VPH y en su caso, la fecha de la vacunación, las dosis administradas y los genotipos vacunales de la vacuna administrada.

3.3.2.4 De acuerdo con el principio de evaluación establecido en el artículo 3 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y sin perjuicio de las evaluaciones que se realicen en el nivel autonómico, se realizará una evaluación a nivel estatal de estas prestaciones en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, en el plazo que se determine por la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.

3.3.2.5 Las comunidades autónomas, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las mutualidades de funcionarios garantizarán en los cánceres sometidos a cribado poblacional la valoración del riesgo individual en las personas que cumplen criterios de alto riesgo personal o riesgo de cáncer familiar o hereditario y en caso de confirmarse, su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

3.3.3 Programa poblacional de cribado neonatal de hipoacusia. Con carácter general se realizará con los siguientes criterios:

- a) Población objetivo: todos los recién nacidos/as.
- b) Pruebas de cribado: otoemisiones acústicas automatizadas (OEA) y/o potenciales evocados auditivos de tronco cerebral automatizados (PEATC-A).
- c) Realización de la prueba: en el periodo neonatal, preferiblemente en los primeros días de vida.

Se garantizará que en el momento de la realización del cribado se defina también el riesgo individual de hipoacusia congénita y en función de éste, se facilitará su manejo y seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

El programa de cribado neonatal de hipoacusia además del diagnóstico de confirmación y tratamiento, incluirá la atención temprana y seguimiento en los centros que determine cada comunidad autónoma, las mutualidades de funcionarios o el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

La concreción del programa de cribado neonatal de hipoacusia de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud se acompañará de:

- el desarrollo de un protocolo para la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento, seguimiento y la atención integral a la población infantil con hipoacusia neonatal y a sus familias que permita abordar en todas las comunidades autónomas, de manera homogénea y de acuerdo con criterios de calidad este programa.

- el desarrollo de un sistema de información que permita en los niveles autonómico y estatal realizar un correcto seguimiento y evaluación de este programa.

El Ministerio de Sanidad elaborará un informe técnico anual de evaluación del programa de cribado que pondrá a disposición de la ciudadanía y las administraciones en su página Web.

3.3.4 Programa poblacional de cribado neonatal de cardiopatías congénitas críticas. Con carácter general se realizará con los siguientes criterios:

- a) Población objetivo: todos los recién nacidos/as.
- b) Pruebas de cribado: pulsioximetría.
- c) Realización de la prueba: en el periodo neonatal, preferiblemente en los primeros días de vida.

Se garantizará que en el momento de la realización del cribado se defina también el riesgo individual de cardiopatías congénitas críticas y en función de esto, se facilitará su manejo y seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

El programa de cribado neonatal de cardiopatías congénitas críticas incluirá, además, el diagnóstico de confirmación y tratamiento, así como el seguimiento en los centros que determine cada comunidad autónoma, las mutualidades de funcionarios o el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

La concreción del programa de cribado neonatal de cardiopatías congénitas críticas de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud se acompañará de:

- el desarrollo de un protocolo para la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento, seguimiento y la atención integral a la población infantil con cardiopatías congénitas críticas que permita abordar este programa de acuerdo a criterios de calidad y de forma homogénea en todas las comunidades autónomas.

- el desarrollo de un sistema de información que permita en los niveles autonómico y estatal realizar un correcto seguimiento y evaluación de este programa.

El Ministerio de Sanidad elaborará un informe técnico anual de evaluación del programa de cribado que pondrá a disposición de la ciudadanía y las administraciones en su página Web.

3.3.5 Los programas de cribado de prenatal que se concretan como programas poblacionales en la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud son:

3.3.5.1 Programa de cribado prenatal de anomalías cromosómicas. Su implementación tendrá un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de atención primaria y atención especializada del Sistema Nacional de Salud. Con carácter general se realizará con los siguientes criterios:

- a) Población objetivo: mujeres embarazadas.
- b) Pruebas de cribado:

1º Test combinado del primer trimestre compuesto por una prueba bioquímica que consiste en la determinación de PAPP-A (glicoproteína sintetizada en el trofoblasto) y β hCG (fracción beta libre de la gonadotropina coriónica humana) y una prueba ecográfica de medición de la translucencia nucal (TN).

2º Test de ADN fetal libre circulante en sangre materna como prueba de cribado prenatal contingente o de segunda línea ante una situación en la que esté incrementado el riesgo de trisomía fetal en los cromosomas 21, 18 o 13. Esta prueba estará limitada a la detección de las trisomías fetales en los cromosomas 21, 18 o 13.

Las comunidades autónomas, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las mutualidades de funcionarios garantizarán la valoración del riesgo individual en las mujeres embarazadas que cumplan criterios de alto riesgo y en caso de confirmarse, su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

3.3.5.2 Programa de cribado prenatal de enfermedades infecciosas dentro de la cartera de servicios comunes de salud pública. Su implementación tendrá un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de atención primaria y atención especializada del Sistema Nacional de Salud. Con carácter general se realizará con los siguientes criterios:

- a) Población objetivo: mujeres embarazadas.
- b) Pruebas de cribado:

1º A todas las mujeres embarazadas se les debe ofertar el cribado de sífilis, VIH, hepatitis B y estreptococo del grupo B.

2º Se ofertará el cribado prenatal de la infección por hepatitis C, enfermedad por virus Zika y enfermedad de Chagas a las embarazadas que pertenezcan a los grupos de riesgo establecidos para cada una de ellas.

3º Se ofertará el cribado de rubeola en aquellas embarazadas que carezcan de una evidencia contrastada de vacunación.

4º Se ofertará el cribado de varicela en aquellas embarazadas sin antecedentes de padecimiento de varicela o herpes zóster y que carezcan de una evidencia contrastada de vacunación.

Las comunidades autónomas, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las mutualidades de funcionarios garantizarán la valoración del riesgo individual en las mujeres embarazadas que cumplan criterios de alto riesgo y en caso de confirmarse, su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

La concreción del programa de cribado prenatal de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud se acompañará del desarrollo por parte del Ministerio de Sanidad de un sistema de información que permita en los niveles autonómico y estatal realizar un correcto seguimiento y evaluación de este programa. El Ministerio de Sanidad elaborará un informe técnico anual de evaluación del programa de cribado que pondrá a disposición del ciudadano y las administraciones en su página Web. Asimismo, establecerá protocolos consensuados en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que permitan abordar este programa en todas las comunidades autónomas, de manera homogénea y de acuerdo con criterios

de calidad. Dichos protocolos incluirán todos los diferentes procesos de atención que se llevan a cabo en el programa incluyendo, entre otros, la consulta preconcepcional.

3.4 Programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a grupos de población con necesidades especiales y orientados a eliminar o reducir desigualdades en salud.”

Dos. El apartado 1 del anexo II queda redactado de la siguiente manera:

“1. Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo

Comprende todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que realizan los diferentes profesionales de atención primaria.

La atención a los procesos agudos incluye el abordaje de problemas cardiovasculares, respiratorios, del aparato digestivo, infecciosos, metabólicos y endocrinológicos, neurológicos, hematológicos, de la piel, del aparato urinario, del aparato genital, músculo-esqueléticos, otorrinolaringológicos, oftalmológicos, de la conducta y de la relación, conductas de riesgo, traumatismos, accidentes e intoxicaciones.

Los procesos agudos y crónicos más prevalentes se han de atender de forma protocolizada.

La actividad asistencial se presta, dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico, tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente en modalidad presencial o no presencial.

La elección de la modalidad de asistencia a utilizar ha de tener en cuenta el contexto clínico y las características concretas del paciente garantizando la seguridad y la calidad de la atención. Se debe adaptar en función de las preferencias, necesidades, competencias digitales y diversidad de capacidades de los pacientes y cuidadores y cumplir la normativa vigente de seguridad y protección de datos personales.

La actividad asistencial incluye las siguientes modalidades:

- 1.1 Consulta a demanda, por iniciativa del paciente, preferentemente organizada a través de cita previa.
- 1.2 Consulta programada, realizada por iniciativa de un profesional sanitario.
- 1.3 Consulta urgente, por motivos no demorables.”

Tres. El apartado 2.1 del anexo II queda redactado de la siguiente manera:

“2.1 Procedimientos diagnósticos.

2.1.1 Procedimientos diagnósticos básicos realizados en atención primaria en población adulta e infantil, incluyendo entre otros:

- a) Anamnesis, individual y familiar, y exploración física.

b) Exploración de la función pulmonar: espirometría, medición del flujo espiratorio máximo, pulsioximetría. Así mismo, cooximetría para apoyo a los programas de deshabituación tabáquica.

c) Exploraciones cardiovasculares: electrocardiografía, doppler para medición del índice tobillo-brazo y dedo-brazo, monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), automonitorización de la presión arterial (AMPA).

d) Exploraciones otorrinolaringológicas: otoscopia, incluyendo la otoscopia neumática, rinoscopia, laringoscopia indirecta, audiometría portátil para valoración de la audición, acimetría cualitativa y timpanometría/impedanciometría.

e) Exploraciones oftalmológicas: medición de la agudeza visual y fondo de ojo, retinografía, tonometría, refractometría bilateral en niños, oftalmoscopia, incluyendo oftalmoscopio de pared con luz de Wood, tinción ocular con fluoresceína.

f) Pruebas de diagnóstico en consulta para la determinación de:

- glucemia capilar
 - INR (razón normalizada internacional) capilar
 - bilirrubinometría transcutánea
 - Mantoux
 - test de diagnóstico rápido de virus respiratorios incluyendo gripe, covid, adenovirus, virus respiratorio sincitial, virus de Epstein-Barr)
 - detección de Streptococcus pyogenes.
 - proteína C reactiva capilar
 - pruebas alérgicas: prick test, prueba de IgE específica
 - test de embarazo
 - tira de orina
 - detección de tóxicos en orina
 - marcadores cardiovasculares: test de troponina, NT-proBNP, dímero D
- g) Obtención de muestras biológicas, incluyendo biopsias.
- h) Test psicoafectivos y sociales, de morbilidad y de calidad de vida.
- i) Pruebas de diagnóstico por imagen: ecografía clínica.
- j) Dermatoscopia.
- k) Exploraciones musculo-esqueléticas: podoscopio y escoliómetro.
- l) Poligrafía respiratoria domiciliaria
- m) Anoscopia

2.1.2 Procedimientos diagnósticos con acceso desde atención primaria, equiparando la capacidad de indicación con atención hospitalaria, garantizando la coordinación entre los dos niveles.

Incluye, entre otros, el acceso a los siguientes procedimientos diagnósticos:

- a) Pruebas de laboratorio.
- b) Anatomía patológica.
- c) Diagnóstico por imagen, entre otros, radiología general simple y de contraste, ecografía, mamografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, gammagrafía y densitometría ósea.
- d) Endoscopia digestiva.
- e) Pruebas neurofisiológicas: electromiograma, electroneurograma, y electroencefalograma.
- f) Acimetría cuantitativa, potenciales acústicos, pruebas vestibulares

- g) Phmetría, test de intolerancia a la lactosa y sobrecrecimiento intestinal y pruebas de detección de H. Pylori (test del aliento y antígeno heces).
- h) Test del sudor
- i) Polisomnografía
- j) Exploraciones cardiovasculares: ecocardiografía, ergometría y holter electrocardiográfico.”

Cuatro. El apartado 3 del anexo II queda redactado de la siguiente manera:

“3. Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria

Comprende las actividades de promoción de la salud, educación para la salud y prevención de la enfermedad que se realizan en el nivel de atención primaria, dirigidas a la persona, la familia, grupos específicos de personas y la comunidad, en colaboración y coordinación con otros niveles asistenciales o sectores implicados.

Las actividades de promoción de la salud y prevención se prestan, tanto en el centro sanitario, como en el ámbito domiciliario y comunitario, en relación con las necesidades de salud y las fortalezas y recursos de la población de su ámbito geográfico.

3.1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

3.1.1. Promoción y educación para la salud: Comprende las actividades dirigidas a generar, potenciar e informar sobre comportamientos y estilos de vida saludables, así como a promover la alfabetización en salud y el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos y las orientadas a fomentar los factores de protección, el autocuidado, los cuidados, y la corresponsabilidad, incluyendo:

a) Actividades de educación para la salud individual en las consultas de los centros de salud y en los domicilios sobre comportamientos relacionados con la salud o estilos de vida saludables, con enfoque biopsicosocial y de determinantes sociales, vinculadas a la recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud.

b) Actividades de educación para la salud grupales en los centros de salud y otros ámbitos de la comunidad, como los centros educativos, sobre comportamientos relacionados con la salud o estilos de vida saludables con enfoque biopsicosocial y de determinantes sociales, vinculadas a la recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud.

3.1.2. Actividades preventivas:

a) Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación vigente aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y las administraciones sanitarias competentes, así como aquellas que puedan indicarse, en población general o en grupos de riesgo, por situaciones que epidemiológicamente lo aconsejen.

b) Indicación y administración, en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos y situaciones de riesgo de infección para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran.

c) Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase presintomática

mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria). El resto de actividades preventivas se incluyen de manera más específica en los correspondientes apartados de este anexo.

3.2. Atención familiar: Comprende la atención individual considerando el contexto familiar de las personas, así como la atención al entorno familiar. Incluye la identificación de la estructura familiar, las etapas del ciclo vital familiar, los acontecimientos vitales estresantes, las capacidades y fortalezas familiares, los sistemas de interacción en la familia y la detección de la disfunción familiar, teniendo en cuenta el contexto y los determinantes sociales.

3.3. Atención comunitaria: Comprende el conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificación de los recursos comunitarios y activos para la salud disponibles, priorización de las intervenciones y desarrollo y evaluación de acciones, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de la comunidad y disminuir las desigualdades sociales en salud, en coordinación con los sectores y agentes implicados. Se incluye:

a) Participación de profesionales de Atención Primaria en los consejos de salud/comisiones de salud comunitaria de la zona básica de salud, barrios u otra delimitación territorial de cercanía, y creación de dichas estructuras en el caso de que no existan. Si en esa delimitación territorial de cercanía existe otra estructura de coordinación en funcionamiento que cuente con participación ciudadana, como una mesa de coordinación intersectorial local, se optará por la participación de profesionales de Atención Primaria en dicha estructura.

b) Establecimiento de mecanismos de participación ciudadana, de personas cuidadoras y pacientes.

c) Participación de profesionales de Atención Primaria en acciones comunitarias y proyectos de salud comunitaria, apoyando, coliderando o liderando las iniciativas de las redes comunitarias y de promoción de la salud.

d) Colaboración de profesionales de Atención Primaria en los procesos de identificación, mapeo, dinamización y recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud.

e) Apoyo a acciones a nivel intersectorial que posibiliten mejoras en las condiciones de vida de la población.

f) Coordinación del centro de salud con los centros educativos, apoyando la promoción de la salud en los centros educativos y las escuelas promotoras de salud.

g) Coordinación con los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y con otros sectores y agentes implicados, como, entidades locales, ciudadanía y asociaciones de pacientes, educación, servicios sociales, deportes, establecimientos sanitarios y otros agentes comunitarios, con el fin de mejorar la salud y el bienestar de la comunidad.”

Cinco. La parte introductoria del anexo III queda redactada de la siguiente manera:

“ANEXO III

Cartera de servicios comunes de atención especializada

TEXTO SOMETIDO AL TRÁMITE DE AUDIENCIA E INFORMACIÓN PÚBLICA

La atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas 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.

Estas actividades, realizadas por equipos interdisciplinares, tienen como apoyo, conforme a las normas de organización, funcionamiento y régimen de los servicios de salud, los servicios comprendidos en el apartado 5.

La actividad asistencial puede prestarse en modalidad presencial o no presencial.

La elección de la modalidad de asistencia a utilizar ha de tener en cuenta el contexto clínico y las características concretas del paciente garantizando la seguridad y la calidad de la atención. Se debe adaptar en función de las preferencias, necesidades, competencias digitales y diversidad de capacidades de los pacientes y cuidadores y cumplir la normativa vigente de seguridad y protección de datos personales.

La atención de urgencia que se presta en los hospitales durante las veinticuatro horas del día, a pacientes que sufran una situación clínica aguda que obligue a una atención inmediata de los servicios del hospital, se lleva a cabo de acuerdo con lo establecido en el anexo IV. El acceso del paciente a la atención de urgencia hospitalaria se realiza por remisión del médico de atención primaria o especializada o por razones de urgencia o riesgo vital que puedan requerir medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario.

La atención especializada se presta, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.

La atención sanitaria especializada comprende:”

Seis. En el apartado 6.1 del anexo VI, se modifica el apartado CA 1 4 4, que queda redactado de la siguiente manera:

“CA 1 4 4 Dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda, para pacientes con fibrilación auricular, con presencia de otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular añadidos y contraindicación o intolerancia a la terapia de anticoagulación oral o para pacientes que van a ser sometidos a una intervención percutánea de la válvula mitral y además presentan fibrilación auricular, alto riesgo de accidente cerebrovascular y contraindicación o intolerancia a la terapia de anticoagulación oral.”

Siete. En el apartado 6.1 del anexo VI, se modifica el apartado CD 0, que queda redactado de la siguiente manera:

“CD 0 Esofágicos.

CD 0 0 Stent metálico.

CD 0 0 0 Recubierto (parcial o totalmente).

CD 0 0 1 No recubierto.

CD 0 0 1 0 Valvulado.
CD 0 0 1 1 No valvulado.

CD 0 1 Stent de plástico.”

Ocho. Se modifican los subgrupos 06 24 09, 06 24 12, 06 24 15, 06 24 18, 06 24 21 del grupo 06 24 Prótesis de miembro inferior, del apartado 7 del anexo VI, que quedan redactados del siguiente modo:

“Subgrupo: 06 24 09 Prótesis transtibiales (por debajo de la rodilla).

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media – Meses	IMF	IMF si
PIT 000 Prótesis transtibial con encaje PTB.	PIT 000A Prótesis transtibial con encaje PTB (Prescribir además una estructura endoesquelética, un sistema de suspensión, un pie a elección y, si lo precisa, una rodillera de suspensión, una funda, una media o cubierta cosmética y una calceta).	MED	24	1.411,26	1.282,96
	PIT 000B Prótesis transtibial con encaje PTB y estructura exoesquelética (Prescribir además un sistema de suspensión, un pie a elección y, si lo precisa, una rodillera de suspensión y una calceta).	MED	24	2.324,85	2.113,50
PIT 010 Prótesis transtibial con encaje TSB.	PIT 010A Prótesis transtibial con encaje TSB (Prescribir además una estructura endoesquelética, un sistema de suspensión, un pie a elección y, si lo precisa, una vaina, una funda, una media o cubierta cosmética y una calceta).	MED	24	1.485,12	1.350,11
	PIT 010B Prótesis transtibial con encaje TSB y estructura exoesquelética (Prescribir además un sistema de suspensión, un pie a elección y, si lo precisa, una vaina y una calceta).	MED	24	2.392,74	2.175,22
PIT 020 Prótesis transtibial con encaje KBM.	PIT 020A Prótesis transtibial con encaje KBM (Prescribir además una estructura endoesquelética, un pie a elección y, si lo precisa, una vaina, una rodillera de suspensión, una funda y una media o cubierta cosmética y una calceta).	MED	24	1.522,35	1.383,95
	PIT 020B Prótesis transtibial con encaje KBM y estructura exoesquelética (Prescribir además un pie a elección y, si lo precisa, una vaina, una rodillera de suspensión y una calceta).	MED	24	2.343,81	2.130,74
PIT 900 Estructura para prótesis transtibial.	PIT 900A Estructura endoesquelética para prótesis transtibial, para usuarios hasta 45 kg de peso.	MED	24	831,64	756,04

	PIT 900B Estructura endoesquelética para prótesis transtibial, para usuarios entre 45 y 66 kg de peso.	MED	24	855,01	777,28
	PIT 900C Estructura endoesquelética para prótesis transtibial, para usuarios entre 66 y 100 kg de peso.	MED	24	865,82	787,11
	PIT 900D Estructura endoesquelética para prótesis transtibial, para usuarios entre 100 y 125 kg de peso.	MED	24	931,51	846,83
	PIT 900E Estructura endoesquelética para prótesis transtibial, para usuarios entre 125 y 166 kg de peso.	MED	24	1.064,93	968,12
	PIT 900F Estructura exoesquelética para prótesis transtibial.	MED	24	1.276,00	1.160,00
PIT 910 Encaje tibial.	PIT 910A Encaje PTB. Incluye adaptación y alineación.	MED	12	1.558,33	1.416,66
	PIT 910B Encaje TSB. Incluye adaptación y alineación.	MED	12	1.667,42	1.515,84
	PIT 910C Encaje KBM. Incluye adaptación y alineación.	MED	12	1.731,58	1.574,16
	PIT 910D Encaje interno en termoplástico blando o semigoma para prótesis transtibial.	MED	12	451,92	410,84
PIT 920 Vaina (liner) para prótesis transtibial.	PIT 920A Vaina interna (liner) de silicona para prótesis transtibial.	COMP2	6	512,97	466,34
	PIT 920B Vaina interna (liner) de uretano para prótesis transtibial.	COMP2	6	486,69	442,45
	PIT 920C Vaina interna (liner) en gel para prótesis transtibial.	COMP2	6	439,45	399,50
	PIT 920D Vaina interna (liner) de silicona para prótesis transtibial, a medida, para usuarios con características especiales que no permiten adaptar las prefabricadas.	MED	6	1.595,00	1.450,00
	PIT 920E Vaina (liner) pediátrica para prótesis transtibial.	COMP2	6	717,82	652,56
PIT 930 Sistemas de suspensión mecánicos para prótesis transtibial.	PIT 930A Correa de suspensión para PTB.	COMP1	12	132,00	120,00
	PIT 930B Correa de suspensión para PTB, a medida.	MED	12	189,20	172,00
	PIT 930C Corsete femoral con barras articuladas.	MED	12	707,03	642,75
	PIT 930D Rodillera de suspensión elástica tipo neopreno o tejido.	COMP1	12	64,17	58,34
	PIT 930E Rodillera de suspensión para vacío.	COMP1	6	162,80	148,00
PIT 940 Sistemas de suspensión de vacío pasivo para prótesis transtibial.	PIT 940A Suspensión por válvula de una vía manual para prótesis transtibial.	COMP2	18	97,90	89,00
	PIT 940B Suspensión por válvula de una vía automática para prótesis transtibial.	COMP2	18	127,32	115,75
	PIT 940C Sistema de suspensión hipobárica mediante vaina interna (liner) de silicona con un aro de sellado, para prótesis transtibial.	COMP2	6	770,00	700,00

	PIT 940D Sistema de suspensión hipobárica mediante vaina interna (liner) de silicona con más de un aro de sellado, para prótesis transtibial.	COMP2	6	855,48	777,71
PIT 950 Sistemas de suspensión de vacío activo para prótesis transtibial.	PIT 950A Sistema de suspensión de vacío activo de alta presión mecánico, para prótesis transtibial.	COMP2	24	1.870,00	1.700,00
PIT 960 Otros componentes y accesorios de prótesis transtibiales.	PIT 960A Funda cosmética externa para prótesis endoesquelética transtibial.	MED	12	272,85	248,05
	PIT 960B Media para prótesis endoesquelética transtibial.	COMP1	12	32,82	29,84
	PIT 960C Cubierta cosmética de revestimiento en PVC para prótesis endoesquelética transtibial.	COMP2	12	540,54	491,40
	PIT 960D Cubierta cosmética de revestimiento en silicona para prótesis endoesquelética transtibial.	COMP2	12	770,00	700,00
	PIT 960E Copas distales para muñones cónicos.	COMP 1	12	242,00	220,00

Subgrupo: 06 24 12 Prótesis de desarticulación de rodilla.

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media - Meses	IMF	IMF si
PIR 000 Prótesis de desarticulación de rodilla con apoyo distal.	PIR 000A Prótesis de desarticulación de rodilla con encaje externo con apoyo distal (Prescribir además estructura endoesquelética, un encaje interno y/o vaina, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, un sistema de suspensión, una funda, una media o cubierta cosmética y una calceta).	MED	24	1.948,54	1.771,40
	PIR 000B Prótesis de desarticulación de rodilla con encaje externo con apoyo distal y estructura exoesquelética (Prescribir además un encaje interno y/o vaina, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, un sistema de suspensión y una calceta).	MED	24	2.887,04	2.624,58
PIR 010 Prótesis de desarticulación de rodilla con apoyo isquiático.	PIR 010A Prótesis de desarticulación de rodilla con encaje externo con apoyo isquiático (Prescribir además estructura endoesquelética, un encaje interno y/o vaina, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, un sistema de suspensión, una funda, una media o cubierta cosmética y una calceta).	MED	24	2.034,60	1.849,64
	PIR 010B Prótesis de desarticulación de rodilla con encaje externo con apoyo isquiático y estructura exoesquelética (Prescribir además un encaje interno y/o vaina, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, un sistema de suspensión y una calceta).	MED	24	3.017,04	2.742,76
PIR 900 Estructura para prótesis de desarticulación de rodilla.	PIR 900A Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de rodilla, para usuarios hasta 45 kg de peso.	MED	24	967,86	879,87

Subgrupo: 06 24 12 Prótesis de desarticulación de rodilla.

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media – Meses	IMF	IMF si
	PIR 900B Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de rodilla, para usuarios entre 45 y 66 kg de peso.	MED	24	1.018,29	925,72
	PIR 900C Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de rodilla, para usuarios entre 66 y 100 kg de peso.	MED	24	1.054,04	958,22
	PIR 900D Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de rodilla, para usuarios entre 100 y 125 kg de peso.	MED	24	1.098,37	998,52
	PIR 900E Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de rodilla, para usuarios entre 125 y 166 kg de peso.	MED	24	1.116,70	1.015,18
	PIR 900F Estructura exoesquelética para prótesis de desarticulación de rodilla.	MED	24	1.390,40	1.264,00
PIR 910 Encaje para prótesis de desarticulación de rodilla.	PIR 910A Encaje externo para prótesis de desarticulación de rodilla con apoyo distal. Incluye adaptación y alineación.	MED	12	2.168,28	1.971,16
	PIR 910B Encaje externo para prótesis de desarticulación de rodilla con apoyo isquiático. Incluye adaptación y alineación.	MED	12	2.316,78	2.106,16
	PIR 910C Encaje interno en termoplástico blando o semigoma para prótesis de desarticulación de rodilla.	MED	12	815,83	741,66
	PIR 910D Encaje interno en silicona para prótesis de desarticulación de rodilla.	MED	12	1.862,67	1.693,34
PIR 920 Vaina (liner) para prótesis de desarticulación de rodilla.	PIR 920A Vaina interna (liner) de silicona para prótesis de desarticulación de rodilla.	COMP2	6	692,11	629,19
	PIR 920B Vaina interna (liner) de uretano para prótesis de desarticulación de rodilla.	COMP2	6	486,69	442,45
	PIR 920C Vaina interna (liner) de gel para prótesis de desarticulación de rodilla.	COMP2	6	506,66	460,60
	PIR 920D Vaina interna (liner) de silicona para prótesis de desarticulación de rodilla, a medida, para usuarios con características especiales que no permiten adaptar las prefabricadas.	MED	6	1.650,00	1.500,00
	PIR 920E Vaina interna (liner) pediátrica para prótesis de desarticulación de rodilla.	COMP2	6	717,82	652,56
PIR 930 Otros componentes y accesorios de prótesis de desarticulación de rodilla.	PIR 930A Funda cosmética externa para prótesis endoesquelética de desarticulación de rodilla.	MED	12	385,00	350,00
	PIR 930B Media para prótesis endoesquelética de desarticulación de rodilla.	COMP1	12	35,31	32,10

Subgrupo: 06 24 12 Prótesis de desarticulación de rodilla.

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media – Meses	IMF	IMF si
	PIR 930C Cubierta cosmética de revestimiento en PVC para prótesis endoesquelética de desarticulación de rodilla.	COMP2	12	621,50	565,00
	PIR 930D Cubierta cosmética de revestimiento en silicona para prótesis endoesquelética de desarticulación de rodilla.	COMP2	12	1.045,00	950,00

Subgrupo: 06 24 15 Prótesis transfemorales (por encima de la rodilla).

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media – Meses	IMF	IMF si
PIF 000 Prótesis transfemoral con encaje cuadrangular.	PIF 000A Prótesis transfemoral con encaje cuadrangular (Prescribir además una estructura endoesquelética, un sistema de suspensión, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, un encaje interno y/o vaina, una funda, una media o cubierta cosmética y una calceta).	MED	24	2.134,89	1.940,81
	PIF 000B Prótesis transfemoral con encaje cuadrangular y estructura exoesquelética (Prescribir además un sistema de suspensión, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, un encaje interno y/o vaina y una calceta).	MED	24	3.189,62	2.899,65
PIF 010 Prótesis transfemoral con encaje cuadrangular ISNY.	PIF 010A Prótesis transfemoral con encaje cuadrangular ISNY (Prescribir además una estructura endoesquelética, un sistema de suspensión, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, una vaina, una funda, una media o cubierta cosmética y una calceta).	MED	24	2.391,72	2.174,29
	PIF 010B Prótesis transfemoral con encaje cuadrangular ISNY y estructura exoesquelética (Prescribir además un sistema de suspensión, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, una vaina y una calceta).	MED	24	3.649,21	3.317,46
PIF 020 Prótesis transfemoral con encaje CAT-CAM.	PIF 020A Prótesis transfemoral con encaje CAT-CAM (Prescribir además una estructura endoesquelética, un sistema de suspensión, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, un encaje interno y/o vaina, una funda, una media o cubierta cosmética y una calceta).	MED	24	2.460,57	2.236,88
	PIF 020B Prótesis transfemoral con encaje CAT-CAM y estructura exoesquelética (Prescribir además un sistema de suspensión, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo	MED	24	3.677,53	3.343,21

Subgrupo: 06 24 15 Prótesis transfemorales (por encima de la rodilla).

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media – Meses	IMF	IMF si
	precisa, un encaje interno y/o vaina y una calceta).				
PIF 030 Prótesis transfemoral con encaje CAT-CAM ISNY.	PIF 030A Prótesis transfemoral con encaje CAT-CAM ISNY (Prescribir además una estructura endoesquelética, un sistema de suspensión, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, una vaina, una funda, una media o cubierta cosmética y una calceta).	MED	24	3.198,67	2.907,88
	PIF 030B Prótesis transfemoral con encaje CAT-CAM ISNY y estructura exoesquelética (Prescribir además un sistema de suspensión, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, una vaina y una calceta).	MED	24	4.261,43	3.874,03
PIF 040 Prótesis transfemoral con encaje de contacto total.	PIF 040A Prótesis transfemoral con encaje externo de contacto total (Prescribir además una estructura endoesquelética, un sistema de suspensión, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, un encaje interno y/o vaina, una funda, una media o cubierta cosmética y una calceta).	MED	24	2.296,77	2.087,97
PIF 900 Estructura para prótesis transfemoral.	PIF 900A Estructura endoesquelética para prótesis transfemorales, para usuarios hasta 45 kg de peso.	MED	24	980,69	891,54
	PIF 900B Estructura endoesquelética para prótesis transfemorales, para usuarios entre 45 y 66 kg de peso.	MED	24	921,12	837,38
	PIF 900C Estructura endoesquelética para prótesis transfemorales, para usuarios entre 66 y 100 kg de peso.	MED	24	1.068,71	971,55
	PIF 900D Estructura endoesquelética para prótesis transfemorales, para usuarios entre 100 y 125 kg de peso.	MED	24	1.101,12	1.001,02
	PIF 900E Estructura endoesquelética para prótesis transfemorales, para usuarios entre 125 y 166 kg de peso.	MED	24	1.124,95	1.022,68
	PIF 900F Estructura exoesquelética para prótesis transfemorales.	MED	24	1.564,20	1.422,00
PIF 910 Encaje femoral.	PIF 910A Encaje externo cuadrangular. Incluye adaptación y alineación.	MED	12	2.337,50	2.125,00
	PIF 910B Encaje externo cuadrangular ISNY. Incluye adaptación y alineación.	MED	12	2.744,50	2.495,00
	PIF 910C Encaje externo CAT-CAM. Incluye adaptación y alineación.	MED	12	2.707,83	2.461,66

Subgrupo: 06 24 15 Prótesis transfemorales (por encima de la rodilla).

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media - Meses	IMF	IMF si
	PIF 910D Encaje externo CAT-CAMISNY. Incluye adaptación y alineación.	MED	12	3.138,67	2.853,34
	PIF 910E Encaje externo de contacto total para prótesis transfemoral. Incluye adaptación y alineación.	MED	12	2.678,50	2.435,00
	PIF 910F Encaje interno de termoplástico blando o semigoma para prótesis transfemoral.	MED	12	491,33	446,66
PIF 920 Vaina (liner) para prótesis transfemoral.	PIF 920A Vaina interna (liner) de silicona para prótesis transfemoral.	COMP2	6	585,75	532,50
	PIF 920B Vaina interna (liner) en gel para prótesis transfemoral.	COMP2	6	575,83	523,48
	PIF 920C Vaina interna (liner) de silicona para prótesis transfemoral, a medida, para usuarios con características especiales que no permiten adaptar las prefabricadas.	MED	6	1.595,00	1.450,00
	PIF 920D Vaina interna (liner) pediátrica para prótesis transfemoral.	COMP2	6	717,82	652,56
PIF 930 Sistemas de suspensión mecánicos para prótesis transfemoral*.	PIF 930A Sistema de suspensión con cinturón y correa lateral para prótesis transfemoral.	MED	12	187,79	170,72
	PIF 930B Sistema de suspensión con cinturón, correa lateral y medial y poleilla para prótesis transfemoral.	MED	12	272,36	247,60
	PIF 930C Sistema de suspensión por correa distal para prótesis transfemoral.	COMP2	6	298,85	271,68
	PIF 930D Sistema de sujeción femoral elástico tipo neopreno o tejido para prótesis transfemoral.	COMP0	18	154,06	140,05
PIF 940 Sistemas de suspensión de vacío pasivos para prótesis transfemoral*.	PIF 940A Suspensión por válvula de una vía manual para prótesis transfemoral.	COMP2	18	97,90	89,00
	PIF 940B Suspensión por válvula de una vía automática para prótesis transfemoral.	COMP2	18	127,32	115,75
	PIF 940C Sistema de suspensión hipobárica mediante vaina interna (liner) de silicona con un aro de sellado, para prótesis transfemoral.	COMP2	6	770,00	700,00
	PIF 940D Sistema de suspensión hipobárica mediante vaina interna (liner) de silicona con más de un aro de sellado, para prótesis transfemoral.	COMP2	6	985,81	896,19
PIF 950 Sistemas de suspensión de vacío activo para prótesis transfemoral*.	PIF 950A Sistema de suspensión de vacío activo de alta presión mecánico, para prótesis transfemoral.	COMP2	24	2.266,00	2.060,00
	PIF 960A Funda cosmética para prótesis endoesquelética transfemoral.	MED	12	550,00	500,00

Subgrupo: 06 24 15 Prótesis transfemorales (por encima de la rodilla).

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media – Meses	IMF	IMF si
PIF 960 Otros componentes y accesorios de prótesis transfemorales.	PIF 960B Media para prótesis endoesquelética transfemoral.	COMP1	12	42,24	38,40
	PIF 960C Cubierta cosmética de revestimiento en PVC para prótesis endoesquelética transfemoral.	COMP2	12	605,00	550,00
	PIF 960D Cubierta cosmética de revestimiento en silicona para prótesis endoesquelética transfemoral.	COMP2	12	935,00	850,00

*Estos sistemas de suspensión se podrán utilizar también para las prótesis de desarticulación de rodilla.

Subgrupo: 06 24 18 Prótesis de desarticulación de cadera.

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media – Meses	IMF	IMF si
PIC 000 Prótesis de desarticulación de cadera con encaje pélvico.	PIC 000A Prótesis de desarticulación de cadera con encaje pélvico (Prescribir además una estructura endoesquelética, una articulación de cadera, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, un encaje interno, una funda y una media).	MED	24	3.174,35	2.885,77
PIC 900 Estructura para prótesis de desarticulación de cadera.	PIC 900A Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de cadera, para usuarios hasta 45 kg de peso.	MED	24	1.697,30	1.543,00
	PIC 900B Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de cadera, para usuarios entre 45 y 66 kg de peso.	MED	24	1.741,30	1.583,00
	PIC 900C Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de cadera, para usuarios entre 66 y 100 kg de peso.	MED	24	1.763,30	1.603,00
	PIC 900D Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de cadera, para usuarios entre 100 y 125 kg de peso.	MED	24	1.795,20	1.632,00
	PIC 900E Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de cadera, para usuarios entre 125 y 166 kg de peso.	MED	24	1.815,00	1.650,00
PIC 910 Encaje para prótesis de desarticulación de cadera.	PIC 910A Encaje externo para prótesis de desarticulación de cadera. Incluye adaptación y alineación.	MED	12	3.556,67	3.233,34
	PIC 910B Encaje interno en termoplástico blando o semigoma para prótesis de desarticulación de cadera.	MED	12	870,83	791,66

	PIC 910C Encaje interno de silicona para prótesis de desarticulación de cadera.	MED	12	2.457,58	2.234,16
PIC 920 Otros componentes y accesorios de prótesis de desarticulación de cadera.	PIC 920A Funda cosmética para prótesis de desarticulación de cadera.	MED	12	586,29	532,99
	PIC 920B Media para prótesis de desarticulación de cadera.	MED	12	99,87	90,79

Subgrupo: 06 24 21 Prótesis de hemipelvectomía.

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media – Meses	IMF	IMF si
PIV 000 Prótesis de hemipelvectomía con encaje pélvico.	PIV 000A Prótesis de hemipelvectomía con encaje pélvico (Prescribir además una estructura endoesquelética, una articulación de cadera, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, un encaje interno, una funda y una media).	MED	24	3.382,87	3.075,34
PIV 900 Estructura para prótesis de hemipelvectomía.	PIV 900A Estructura endoesquelética para prótesis de hemipelvectomía, para usuarios hasta 45 kg de peso.	MED	24	1.723,70	1.567,00
	PIV 900B Estructura endoesquelética para prótesis de hemipelvectomía, para usuarios entre 45 y 66 kg de peso.	MED	24	1.767,70	1.607,00
	PIV 900C Estructura endoesquelética para prótesis de hemipelvectomía, para usuarios entre 66 y 100 kg de peso.	MED	24	1.789,70	1.627,00
	PIV 900D Estructura endoesquelética para prótesis de hemipelvectomía, para usuarios entre 100 y 125 kg de peso.	MED	24	1.832,60	1.666,00
	PIV 900E Estructura endoesquelética para prótesis de hemipelvectomía, para usuarios entre 125 y 166 kg de peso.	MED	24	1.849,10	1.681,00
PIV 910 Encaje para prótesis de hemipelvectomía.	PIV 910A Encaje externo para prótesis de hemipelvectomía. Incluye adaptación y alineación.	MED	12	3.721,67	3.383,34
	PIV 910B Encaje interno en termoplástico blando o semigoma para prótesis de hemipelvectomía.	MED	12	906,58	824,16
	PIV 910C Encaje interno de silicona para prótesis de hemipelvectomía.	MED	12	2.731,67	2.483,34
PIV 920 Otros componentes y accesorios de prótesis de hemipelvectomía.	PIV 920A Funda cosmética para prótesis de hemipelvectomía.	MED	12	590,35	536,68
	PIV 920B Media para prótesis de hemipelvectomía.	MED	12	101,52	92,29

Nueve. Se modifica el subgrupo 06 30 30 del grupo 06 30 Prótesis distintas a las prótesis de miembros, del apartado 7 del anexo VI, que queda redactado del siguiente modo:

“Subgrupo: 06 30 30 Prótesis de restauración facial, incluyendo las de nariz y/o los pabellones auriculares y/o globos oculares en casos de traumatismo, enfermedad o malformación congénita.

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media - Meses	IMF	IMF si
PDC 000 Prótesis ocular.	PDC 000A Prótesis ocular externa para cavidad anoftálmica (enucleación o evisceración), a medida.	MED	24	1.033,65	939,68
	PDC 000B Prótesis ocular externa para cavidad no anoftálmica tipo cascarilla, a medida.	MED	24	1.215,84	1.105,31
PDC 010 Prótesis de restauración de órbita.	PDC 010A Epítesis de restauración de órbita no implantosoportada, a medida (incluye prótesis ocular).	MED	24	2.067,35	1.879,41
	PDC 010B Epítesis de restauración de órbita implantosoportada con dos implantes, a medida (incluye prótesis ocular).	MED	24	3.075,05	2.795,50
PDC 020 Prótesis corneal.	PDC 020A Lente corneal protésica.	ADAP2	12	556,37	505,79
	PDC 020B Lente de contacto blanda de hidrogel de silicona (HiSi) con o sin filtro azul, para corrección de la afaquia en catarata congénita infantil.	ADAP2	3	150,70	137,00
	PDC 020C Lente de contacto rígida de gas permeable, para corrección de la afaquia en catarata congénita infantil.	ADAP2	12	300,30	273,00
PDC 030 Pabellón auricular.	PDC 030A Epítesis de pabellón auricular no implantosoportada, a medida.	MED	24	1.503,95	1.367,23
	PDC 030B Epítesis de pabellón auricular implantosoportada con dos implantes, a medida.	MED	24	2.512,35	2.283,95
PDC 040 Prótesis de restauración de la nariz.	PDC 040A Epítesis nasal no implantosoportada, a medida.	MED	24	1.989,38	1.808,53
	PDC 040B Epítesis nasal implantosoportada con tres implantes, a medida.	MED	24	3.484,88	3.168,07
PDC 050 Prótesis facial.	PDC 050A Epítesis facial no implantosoportada para pequeños defectos, a medida.	MED	24	550,00	500,00
PDC 060 Prótesis facialorbito-naso-palatina.	PDC 060A Epítesis facial-orbito-naso-palatina no implantosoportada, a medida.	MED	18	SP	SP
	PDC 060B Epítesis facial-orbito-naso-palatina implantosoportada, a medida.	MED	18	SP	SP

En el caso de las epítesis implantosoportadas que requieran mayor número de implantes, al IMF se le sumará el valor de cada implante adicional que precise (500 € por implante mecánico y 800 € por implante magnético).”

Diez. Se incluye una aclaración para los tipos de productos de la categoría OIT 070 Ortesis dinámica antiequino tipo DAFO, incluida al final de la tabla que recoge el subgrupo 06 12 06 Ortesis de tobillo y pie (tibiales), del apartado 9 del anexo VI, quedando redactado de la siguiente manera:

“Subgrupo: 06 12 06 Ortesis de tobillo y pie (tibiales) (Aportación del usuario: 30 euros).

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media - Meses	IMF	IMF si
OIT 000 Ortesis posterior pasiva tibial.	OIT 000A Ortesis posterior pasiva tibial.	ADAP2	24	136,06	123,69
OIT 010 Ortesis de Denis Browne.	OIT 010A Ortesis Denis Browne, para menores de 3 años (Prescribir además un botín o bota).	ADAP1	24	57,90	52,64
	OIT 010B Ortesis Denis Browne articulada, para menores de 3 años (Prescribir además un botín o bota).	ADAP1	24	96,54	87,76
OIT 020 Botín multiarticulado.	OIT 020A Botín multiarticulado (unidad).	ADAP1	12	111,14	101,04
OIT 030 Ortesis para inmovilización de la articulación tibio-tarsiana.	OIT 030A Ortesis no articulada para inmovilización medio-lateral y de la flexo-extensión de la articulación tibio-tarsiana.	ADAP1	24	110,00	100,00
OIT 040 Ortesis tibial de marcha en descarga.	OIT 040A Ortesis tibial de marcha en descarga.	ADAP1	24	259,26	235,69
OIT 050 Ortesis de control medio-lateral de la articulación tibio-tarsiana.	OIT 050A Ortesis de control medio-lateral de la articulación tibio-tarsiana con dos hemivalvas y cámara de aire o gel.	BAS	24	99,72	90,65
	OIT 050B Ortesis de control medio-lateral de la articulación tibio-tarsiana con sistema de contención.	BAS	24	53,90	49,00
	OIT 050C Ortesis dinámica para ligamentos laterales del tobillo.	BAS	24	89,73	81,57
OIT 060 Ortesis dinámica antiequino.	OIT 060A Ortesis posterior antiequino, “Rancho Los Amigos”, prefabricada.	ADAP1	24	127,26	115,69
	OIT 060B Ortesis posterior antiequino, “Rancho Los Amigos”, a medida.	MED	24	246,85	224,41
	OIT 060C Ortesis antiequino, dinámica, en alambre de acero anclada a zapato.	ADAP2	24	168,30	153,00
	OIT 060D Ortesis antiequino, dinámica con tensor elástico anterior.	BAS	24	124,98	113,62
	OIT 060E Bitutor de Klensack, a medida (unidad).	MED	24	433,58	394,16
	OIT 060F Ortesis tibial antiequino termoconformada, a medida.	MED	24	233,48	212,25
	OIT 060G Ortesis tibial antiequino termoconformada con valva anterior, a medida.	MED	24	285,03	259,12

	OIT 060H Ortesis posterior dinámica antiequino, con fleje lateral y plantilla termoplástica para interior de zapato.	ADAP1	24	234,66	213,33
OIT 070 Ortesis dinámica antiequino tipo DAFO*.	OIT 070A Ortesis supramaleolar tipo DAFO envolvente para control de prono-supinación, con o sin dorsiflexión, para paciente neurológico infantil, a medida.	MED	12	407,61	370,55
	OIT 070B Ortesis supramaleolar tipo DAFO envolvente en medio-pie flexible para bloqueo de flexión plantar, para paciente neurológico infantil, a medida.	MED	12	407,61	370,55
	OIT 070C Ortesis supramaleolar tipo DAFO envolvente en medio-pie flexible con botín interior para bloqueo de flexión plantar, para paciente neurológico infantil, a medida.	MED	12	493,72	448,84
	OIT 070D Ortesis supramaleolar tipo DAFO envolvente en medio-pie flexible con botín interior para bloqueo de flexión plantar y apoyo prepatelar, para paciente neurológico infantil, a medida.	MED	12	640,93	582,66
	OIT 070E Ortesis supramaleolar tipo DAFO envolvente en medio-pie, flexible con botín interior, para bloqueo de flexión plantar, articulada, para paciente neurológico infantil, a medida.	MED	12	503,54	457,76
	OIT 070F Ortesis supramaleolar tipo DAFO envolvente en medio-pie, flexible con botín interior, para bloqueo de flexión plantar, articulada, para paciente neurológico infantil con hiperextensión de rodilla, a medida.	MED	12	572,04	520,04
	OIT 070G Ortesis supramaleolar tipo DAFO envolvente para control de prono-supinación, con o sin dorsiflexión, para paciente neurológico infantil, prefabricada.	ADAP1	12	154,35	140,32
	OIT 070H Ortesis supramaleolar tipo DAFO envolvente para control de prono-supinación, con bloqueo de la flexión plantar y articulación Tamarack, que asiste a la dorsiflexión, para paciente neurológico infantil, a medida.	MED	12	677,40	615,82
	OIT 080 Bitutor corto.	OIT 080A Bitutor corto, a medida (unidad) (Prescribir además, si lo precisa, una articulación de tobillo a elección).	MED	24	325,20
OIT 090 Polaina desde el tobillo hasta debajo de la rodilla.	OIT 090A Polaina desde el tobillo hasta debajo de la rodilla, a medida.	MED	24	212,56	193,24
OIT 100 Ortesis funcional tipo PTB (<i>Patellar Tendon Bearing</i>).	OIT 100A Ortesis funcional tipo PTB (<i>Patellar Tendon Bearing</i>), prefabricada.	ADAP2	24	207,28	188,44
	OIT 100B Ortesis funcional tipo PTB (<i>Patellar Tendon Bearing</i>), a medida.	MED	24	422,72	384,29

OIT 110 Ortesis para la descarga del pie, con apoyo de tendón rotuliano.	OIT 110A Ortesis para la descarga del pie, con apoyo en tendón rotuliano y estribo deslizante, con alza contralateral, a medida.	MED	24	469,69	426,99
OIT 900 Botín.	OIT 900A Botín de cuero moldeado para adaptar a ortesis, a medida.	MED	24	270,96	246,33
	OIT 900B Botín para Denis Browne para menores de 3 años.	COMP1	6	78,11	71,01
OIT 910 Bota tipo boxer para adaptar a ortesis de marcha (par).	OIT 910A Bota tipo boxer para adaptar a ortesis de marcha. Hasta el número 23 (par).	COMP1	12	132,00	120,00
	OIT 910B Bota tipo boxer para adaptar a ortesis de marcha. Números 24 al 29 (par).	COMP1	12	137,50	125,00
	OIT 910C Bota tipo boxer para adaptar a ortesis de marcha. Números 30 al 33 (par).	COMP1	12	145,20	132,00
	OIT 910D Bota tipo boxer para adaptar a ortesis de marcha. Números 34 al 37 (par).	COMP1	12	152,90	139,00
	OIT 910E Bota tipo boxer para adaptar a ortesis de marcha. Números 38 y superiores (par).	COMP1	12	159,50	145,00
OIT 920 Correa en "T" para antivalgo o antivaro.	OIT 920A Correa en "T" para antivalgo o antivaro.	COMP0	24	50,29	45,72

*Para aquellos pacientes, usuarios desde niños del tipo de producto "OIT 070 Ortesis dinámica antiequino tipo DAFO", se requerirá para su renovación una vez alcanzada la edad adulta, que la prescripción vaya acompañada de un informe justificativo por parte del facultativo especialista."

Disposición adicional primera. Implantación de los programas poblacionales neonatales.

Las comunidades autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla en coordinación con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las mutualidades de funcionarios, adaptarán sus respectivas carteras de servicios a lo dispuesto en esta orden, en el plazo de un año desde su entrada en vigor, para los programas de cribado poblacional neonatal de tirosinemia tipo I y cardiopatías congénitas críticas.

Disposición adicional segunda. Implantación del cribado poblacional de cáncer de cérvix.

La modificación del cribado poblacional de cáncer de cérvix se hará de forma progresiva de manera que en el plazo de tres años a contar desde la entrada en vigor de la presente orden todas las comunidades autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla en coordinación con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las mutualidades de funcionarios, deberán haber modificado este programa y, en cinco años, la cobertura entendida como invitación a participar, se aproximará al cien por cien a 31 de diciembre de 2029.

Disposición final primera. Título competencial.

La presente orden se dicta al amparo de lo previsto en el artículo 149. 1.16.^a de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

La presente orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL PROYECTO DE ORDEN POR LA QUE SE ACTUALIZAN LOS ANEXOS I, II, 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

RESUMEN EJECUTIVO

Ministerio/Órgano proponente	Ministerio de Sanidad	Fecha	29 de febrero de 2024
Título de la norma	Proyecto de Orden por la que se modifican los anexos I, II, 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.		
Tipo de Memoria	normal <input checked="" type="checkbox"/> abreviada <input type="checkbox"/>		
OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA			
Situación que se regula	<p>Se actualiza la cartera común de servicios de salud pública en lo relativo al cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas, cribado neonatal de cardiopatías congénitas y cribado de cáncer de cérvix.</p> <p>Se actualiza, concreta y clarifica la cartera común de servicios de atención primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) relativa a los procedimientos diagnósticos y a las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria de la cartera común de servicios de atención primaria.</p> <p>Asimismo, se incluyen expresamente en cartera común de servicios del SNS las nuevas modalidades de atención no presencial.</p> <p>Se regula la situación en la cartera común de servicios de los implantes quirúrgicos que estaban sometidos a estudio de monitorización, tras la finalización de los mismos y se modifica el tipo de elaboración de determinadas prótesis externas.</p>		

Objetivos que se persiguen

Actualizar y concretar la cartera común de servicios, así como clarificar algunos aspectos de su contenido, con el fin de cubrir determinadas necesidades sanitarias para diferentes colectivos de pacientes y facilitarles una mejor calidad de vida y un acceso más homogéneo en todo el SNS. En concreto los objetivos de esta orden serían:

-Actualizar y ampliar los programas de cribado neonatal y de cáncer.

- Actualizar y desarrollar los procedimientos diagnósticos que se realizan en atención primaria, así como aquellos con acceso desde atención primaria para incrementar su capacidad de resolución.

- Actualizar y desarrollar el servicio de atención comunitaria en la cartera común de servicios de atención primaria.

- Incluir expresamente la modalidad de atención no presencial en la cartera común de servicios del SNS.

- Actualizar las condiciones de uso del dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda y excluir el stent esofágico biodegradable para patología benigna en el catálogo común de implantes quirúrgicos tras la finalización de los correspondientes estudios de monitorización.

- Cambiar la clasificación de 25 tipos de productos de estructuras endoesqueléticas de miembro inferior en el catálogo común de prestación ortoprotésica suplementaria, de modo que pasen a ser de elaboración individualizada (MED) e introducir la posibilidad de que, para aquellos pacientes neurológicos que han venido usando ortesis dinámicas antiequino tipo DAFO desde la infancia, los puedan seguir usando una vez alcanzada la edad adulta, siempre que se acompañe la prescripción de un informe justificativo por parte del facultativo especialista responsable. Además, se crean dos nuevos tipos de productos en el catálogo común de prestación ortoprotésica suplementaria para incluir las lentes de contacto que se precisan para la corrección de la afaquia en catarata congénita infantil.

<p>Principales alternativas consideradas</p>	<p>Queda descartada la opción de no hacer nada, dado que esta alternativa afectaría a la salud de la población española, así como a la cohesión y equidad en el SNS.</p> <p>El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, recoge en sus anexos el contenido de las diferentes prestaciones que integran la cartera común de servicios. En su artículo 6 establece que, por orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, podrá concretarse y detallarse el contenido de los diferentes apartados de la cartera de servicios comunes recogidos en sus anexos. Asimismo, el artículo 7 señala que la cartera de servicios comunes del SNS, contenida en sus anexos, se actualizará mediante orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, y el artículo 8 indica que las propuestas de actualización de cartera se elevarán a la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación (CPAF) y que la aprobación definitiva de estas propuestas corresponderá al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS).</p> <p>La actualización de la cartera común de servicios del SNS ha de hacerse por Orden ministerial siguiendo el procedimiento establecido 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 SNS.</p> <p>Por tanto, no cabe otra alternativa para alcanzar los objetivos de este proyecto normativo que hacerlo por orden ministerial.</p>
<p>CONTENIDO Y ANÁLISIS JURÍDICO</p>	
<p>Tipo de norma</p>	<p>Orden ministerial.</p>
<p>Estructura de la Norma</p>	<p>La norma se estructura en un preámbulo, un artículo único, dos disposiciones adicionales y dos disposiciones finales.</p>

<p>Informes recabados</p>	<p>Se ha informado del proyecto de norma a la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación y se va a elevar al Comité Consultivo del SNS, así como al Consejo Interterritorial del SNS y a informe del Comité Asesor para la Prestación Ortoprotésica.</p> <p>Se va a recabar informe de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de Hacienda (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno). ▪ Ministerio de Economía, Comercio y Empresa (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno). ▪ Ministerio de Industria y Turismo (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno). ▪ Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno). ▪ Ministerio de Defensa (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno). ▪ Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática en materia de distribución de competencias (artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno) ▪ Mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) e Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno). ▪ Consejo Nacional de la Discapacidad y Consejo de Consumidores y Usuarios. ▪ Comunidades autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla. ▪ Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad (artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre). ▪ Comisión Ministerial de Administración Digital del Ministerio de Sanidad. <p>Asimismo, el proyecto va a ser sometido al dictamen del Consejo de Estado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22.3 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado.</p>
<p>Trámite de consulta pública previa</p>	<p>Se ha sometido a consulta pública previa en coherencia con el artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre. Fue llevada a cabo del 31 de marzo al 28 de abril de 2023.</p>

Trámite de audiencia e información pública	Se va a someter a trámite de audiencia e información pública en coherencia con el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, solicitándose informe de: <ul style="list-style-type: none"> • Sociedades y asociaciones científicas involucradas. • Colegios profesionales. • Representación del sector empresarial. • Colectivos y asociaciones de afectados Como consecuencia de las observaciones recibidas se introducirán las correspondientes modificaciones en el texto.	
ANÁLISIS DE IMPACTOS		
ADECUACIÓN AL ORDEN DE COMPETENCIAS	La presente orden se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad.	
IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO	Efectos sobre la economía en general.	Por su propia naturaleza, esta orden 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.
	En relación con la competencia.	<input checked="" type="checkbox"/> la norma no tiene efectos significativos sobre la competencia. <input type="checkbox"/> la norma tiene efectos positivos sobre la competencia. <input type="checkbox"/> la norma tiene efectos negativos sobre la competencia.

	<p>Desde el punto de vista de las cargas administrativas</p>	<p><input type="checkbox"/> supone una reducción de cargas administrativas.</p> <p>Cuantificación estimada</p> <p><input type="checkbox"/> incorpora nuevas cargas administrativas.</p> <p>Cuantificación estimada</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no afecta a las cargas administrativas</p>
	<p>Desde el punto de vista de los presupuestos, la norma</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de la Administración del Estado.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales.</p> <p><input type="checkbox"/> No afecta a los presupuestos de la Administración del Estado.</p> <p><input type="checkbox"/> No afecta a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Se estima un gasto de 24.919.569 €.</p> <p><input type="checkbox"/> Implica un ingreso</p>

<p>IMPACTO DE GÉNERO</p>	<p>La norma tiene un impacto de género positivo, pues desarrollar el servicio de atención comunitaria implica tener en cuenta el contexto y los determinantes sociales, para mejorar la salud y disminuir las desigualdades sociales en salud, teniendo en cuenta los diferentes ejes de desigualdad, incluido el género. Además, se amplía el cribado de cáncer de cérvix que es un programa de salud que mejora la salud de las mujeres.</p>	<p>Negativo <input type="checkbox"/></p> <p>Nulo <input type="checkbox"/></p> <p>Positivo <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>IMPACTO SOBRE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA</p>	<p>Impacto en la infancia y la adolescencia: positivo. Además, se amplían los programas de cribado neonatal con la inclusión de nuevas enfermedades (tirosinemia tipo I y cardiopatías congénitas) permitiendo un diagnóstico precoz y mejor pronóstico de los recién nacidos/as con estas afecciones. Mejora la equidad de estos programas en el territorio nacional disminuyendo así las desigualdades en la atención de los recién nacidos/as.</p>	
<p>IMPACTO EN LA INFANCIA Y LA FAMILIA</p>	<p>Impacto en la familia: positivo. La norma contempla disminuir las desigualdades sociales en salud, teniendo en cuenta los diferentes ejes de desigualdad, incluida la edad, y desarrolla y actualiza la atención familiar.</p>	
<p>IMPACTO POR RAZÓN DE CAMBIO CLIMÁTICO</p>	<p>Positivo.</p>	

OTROS IMPACTOS CONSIDERADOS

La norma tendrá un impacto positivo en salud dado que mejorará la equidad en el acceso al actualizar, concretar y clarificar el contenido de la cartera común de servicios del SNS, de manera que los servicios que reciban los ciudadanos sean más homogéneos y transparentes en todo el territorio del Estado.

La clarificación de que la modalidad de asistencia sanitaria no presencial forma parte de la cartera común de servicios se prevé que pueda reducir el impacto climático al reducirse el número de desplazamientos en trasportes contaminantes.

La norma tiene un impacto positivo sobre las personas con discapacidad ya que las prestaciones en ortoprótesis que actualiza van dirigidas fundamentalmente a ellas. Se reclasifican varios tipos de productos de estructuras endoesqueléticas que forman parte de prótesis de miembro inferior que van a contribuir a una mejor adaptación y por tanto calidad de vida de las personas amputadas que las necesiten. Asimismo, se van a beneficiar determinadas personas usuarias de las ortesis tipo DAFO, indicadas para el paciente neurológico infantil, una vez alcancen la edad adulta si el facultativo especialista responsable lo considera necesario. También incide positivamente disminuyendo la carga de discapacidad al permitir el diagnóstico precoz de algunas enfermedades del periodo neonatal.

**OTRAS
CONSIDERACIONES**

En el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, aprobado en abril de 2019 por el Consejo Interterritorial del SNS se recoge como Objetivo A.4 Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SNS. A su vez, dentro de los objetivos del Plan de Atención Primaria y Comunitaria, aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS en el pleno de 15 de diciembre de 2021, se recoge dentro del Objetivo 7. Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria y ejecutar los cambios normativos que incluye entre sus acciones:

- La actualización de la cartera común de servicios de Atención Primaria, en especial en lo referente a la indicación y realización de procedimientos diagnósticos en este ámbito, en coherencia con la reorientación necesaria para incrementar su capacidad de resolución.
- Ampliación y desarrollo del servicio de atención comunitaria de la cartera común básica de atención primaria.
- Incorporación en cartera de servicios de las nuevas modalidades de atención no presencial estableciendo criterios de calidad de uso de cada una de las modalidades de atención.

Además, dentro de las reformas para la renovación y ampliación de la capacidad del SNS contempladas en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR), la primera reforma es el Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria (C18.R1).

A través de la ejecución del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria se pretende reforzar la atención primaria y comunitaria para una mayor promoción de la salud, prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora de su control, cuidados en salud, reducción de desigualdades sociales y territoriales y mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

Por lo tanto, estas actuaciones sirven como respuesta a las Recomendaciones específicas 2020 realizadas por la Comisión Europea a España en el marco del Semestre Europeo y para el cumplimiento del compromiso adquirido en el Reforma 1 del Componente 18 del PRTR, referente a aumentar su capacidad ofrecer respuestas más eficaces a los problemas de salud emergentes, mejorar la experiencia individual de la asistencia y prevenir las enfermedades y potenciar el papel de la atención primaria. Por tanto, el cumplimiento de estos objetivos precisa de la actualización de la cartera común de servicios del SNS.

EVALUACIÓN EX POST

Será conveniente realizar una evaluación ex post al menos dos años después de su implantación

MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL PROYECTO DE ORDEN POR LA QUE SE ACTUALIZA LOS ANEXOS I, II, 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.

La presente Memoria se emite de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo.

I. OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA.

1) MOTIVACIÓN:

a) Causas de la propuesta:

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 las carteras de servicios de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencias, prestación farmacéutica, ortoprotésica, con productos dietéticos y de transporte sanitario, con base en lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Este real decreto en algunas áreas define de una manera detallada su contenido, mientras que en otras la definición es muy genérica, por lo que puede dar lugar a desigualdades en la interpretación de las prestaciones y servicios que incluye y, por lo tanto, a inequidades en el acceso de los usuarios a las mismas. Por otra parte, los avances tecnológicos hacen que sea necesario actualizar el contenido de la cartera común de servicios incorporando nuevas tecnologías, modificando las indicaciones de uso de las ya incluidas o eliminando aquellas que van quedando obsoletas. La actualización de la cartera común de servicios del SNS es un proceso continuo por el que se incorporan nuevas prestaciones o se actualizan las ya financiadas en aplicación de 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.

Por ello, y a través del procedimiento de actualización establecido, la presente orden actualiza y/o concreta, la cartera común de servicios relativa a los programas de cribado neonatales y de cáncer, de atención primaria relativa al servicio de atención comunitaria y a los procedimientos diagnósticos accesibles en el nivel de atención primaria y la cartera común de servicios de la prestación ortoprotésica, para garantizar un acceso más homogéneo y equitativo de los usuarios a las prestaciones del SNS y así dar una respuesta más armonizada a las necesidades sanitarias de la población. Asimismo, se clarifica que

la atención no presencial forma parte de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

A continuación, se motiva, para cada una de ellas, las causas de las propuestas:

Cartera común de servicios relativa a los programas de cribado poblacional

En lo relativo a los cribados neonatales y cribados de cáncer, con base en el procedimiento de actualización recogido en la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, se han ido incluyendo en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud diversos programas de cribado poblacional según se ha ido disponiendo de evidencias científicas sobre su seguridad, eficacia, efectividad y coste efectividad.

Esta actualización mejora y amplía los programas de cribado poblacional ya existentes:

- Incorpora al programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas una nueva enfermedad: la tirosinemia tipo I.
- Además, incorpora al programa de cribado neonatal el cribado de las cardiopatías congénitas críticas.
- También modifica el programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix.

Estas tres modificaciones mejoran la equidad en los programas de cribado de todo el territorio nacional, ya que actualmente existe una gran inequidad en los programas de cribado existentes en las distintas carteras complementarias. Además, el programa de cribado de cérvix se modifica en base a la evidencia científica y a las recomendaciones europeas (Recomendación del Consejo de 9 de diciembre de 2022 relativa a la mejora de la prevención mediante la detección precoz) haciendo a la vez más coste-efectivo el programa.

Cartera común de servicios de atención primaria:

En el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, aprobado en abril de 2019 por el Consejo Interterritorial del SNS se recoge como Objetivo A.4 Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SNS. A su vez, dentro de los objetivos del Plan de Atención Primaria y Comunitaria, aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS en el pleno de 15 de diciembre de 2021, se recoge dentro del Objetivo 7. Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria y ejecutar los cambios normativos que incluye entre sus acciones:

- La actualización de la cartera común de servicios de Atención Primaria, en especial en lo referente a la indicación y realización de procedimientos diagnósticos en este ámbito, en coherencia con la reorientación necesaria para incrementar su capacidad de resolución.
- Ampliación y desarrollo del servicio de atención comunitaria de la cartera común básica de atención primaria.
- Incorporación en cartera de servicios de las nuevas modalidades de atención no presencial estableciendo criterios de calidad de uso de cada una de las modalidades de atención.

Además, dentro de las reformas para la renovación y ampliación de la capacidad del SNS contempladas en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR), la primera reforma es el Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria (C18.R1).

A través de la ejecución del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria se pretende reforzar la atención primaria y comunitaria para una mayor promoción de la salud, prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora de su control, cuidados en salud, reducción de desigualdades sociales y territoriales y mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

Por lo tanto, estas actuaciones sirven como respuesta a las Recomendaciones específicas 2020 realizadas por la Comisión Europea a España en el marco del Semestre Europeo y para el cumplimiento del compromiso adquirido en la Reforma 1 del Componente 18 del PRTR, referente a aumentar su capacidad de ofrecer respuestas más eficaces a los problemas de salud emergentes, mejorar la experiencia individual de la asistencia y prevenir las enfermedades y potenciar el papel de la atención primaria.

- **Actualización de los procedimientos diagnósticos accesibles a nivel de atención primaria:**

Se creó un Grupo de Trabajo dependiente de la CPAF, formado por representantes nombrados por las comunidades autónomas, las sociedades científicas implicadas y el Ministerio de Sanidad, que elaboró una propuesta de actualización de los procedimientos diagnósticos de la cartera común de servicios de atención primaria. La coordinación del Grupo se llevó a cabo por la Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación.

La propuesta de actualización fue presentada y acordada por la CPAF en su reunión del 3 de marzo de 2023.

- **Atención comunitaria:**

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 ya remarcaba la importancia de orientar la Atención Primaria hacia los principales problemas de salud de la comunidad y prestar los servicios de promoción de la salud, entre otros, contando con la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y reconociendo el derecho y el deber de la ciudadanía a participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

La Carta de Ottawa, emitida por la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en 1986, señala la importancia de reforzar la acción comunitaria. La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

Como señala la Ley 33/2011 General de Salud Pública, es preciso establecer procedimientos para una coordinación efectiva de las actividades de salud pública que se desarrollen en un área determinada. Es clave la alianza entre Salud Pública, atención primaria, otros servicios sociosanitarios y otros sectores de la comunidad (educación, servicios sociales básicos, transporte, urbanismo, deportes, medioambiente...), lo cual es necesario para desarrollar estrategias intersectoriales y promover y potenciar el buen

funcionamiento de los Consejos de Salud de Área y de Zona, comisiones de salud comunitaria, mesas de coordinación intersectorial local y otros espacios de participación.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, recoge entre sus principios generales 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.

En España, la prestación de atención comunitaria incluida en la cartera común de servicios del SNS se establecen en el anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, en concreto en su apartado 3. Este servicio está escasamente desarrollado, lo que podría dar lugar a diferentes interpretaciones que podrían generar inequidades territoriales.

La ampliación y desarrollo del servicio de atención comunitaria de la cartera común de servicios ha sido una de las líneas de acción consensuadas priorizadas para el fortalecimiento de la atención primaria. Tiene como objetivos homogeneizar las prestaciones de atención comunitaria en todo el territorio nacional, garantizando la equidad, con un enfoque de promoción de la salud.

En el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (MAPyC), aprobado en abril de 2019 por el Consejo Interterritorial del SNS, ya se contemplaba como acción (A.4.1) la actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SNS, poniendo especial énfasis en la equidad y los determinantes sociales, las actividades de promoción de la salud y la atención a la cronicidad y dependencia. La ampliación y desarrollo del servicio de Atención Comunitaria de la Cartera Común de Atención Primaria, forma parte también del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 aprobado en el Consejo Interterritorial del SNS el 15 de diciembre y que corresponde con la primera reforma del componente 18 del Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia.

Con el objeto de avanzar en el proceso de ampliación y desarrollo del servicio de Atención Comunitaria de la Cartera Común de Atención Primaria se ha trabajado en el nuevo texto en el seno del Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria, coordinado por el Área de Promoción de la Salud y Equidad de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención del Ministerio de Sanidad. Dicho grupo de trabajo está formado por personas representantes del Comité Institucional del MAPyC, Comité Técnico del MAPyC y la Ponencia de Promoción de la Salud.

La propuesta de ampliación y desarrollo del servicio de Atención Comunitaria fue aprobada por la Ponencia de Promoción de la Salud, dependiente de la Comisión de Salud Pública, y el Comité Institucional para el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria el 26 de noviembre del 2023. Posteriormente la propuesta fue presentada y aprobada por la CPAF (3 de marzo de 2023).

La presente orden amplía y desarrolla el servicio de Atención Comunitaria del anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

Inclusión expresa de la modalidad de atención no presencial en la cartera común de servicios del SNS:

La atención no presencial ya era una posibilidad para prestar la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, pero la pandemia ha supuesto un aumento de la

implementación y desarrollo de esta modalidad de atención en todos los niveles asistenciales.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, recoge en sus anexos distintas modalidades de atención a los pacientes en la cartera común de servicios tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, sin especificar si esta atención se presta de manera presencial o no presencial.

Por ello, para clarificar que la modalidad de atención no presencial está incluida en la cartera común de servicios del SNS es preciso recoger de manera expresa la posibilidad de realizar teleconsultas o el uso de otras herramientas para la atención y seguimiento del paciente a distancia.

El desarrollo de esta modalidad de atención debe alinearse con los estándares en salud digital¹ para facilitar la interoperabilidad de la información y los procesos, proporcionar la continuidad de la atención entre distintos niveles asistenciales y organizativos y garantizar la seguridad y protección de los datos y la seguridad para los pacientes.

Dentro de los servicios de telemedicina que forman parte de la cartera común de servicios se encuentran, entre otros, la teleconsulta y los servicios de telemonitorización. Se trata de modalidades de atención que no vienen a sustituir, si no a complementar los servicios presenciales de atención sanitaria y que deben siempre adaptarse a las características de cada paciente y contexto clínico. El desarrollo de estas posibilidades telemáticas en el sistema sanitario permite mejorar la coordinación, comunicación y continuidad de la atención entre ámbitos asistenciales, facilitar la accesibilidad a los servicios asistenciales desde cualquier localización geográfica y mejorar la calidad de vida del paciente (evitando desplazamientos) y el seguimiento, especialmente de la patologías crónicas².

Dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda y stent esofágico biodegradable para patología benigna:

En lo referente a los implantes quirúrgicos de la prestación ortoprotésica, el dispositivo de cierre de la orejuela auricular izquierda y el stent esofágico biodegradable para patología benigna, se encuentran sometidos a estudio de monitorización conforme al anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

Los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos forman parte de los mecanismos de evaluación previstos en el artículo 7.5 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre y están regulados por la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, 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, y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos.

Tras la finalización de los estudios de monitorización correspondientes, los informes técnicos finales elaborados por la agencia de evaluación coordinadora de los estudios se presentaron a la CPAF para su análisis y toma de decisión sobre la situación de estos implantes en la cartera común de servicios. Tras su valoración, la citada Comisión en su reunión de 19 de diciembre de 2023 acordó:

¹ https://www.une.org/normalizacion_documentos/Estandares_salud_digital.pdf

² Documento del Grupo de Trabajo 6- Proyecto de colaborativo de telemonitorización de pacientes. Modelo Conceptual dentro del marco de actividades de los proyectos colaborativos GT6- Telemonitorización de pacientes, en el ámbito de los proyectos con financiación MRR.

- Mantener en la cartera común de servicios del SNS el dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda en las mismas condiciones que se recogían en el protocolo del estudio de monitorización.
- Excluir el stent esofágico biodegradable para patología benigna del catálogo de implantes quirúrgicos de la cartera común de servicios debido a la escasa actividad por parte de los centros sanitarios y a observarse un mayor número de eventos adversos que los referidos en otros estudios³.

b) Antecedentes.

A continuación, se motiva, para cada una de ellas, las causas de las propuestas:

Cartera común de servicios relativa a los programas de cribado poblacional:

Actualización de los programas de cribado poblacional

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 actualización concretó el programa de cribado neonatal para 7 enfermedades endocrino-metabólicas: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena media, deficiencia de 3-hidroxi-acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), acidemia glutárica tipo I y anemia falciforme. Asimismo, incluyó el cribado poblacional de cáncer de mama y de colon y sentó las bases del cribado de cáncer de cérvix.

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 continuó este proceso de concreción estableciendo las características del programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix.

En el momento actual, se encuentra en las últimas fases de tramitación otra Orden Ministerial que incorpora al programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas cuatro enfermedades más: el déficit de biotinidasa, la enfermedad de orina con olor a jarabe de arce, la homocistinuria y la hiperplasia suprarrenal congénita. Además, concreta el programa de cribado neonatal de hipoacusia y los programas de cribado prenatal de anomalías cromosómicas y de enfermedades infecciosas dentro de la cartera común de servicios de salud pública.

La presente orden incorpora al programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas una nueva enfermedad: la tirosinemia tipo I. Además, incorpora al programa de cribado neonatal el cribado de las cardiopatías congénitas críticas y también modifica el programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix.

Las modificaciones y ampliaciones de los programas de cribado poblacional se hacen de forma progresiva basándose en la evidencia científica tras estudios de efectividad, seguridad y coste-efectividad y garantizando que se cumplen los criterios que se

³ Imaz-Iglesia I, Alcalde E, Palma M, Pastor-Barriuso R, González-Enríquez J. Stents biodegradables para el tratamiento de estenosis esofágicas benignas. Estudio de monitorización. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) - Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación. Ministerio de Sanidad. Madrid. 2023. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

establecen en el Documento Marco de Cribado Poblacional aprobado por la Comisión de Salud Pública en 2010.

Cartera común de servicios de atención primaria:

Actualización de los procedimientos diagnósticos accesibles a nivel de atención primaria:

El contenido de cartera común de servicios de atención primaria se recoge en el anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

En el apartado 2.1 del anexo II se detallan los procedimientos diagnósticos accesibles en el nivel de atención primaria diferenciando, los realizados en atención primaria y a los tienen acceso los profesionales de atención primaria.

Dicho apartado no se había actualizado desde la publicación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de diciembre, por lo que, dado el tiempo transcurrido es preciso su revisión y modificación para ajustarse a la evolución y cubrir las necesidades de la práctica clínica de los profesionales de los centros de salud y reforzar su capacidad resolutive.

Atención comunitaria:

En el apartado 3 del anexo II se desarrollan las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

El servicio de atención comunitaria incluido en este apartado está escasamente desarrollado, haciendo alusión a un conjunto de actuaciones sin especificar algunas acciones concretas, lo que podría dar lugar a diferentes interpretaciones que podrían generar inequidades territoriales.

La presente orden desarrolla el servicio de Atención Comunitaria del anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, incorporando siete actuaciones concretas que se incluyen en dicho servicio.

Inclusión expresa de la modalidad de atención no presencial en la cartera común de servicios del SNS:

El Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023 desarrollado en el Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria se recoge la acción 7.3. Incorporación en cartera de servicios de las nuevas modalidades de atención no presencial estableciendo criterios de calidad de uso de cada una de las modalidades de atención. El objetivo que se persigue es que se reconozca como actividad asistencial que se presta aquellas que se desarrollan de forma no presencial, así como que se consensue los criterios que se deben producir para que se preste dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, recoge en sus anexos distintas modalidades de atención a los pacientes en la cartera común de servicios tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, sin especificar si esta atención se presta de manera presencial o no presencial.

Dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda y stent esofágico biodegradable para patología benigna

Los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos forman parte de los mecanismos de evaluación previstos en el artículo 7.5 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre y están regulados por la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio.

Mediante Resolución de 3 de septiembre de 2015, de la entonces Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, por la que se establecen los requisitos específicos de los estudios de monitorización incluidos en el anexo II de la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, se hizo público el sometimiento de varios implantes quirúrgicos a estudio de monitorización entre los que se recogían el dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda y stent esofágico biodegradable para patología benigna.

Tras la valoración de los respectivos informes técnicos finales en la CPAF, la citada Comisión acordó en su reunión del 19 de diciembre de 2013 mantener el dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda en las mismas condiciones que se recogía el protocolo del estudio de monitorización y excluir el stent esofágico biodegradable para patología benigna de los implantes quirúrgicos terapéuticos de la cartera común de servicios.

Prestación ortoprotésica suplementaria: cambiar la clasificación de 25 tipos de productos de estructuras endoesqueléticas de miembro inferior, de modo que pasen a ser de elaboración individualizada (MED) e introducir la posibilidad de que, para aquellos pacientes neurológicos que han venido usando ortesis dinámicas antiequino tipo DAFO desde la infancia, los puedan seguir usando una vez alcanzada la edad adulta siempre que se acompañe la prescripción de un informe justificativo por parte del facultativo especialista responsable.

Las estructuras endoesqueléticas para miembro inferior incluidas en el catálogo común de prestación ortoprotésica suplementaria (recogido en el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre) se engloban dentro de 5 categorías correspondientes a los 5 niveles de amputación y distribuidos en 5 tipos de productos por categoría en función del peso del usuario. Son un total de 25 tipos de productos con una elaboración para todos ellos **COMP 2** (adaptación de complejidad media).

Clasificación actual de los 25 tipos de producto:

Grupo: 06 24 Prótesis de miembro inferior

Subgrupo: 06 24 09 Prótesis transtibiales (por debajo de la rodilla).

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media - Meses	IMF	IMF si
PIT 900 Estructura para prótesis transtibial.	PIT 900A Estructura endoesquelética para prótesis transtibial, para usuarios hasta 45 kg de peso.	COMP2	24	831,64	756,04
	PIT 900B Estructura endoesquelética para prótesis transtibial, para usuarios entre 45 y 66 kg de peso.	COMP2	24	855,01	777,28
	PIT 900C Estructura endoesquelética para prótesis transtibial, para usuarios entre 66 y 100 kg de peso.	COMP2	24	865,82	787,11
	PIT 900D Estructura endoesquelética para prótesis transtibial, para usuarios entre 100 y 125 kg de peso.	COMP2	24	931,51	846,83
	PIT 900E Estructura endoesquelética para prótesis transtibial, para usuarios entre 125 y 166 kg de peso.	COMP2	24	1.064,93	968,12

Subgrupo: 06 24 12 Prótesis de desarticulación de rodilla.

PIR 900 Estructura para prótesis de desarticulación de rodilla.	PIR 900A Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de rodilla, para usuarios hasta 45 kg de peso.	COMP2	24	967,86	879,87
	PIR 900B Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de rodilla, para usuarios entre 45 y 66 kg de peso.	COMP2	24	1.018,29	925,72
	PIR 900C Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de rodilla, para usuarios entre 66 y 100 kg de peso.	COMP2	24	1.054,04	958,22
	PIR 900D Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de rodilla, para usuarios entre 100 y 125 kg de peso.	COMP2	24	1.098,37	998,52
	PIR 900E Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de rodilla, para usuarios entre 125 y 166 kg de peso.	COMP2	24	1.116,70	1.015,18

Subgrupo: 06 24 15 Prótesis transfemorales (por encima de la rodilla).

PIF 900 Estructura para prótesis transfemoral.	PIF 900A Estructura endoesquelética para prótesis transfemorales, para usuarios hasta 45 kg de peso.	COMP2	24	980,69	891,54
	PIF 900B Estructura endoesquelética para prótesis transfemorales, para usuarios entre 45 y 66 kg de peso.	COMP2	24	921,12	837,38
	PIF 900C Estructura endoesquelética para prótesis transfemorales, para usuarios entre 66 y 100 kg de peso.	COMP2	24	1.068,71	971,55
	PIF 900D Estructura endoesquelética para prótesis transfemorales, para usuarios entre 100 y 125 kg de peso.	COMP2	24	1.101,12	1.001,02
	PIF 900E Estructura endoesquelética para prótesis transfemorales, para usuarios entre 125 y 166 kg de peso.	COMP2	24	1.124,95	1.022,68

Subgrupo: 06 24 18 Prótesis de desarticulación de cadera.

PIC 000 Prótesis de desarticulación de cadera con encaje pélvico.	PIC 000A Prótesis de desarticulación de cadera con encaje pélvico (Prescribir además una estructura endoesquelética, una articulación de cadera, una articulación de rodilla, un pie a elección y, si lo precisa, un encaje interno, una funda y una media).	MED	24	3.174,35	2.885,77
PIC 900 Estructura para prótesis de desarticulación de cadera.	PIC 900A Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de cadera, para usuarios hasta 45 kg de peso.	COMP2	24	1.697,30	1.543,00
	PIC 900B Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de cadera, para usuarios entre 45 y 66 kg de peso.	COMP2	24	1.741,30	1.583,00
	PIC 900C Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de cadera, para usuarios entre 66 y 100 kg de peso.	COMP2	24	1.763,30	1.603,00
	PIC 900D Estructura endoesquelética para prótesis de desarticulación de cadera, para usuarios entre 100 y 125 kg de peso.	COMP2	24	1.795,20	1.632,00

Subgrupo: 06 24 21 Prótesis de hemipelvectomía.

PIV 900 Estructura para prótesis de hemipelvectomía.	PIV 900A Estructura endoesquelética para prótesis de hemipelvectomía, para usuarios hasta 45 kg de peso.	COMP2	24	1.723,70	1.567,00
	PIV 900B Estructura endoesquelética para prótesis de hemipelvectomía, para usuarios entre 45 y 66 kg de peso.	COMP2	24	1.767,70	1.607,00
	PIV 900C Estructura endoesquelética para prótesis de hemipelvectomía, para usuarios entre 66 y 100 kg de peso.	COMP2	24	1.789,70	1.627,00
	PIV 900D Estructura endoesquelética para prótesis de hemipelvectomía, para usuarios entre 100 y 125 kg de peso.	COMP2	24	1.832,60	1.666,00
	PIV 900E Estructura endoesquelética para prótesis de hemipelvectomía, para usuarios entre 125 y 166 kg de peso.	COMP2	24	1.849,10	1.681,00

Cada estructura puede estar integrada con diferente número y tipo de componentes, variando incluso los materiales de cada componente por lo que las empresas no pueden registrar este tipo de estructuras en el Sistema de Información de Prestación Ortoprotésica (SIRPO). Aclarar que es requisito previo e imprescindible el que las empresas tengan

registrados en el SIRPO aquellos productos cuya solicitud de inclusión en la Oferta de productos ortoprotésicos quieran realizar en el momento en que se ponga en marcha el procedimiento de Oferta.

Una de las empresas que transmitió el problema, propuso elaborar kits de componentes que recogieran las combinaciones posibles y registrar cada kit como un tipo de producto. No se vio factible esta solución para el registro en SIRPO ya que son muchas las posibles combinaciones y además de contar con las posibles combinaciones de componentes dentro de cada estructura, al ir subiendo de nivel de amputación, se multiplicarían las posibles combinaciones y por tanto la posibilidad de elección de los componentes que se incluirían en una única estructura.

Se consideró como mejor solución proponer el cambio de elaboración de COMP2 a elaboración individualizada (MED) para estos tipos de productos ya que los productos fabricados a medida no se comunican al SIRPO y es, además, una elaboración más adecuada para este tipo de estructuras.

Para conocer el criterio del Grupo de Análisis de la oferta e importes máximos de financiación (IMF) se mantuvo desde la Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación una reunión **el 19 de mayo de 2022** para plantearles el problema de las empresas, la solución que se contemplaba y conocer su opinión al respecto. De dicha reunión se extrajeron las siguientes **conclusiones**:

- Los facultativos, realizan la prescripción por tipo de producto, no por sus componentes.
- Posteriormente son los técnicos ortopodas quienes configuran cada estructura y eligen los diferentes componentes que la integran en función de las necesidades de cada usuario.
- Puede ser una solución el paso de COMP2 A MED

Por otro lado, fue revisada a petición del sector la eliminación de la indicación específica “para el paciente neurológico infantil” de la categoría OIT 070 Ortesis dinámica antiequino tipo DAFO. Tras estudio y valoración por parte del grupo de trabajo dependiente del Comité, éste acuerda mantener dicha indicación en el catálogo como está actualmente, acotada su prescripción al paciente neurológico infantil, aunque añadiendo una aclaración que recoja que para aquellos pacientes que han venido usando este tipo de productos desde niños los puedan seguir usando siempre que se acompañe la prescripción de un informe justificativo por parte del facultativo especialista.

Estas dos propuestas fueron presentadas al CAPO en su reunión de 18 de octubre de 2022 y posteriormente ratificadas por correo electrónico. De estos acuerdos se informó a la CPAF en su reunión de 19 de diciembre de 2023 estando pendiente su ratificación.

Por otro lado, en la reunión de la CPAF de 20 de marzo de 2018 se acordó que la lente de contacto que precisan los niños con catarata congénita para corrección de la afaquia forma parte del tratamiento previo a la implantación de la lente intraocular. Este acuerdo se elevó al Pleno del Consejo Interterritorial del SNS de 24 de abril de 2018 y, posteriormente, se hizo público mediante la Resolución de 9 de enero de 2019, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, por la que se hacen públicos los acuerdos de la CPAF de 20 de marzo de 2018, sobre la cartera común de servicios del SNS.

En la reunión del CAPO del 20 de febrero de 2024, se acordó la creación de dos códigos específicos para la inclusión en el catálogo común de prestación ortoprotésica suplementaria de los tipos de productos necesarios para incorporar las lentes de contacto que se precisan para la corrección de la afaquia en catarata congénita infantil, que fue ratificado por la CPAF el 27 de febrero de 2024. Los dos códigos incluidos son el PDC 020B Lente de contacto blanda de hidrogel de silicona (HiSi) con o sin filtro azul, para corrección de la afaquia en catarata congénita infantil (IMF: 150,70 euros; vida media: 3 meses); y PDC 020C Lente de contacto rígida de gas permeable, para corrección de la afaquia en catarata congénita infantil (IMF: 300,30 euros; vida media: 12 meses).

Esta actualización del catálogo que concreta los tipos de producto y los IMF de las lentes de contacto para la corrección de la afaquia en catarata congénita infantil va a permitir una mayor equidad en la prescripción, dispensación y suministro de estos productos por parte de las administraciones gestoras de la prestación.

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 todas las personas usuarias del SNS, que tendrán acceso a la cartera común de servicios recogida en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que se actualiza y concreta mediante la presente orden en condiciones de igualdad efectiva.

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

Los grandes retos de salud actuales, haciendo especial mención a la pandemia de la COVID-19, sólo 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 ha incluido en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia un componente específico para renovar y ampliar las capacidades del SNS. Este componente (18), 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.

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 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. 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 reforma 1 del Componente 18 (C18.R1) es el fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria mediante la ejecución del Marco Estratégico para el refuerzo de la atención primaria y comunitaria para una mayor prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora de su control, reducción de desigualdades sociales y territoriales y mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

Con la inversión 2 del Componente 18 se pretende potenciar el cribado poblacional de cáncer de cuello de útero (cérvix) en mujeres de 25 a 65 años, ya que, con una inversión de 8.500.000 euros, se va financiar una parte de los costes de la actuación global e incentivar el despliegue de este cribado poblacional en las regiones. La inversión cubriría los costes de difusión e invitación a participar en la campaña. Este proyecto normativo está relacionado con esta inversión al incluir la modificación del programa de cribado poblacional de cáncer de cervix, pero no se empleará esta financiación para la elaboración y publicación de esta norma.

2) FINES Y OBJETIVOS PERSEGUIDOS:

Los objetivos que se persiguen son actualizar y concretar la cartera común de servicios, así como clarificar algunos aspectos de su contenido, con el fin de cubrir determinadas necesidades sanitarias para diferentes colectivos de pacientes y facilitarles una mejor calidad de vida y un acceso más homogéneo a las prestaciones sanitarias en todo el SNS.

En concreto los objetivos de esta orden serían:

- Actualizar y ampliar los programas de cribado poblacional que se ofertan a la población en la cartera común de servicios del SNS.
- Actualizar y desarrollar los procedimientos diagnósticos que se realizan en atención primaria, así como aquellos con acceso desde atención primaria para incrementar su capacidad de resolución.
- Actualizar y desarrollar el servicio de atención comunitaria en la cartera común de servicios de atención primaria.
- Incluir expresamente la modalidad de atención no presencial en la cartera común de servicios del SNS.
- Actualizar las condiciones de uso del dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda y excluir el stent esofágico biodegradable para patología benigna en el catálogo común de implantes quirúrgicos tras la finalización de los correspondientes estudios de monitorización.
- Cambiar en el catálogo común de prestación ortoprotésica la clasificación de 25 tipos de productos de estructuras endoesqueléticas de miembro inferior, de modo que pasen a ser de elaboración individualizada (MED) e introducir la posibilidad de que, para aquellos pacientes neurológicos que han venido usando ortesis dinámicas antiequino tipo DAFO desde la infancia, los puedan seguir usando una vez alcanzada la edad adulta, siempre que se acompañe la prescripción de un informe justificativo por parte del facultativo especialista responsable. Asimismo, se crean dos códigos específicos para la inclusión en el catálogo común de prestación ortoprotésica suplementaria de los tipos de productos necesarios para incorporar las lentes de contacto que se precisan para la corrección de la afaquia en catarata congénita infantil.

3) ALTERNATIVAS:

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece que la actualización, concreción y detalle de la cartera común de servicios recogida en sus anexos se hará por orden.

El artículo 6 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, señala que por orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, podrá concretarse y detallarse el contenido de los diferentes apartados de la cartera de servicios comunes recogidos en sus anexos.

Por su parte, el artículo 7 recoge que la cartera de servicios comunes del SNS, contenida en los anexos a dicho real decreto, se actualizará mediante orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS y el artículo 8 que las propuestas de actualización de cartera se elevarán a la CPAF y que la aprobación definitiva de estas propuestas corresponderá al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS.

Asimismo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, señala que la cartera común de servicios del SNS se actualizará mediante orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS.

Por su parte, el artículo 9 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, relativo a la CPAF recoge en el apartado 9.1 que la participación de las comunidades autónomas y de otras administraciones sanitarias públicas en la definición y actualización de las prestaciones y la cartera de servicios comunes del SNS se articulará a través de la CPAF, dependiente del Consejo Interterritorial del SNS, así como de los comités y grupos de trabajo de ella dependientes. El Comité Asesor para la Prestación Ortoprotésica, fue creado por la Orden de 18 de enero de 1996, y el Comité Asesor para Prestaciones con Productos Dietéticos, fue creado mediante la Orden de 2 de junio de 1998.

Por tanto, no caben más alternativas que regular los aspectos que recoge el proyecto de norma por orden ministerial.

Queda descartada la opción de no hacer nada, dado que esta alternativa afectaría a la salud de la población española, así como a la cohesión y equidad en el SNS. Si no se aprobara esta norma, se podrían incrementar las diferencias territoriales en el contenido de las prestaciones que regula.

4) ADECUACIÓN A LOS PRINCIPIOS DE BUENA REGULACIÓN:

Esta orden se ajusta 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, principios de necesidad y eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia, y eficiencia.

Se trata de una iniciativa normativa justificada por una razón de interés general al pretender garantizar el derecho a la protección y promoción de la salud y un acceso y atención sanitaria en el SNS homogéneo y equitativo, siendo la publicación de una orden el instrumento previsto para la actualización de la cartera de servicios del SNS y por tanto es la vía para la consecución de este objetivo.

Del mismo modo, no existe ninguna alternativa regulatoria menos restrictiva de derechos, contiene la regulación imprescindible para lograr su objetivo, por lo que se trata de una regulación acorde al principio de proporcionalidad. Resulta asimismo coherente con el resto de ordenamiento jurídico tanto nacional como europeo, lo que también la hace adecuarse al principio de seguridad jurídica.

Durante el procedimiento de elaboración de la norma, ésta ha sido sometida a los trámites de consulta pública previa y se va a someter al trámite de audiencia e información pública, dando cumplimiento así al principio de transparencia.

Finalmente, cumple con el principio de eficiencia no incrementándose las cargas administrativas.

Asimismo, va a ser informada por la Comisión Delegada y el Comité Consultivo del SNS y el Consejo Interterritorial del SNS. Además, se va a consultar a las comunidades autónomas, las Ciudades de Ceuta y Melilla, el INGESA y las mutualidades de funcionarios y sectores afectados y quedan justificados en el preámbulo los objetivos que persigue esta orden.

5) VINCULACIÓN CON LA APLICACIÓN DEL FONDO DE RECUPERACIÓN

Una de las reformas para la renovación y ampliación de la capacidad del Sistema Nacional de Salud contempladas en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR), es el Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria (C18.R1) y también las Acciones para reforzar la prevención y promoción de la Salud (C18.I2). Esta norma se encuentra vinculada, por tanto, a la Reforma 1 y a la Inversión 2 del del Componente 18 del PRTR, referente a aumentar su capacidad ofrecer respuestas más eficaces a los problemas de salud emergentes, mejorar la experiencia individual de la asistencia y prevenir las enfermedades y potenciar el papel de la atención primaria, así como mejorar la prevención como en el caso de los cribados de cáncer y sirve para dar cumplimiento al compromiso adquirido en dicha reforma.

La ejecución de las medidas propuestas en este proyecto de orden atenderán a lo establecido en el artículo 5, 9 y 22 del Reglamento del MRR y se observará lo establecido en la Orden HFP/1030/2021, de 29 de septiembre, por la que se configura el sistema de gestión del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y 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 tratarse este proyecto de 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.

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.

II. CONTENIDO.

La norma se estructura en un preámbulo, un artículo único, dos disposiciones adicionales y dos disposiciones finales.

- El artículo único contempla la modificación de los anexos I, II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

- Dos disposiciones adicionales que hacen referencia a los tiempos para la puesta en marcha de los programas de cribado en todo el territorio nacional.
- La disposición final primera hace referencia al título competencial, concretamente al artículo 149.1. 16ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad.
- La disposición final segunda establece la entrada en vigor de la norma.

III. ANÁLISIS JURÍDICO.

1) FUNDAMENTO JURÍDICO Y RANGO NORMATIVO:

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, estableció en sus anexos el contenido de cada una de las carteras de servicios de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencias, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario, con base en lo recogido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

El artículo 7 de dicho real decreto señala que la cartera de servicios comunes del SNS, contenida en sus anexos, se actualizará mediante orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS y en su artículo 8 que las propuestas de actualización de cartera se elevarán a la CPAF, y que la aprobación definitiva de estas propuestas corresponderá al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS.

En desarrollo de estas previsiones, la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, desarrolló el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del SNS.

Por su parte, el artículo 6 del mencionado real decreto establece que, por orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, podrá concretarse y detallarse el contenido de los diferentes apartados de la cartera de servicios comunes recogidos en sus anexos.

Asimismo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, señala que la cartera común de servicios del SNS se actualizará mediante orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS.

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*”).

Por otra parte, 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 que se evalúan son aquellos que requieren una evaluación sustantiva, siendo los siguientes:

- 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

En todos los objetivos medioambientales citados, los efectos estimados de las medidas comprendidas en la presente orden 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. De hecho, la clarificación de que la modalidad de asistencia sanitaria no presencial forma parte de la cartera común de servicios se prevé que pueda reducir el impacto climático al reducirse el número de desplazamientos en transportes contaminantes.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, así como con el artículo 24.1.f) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno el rango adoptado es el de orden ministerial.

2) CONGRUENCIA CON EL ORDENAMIENTO JURÍDICO NACIONAL

El proyecto de orden es congruente con el ordenamiento jurídico nacional dado que se elabora de acuerdo a lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, el cual establece que la actualización, concreción y detalle de la cartera común de servicios recogida en sus anexos se hará por orden del Ministerio de Sanidad y se adecúa al orden de distribución de competencias.

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) ENTRADA EN VIGOR

La norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el “Boletín Oficial del Estado”, sin que resulte de aplicación el primer párrafo del artículo 23 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, al no imponer nuevas obligaciones a las personas físicas o jurídicas que desempeñen una actividad económica o profesional como consecuencia del ejercicio de esta. La vigencia es indefinida.

4) DEROGACIÓN DE NORMAS:

El proyecto de orden no deroga normativa alguna.

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

La norma, que se ha elaborado por consenso con las comunidades autónomas, INGESA y mutualidades de funcionarios, supone una continuidad en el proceso de actualización de la cartera común de servicios siguiendo el trámite establecido en la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre.

Las comunidades autónomas no han suscitado ningún problema competencial, ya que la norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 16ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y según lo previsto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

Por otra parte, al haberse elaborado en el seno de la CPAF, dependiente del Consejo Interterritorial del SNS, ha habido una activa participación de las comunidades autónomas en las diferentes fases de su elaboración.

Se va a someter a trámite de audiencia e información pública a criterio de las comunidades autónomas.

V. DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN.

Esta norma se ha elaborado en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, con participación activa de la CPAF, el grupo de trabajo para la actualización de los procedimientos diagnósticos de la cartera común de servicios de atención primaria dependiente de la CPAF, así como del Comité Asesor para la Prestación Ortoprotésica en la parte relativa a dicha prestación que recoge este proyecto de orden y de la Comisión de Salud Pública en lo referente a la actualización del servicio de atención comunitaria.

Los pasos que se han seguido han sido:

- La CPAF acordó el 3 de marzo de 2023 las propuestas de los procedimientos diagnósticos de la cartera común de servicios de atención primaria y del desarrollo del servicio de atención comunitaria de la cartera común de servicios de atención primaria.
- La CPAF en su reunión de 19 de diciembre de 2023 acordó mantener el dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda en las mismas condiciones que se recogía el protocolo del estudio de monitorización y excluir el stent esofágico biodegradable para patología benigna de los implantes quirúrgicos terapéuticos de la cartera común de servicios. En esta misma reunión se acuerda ampliar la cartera de servicios relativa a los programas de cribado neonatal y de cribado de cáncer de cérvix (aprobación condicionada a la aprobación en CSP el 18 de enero de 2024).

- La CPAF ratificó los acuerdos del CAPO en relación con las modificaciones del catálogo común de prestación ortoprotésica suplementaria el 27 de febrero de 2024.

El proyecto de orden fue sometido a consulta pública previa del 31 de marzo al 28 de abril de 2023, de conformidad con lo previsto en el artículo 133 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Se han recibido en el período indicado un total de 39 observaciones o sugerencias, algunas de las cuales se refieren a temas que no son objeto del proyecto de norma o no son competencia del Ministerio de Sanidad.

Las aportaciones recibidas en el trámite de consulta pública previa se recogen en el anexo, así como su valoración.

Asimismo, se requiere la realización de los trámites de información pública y de audiencia a las entidades directamente afectadas por la norma, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

Durante su tramitación se han recabado los siguientes informes:

- Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad, de acuerdo con lo previsto en artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.
- Informe de los siguientes Ministerios, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre:
 - Ministerio de Hacienda.
 - Ministerio de Economía, Comercio y Empresa.
 - Ministerio de Industria y Turismo.
 - Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.
 - Ministerio de Defensa.
- Informe del Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.
- Informe de las Mutualidades de Funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), así como del INGESA.
- Informe de la Comisión Ministerial de Administración Digital del Ministerio de Sanidad.

El proyecto debe ser informado por las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y de Melilla, así como por el Comité Consultivo y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Igualmente, debe ser sometido a informe del Consejo Nacional de la Discapacidad y del Consejo de Consumidores y Usuarios.

Finalmente, debe recabarse el dictamen del Consejo de Estado, conforme con lo dispuesto en el artículo 22.3 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado.

VI. ANÁLISIS DE IMPACTOS.

1) IMPACTO ECONÓMICO:

Por su propia naturaleza, esta orden no va a tener impacto directo negativo ni sobre el empleo, ni sobre la productividad o la innovación.

A su vez, la aprobación de la propuesta no afectará a la competencia, ya que no regula aspectos que puedan generar problemas sobre la misma, ni a la unidad de mercado.

2) IMPACTO PRESUPUESTARIO:

Para la estimación del impacto presupuestario de esta norma se deben contemplar los siguientes aspectos que se han analizado por separado:

Cartera común de servicios relativa a los programas de cribado poblacional

- **Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas: Inclusión de tirosinemia tipo I.**

La propuesta recogida en esta norma incorpora una nueva enfermedad (la tirosinemia tipo I) al programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas del SNS que cumple con los criterios de eficacia clínica y coste-efectividad de acuerdo con los informes elaborados por la RedETS. La inclusión en el programa de esta metabolopatía genera tanto una mejora en la calidad de vida de la población como un ahorro de costes cuando se tienen en cuenta los beneficios de la detección precoz de estas enfermedades a largo plazo. La incorporación de esta enfermedad al programa no requiere la adquisición de nueva tecnología ya que todos los laboratorios de cribado cuentan ya con ella. Tampoco se prevé necesario incrementar la dotación de recursos humanos para ello, por lo que no se prevén nuevos gastos de personal.

De acuerdo con los datos del INE, en el año 2022 se registraron 329.251 nacimientos en España y 337.380 nacimientos en 2021. Esta enfermedad ya forma parte de los programas de cribado de gran parte de las Comunidades Autónomas (CCAA) dentro de sus respectivas carteras complementarias (Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, La Rioja, y Ceuta y Melilla), incluyendo ya alrededor del 75% de la población diana en este programa.

El coste del cribado de la tirosinemia tipo I en 2022 en las comunidades autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, que lo tienen implementado, fue de 91.367€, teniendo en cuenta los 246.938 recién nacidos/as en su ámbito por el coste de prueba de cribado (0,37€ según el análisis económico de la RedETS). En 2021 con el número de nacimientos en ese año fue de 93.622€.

Por lo que el coste real de su incorporación al programa de cribado neonatal del SNS sería el siguiente (tabla 1) teniendo en cuenta el número de recién nacidos/as a los que no se les realiza actualmente el cribado por el coste de la prueba de cribado por recién nacido/a de acuerdo a los informes elaborados por la RedETS⁴, un coste mucho menor al de otras enfermedades ya incorporadas previamente al programa:

Tabla 1. Costes incorporación del cribado de la tirosinemia tipo I al programa de cribado neonatal.

Número de recién nacidos en España en 2022	329.251
Número de recién nacidos a los que se les realiza el cribado de tirosinemia tipo I (Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, La Rioja, y Ceuta y Melilla)	246.938
Número de recién nacidos a los que no se les realiza este cribado (en las 6 comunidades autónomas que no realizan este cribado)	82.313
Coste del cribado por recién nacido	0,37
Coste total de incorporar esta enfermedad al programa de cribado (en las 6 comunidades autónomas que no realizan este cribado)	30.455 €
Número de recién nacidos en España en 2021	337.380

⁴ Coste-efectividad del cribado neonatal de la tirosinemia tipo I / C. Valcárcel Nazco et al. – Madrid: Ministerio de Sanidad. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de la Salud. –95 p.; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad) (Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias/ SESCS)

Número de recién nacidos a los que se les realiza el cribado tirosinemia tipo I (Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, La Rioja, y Ceuta y Melilla)	253.035
Número de recién nacidos a los que no se les realiza este cribado (en las 6 comunidades autónomas que no realizan este cribado)	84.345
Coste del cribado por recién nacido	0,37€
Coste total de incorporar esta enfermedad al programa de cribado (en las 6 comunidades autónomas que no realizan este cribado)	31.207 €

Al realizarse el cribado de tirosinemia tipo I actualmente en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla el incorporarlo no supone un impacto presupuestario para el INGESA.

El impacto económico de la incorporación del cribado de tirosinemia tipo I al programa de cribado neonatal a mutualistas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU adscritos a entidades de seguro, teniendo en cuenta que estos mutualistas suponen el 3,66% de la población general es de 1.142 €.

- Programa de cribado neonatal de cardiopatías congénitas

El programa de cribado neonatal de cardiopatías congénitas ya se realiza en un gran número de hospitales de la mayoría de CCAA, si bien, al no estar concretado en la cartera común de servicios del SNS no se oferta de manera equitativa a todos los recién nacidos/as, ni siquiera dentro de una misma comunidad autónoma, ni permite su protocolización y evaluación de calidad.

La prueba de cribado es una prueba simple y segura consistente en la medición de la saturación de oxígeno en las primeras horas de vida con una pulsioximetría (PO). La pulsioximetría está disponible en todos los centros hospitalarios y por lo tanto no se requiere de una inversión inicial de ningún tipo. Además, es una prueba sencilla que se realiza por los profesionales sanitarios existentes en menos de 10 minutos.

Se ha realizado un informe de coste-utilidad finalizado en el año 2023 por la RedETS⁵ que concluye lo siguiente: El coste medio por niño/a en la práctica habitual se ha estimado en 69,22 € y en la rama de cribado con PO de 67 €. El cribado con PO obtiene una **utilidad incremental en comparación con la práctica habitual de 0,00032 AVAC** por niño a lo largo de toda la vida. La estrategia de cribado con PO supone un ahorro de costes y una mayor utilidad que la práctica habitual, por lo que resulta dominante en términos de coste-utilidad.

El impacto presupuestario anual para el SNS es mayor con la práctica habitual que con la aplicación del cribado con PO. La aplicación del cribado supondría un **ahorro anual de 757.299 € para el SNS.**

⁵ Análisis coste-utilidad del cribado neonatal universal de cardiopatías congénitas críticas basado en pulsioximetría en España. Iñaki Imaz Iglesia. Ana Isabel Hijas Gómez. Jorge Rodríguez Arbáizar. Alejandro Martínez Portillo. Esther Elena García Carpintero. Carlos Martín Saborido. Cristina Asensio del Barrio. Ministerio de Sanidad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III. 2023

El ahorro para el INGESA es de 3.731 € teniendo en cuenta los 1.622 recién nacidos de Ceuta y Melilla según datos del INE de 2022.

El impacto económico de la concreción del cribado neonatal de cardiopatías congénitas a mutualistas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU adscritos a entidades de seguro, teniendo en cuenta que estos mutualistas suponen el 3,66% de la población general es un ahorro de 27.717 €.

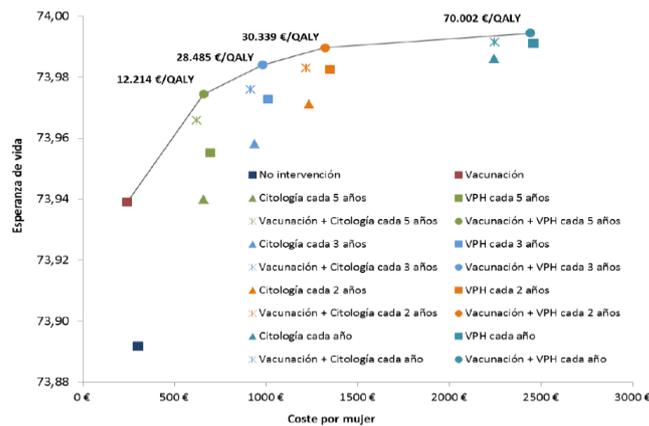
- Programa de cribado de cáncer de cérvix

Para valorar el impacto del adelanto de la edad de cribado primario con prueba de VPH de 35 a 30 años en el programa de cribado de cáncer de cérvix se ha tenido en cuenta el informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias “Eficiencia y sostenibilidad del cribado de cáncer de cérvix en el Sistema Nacional de Salud⁶”. En este informe se analizan los costes, las ratios de coste-efectividad a medio-largo plazo de diferentes estrategias de cribado incluyendo las estrategias oportunistas y las estrategias poblacionales y las ratios de coste-efectividad en los diferentes escenarios de cribado y vacunación. El informe tiene en cuenta los costes directos no sanitarios además de los costes directos sanitarios derivados del tratamiento de las lesiones encontradas. Estima que la implementación de un cribado poblacional organizado con la prueba de detección del VPH puede suponer un gasto mayor los primeros años, pero a medio-largo plazo este aumento de costes se equilibra al considerar que la prueba del VPH permitirá alargar los intervalos de cribado y que reducirá el número de procedimientos diagnósticos y tratamientos.

Las principales conclusiones que se derivan de este informe son:

- Los resultados indican que la detección de ADN del VPH como prueba primaria con una frecuencia cada 5 años tiene una efectividad similar y es más coste-efectiva que el cribado citológico realizado cada 3 años.
- Una estrategia de prevención basada en la **vacunación frente al VPH de niñas preadolescentes combinado con un cribado poblacional organizado mediante la detección del VPH como prueba primaria cada 5 años es la estrategia más efectiva y coste-efectiva en España**. La razón incremental de coste-efectividad (ICERs) de las estrategias no dominadas comparadas con las estrategias adyacentes menos costosas son 12.214 €/QALY ganados para la vacunación en combinación con la prueba del VPH cada 5 años (por debajo del umbral de 20.000 €/QALY). Todas las estrategias de cribado basadas en citología se encuentran por debajo de la frontera de eficiencia.
- El modelo estima **mayor efectividad y eficiencia si se establecen protocolos diferenciados para mujeres vacunadas y no vacunadas**.

6 Eficiencia y sostenibilidad del cribado de cáncer de cérvix en el Sistema Nacional de Salud. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña. 2016.



Frontera de eficiencia representada mediante el coste por mujer y la esperanza de vida para las estrategias de prevención evaluadas. El cribado se realiza entre los 25 y los 65 años de edad y varían según la prueba (citología y prueba de VPH), la frecuencia (cada 1 a 5 años). Para las estrategias con prueba del VPH, se realiza citología primaria cada 3 años antes de los 30 años. Se asume una cobertura de cribado y vacunación del 70%.

En las mujeres vacunadas, un cribado hasta los 65 años sería una buena opción y podría utilizarse la prueba del VPH 5 años antes, es decir, a partir de los 29 años.

La Ponencia de Cribado Poblacional considera que los resultados del Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias “Eficiencia y sostenibilidad del cribado de cáncer de cérvix en el Sistema Nacional de Salud” justifican mayor coste-efectividad de la detección de ADN del VPH como prueba primaria de cribado cada 5 años frente al cribado citológico cada 3 años de los 30 a los 35 años. Por otro lado, valora que la propuesta realizada de iniciar el cribado a los 30 años en cohortes vacunadas conllevaría no realizar cribado citológico entre los 25 y 29 años en estas mujeres, con el consecuente ahorro económico que comporta esta reducción de pruebas diagnósticas.

Es decir, con el nuevo programa de cribado de cáncer de cérvix, no sólo lo hacemos más efectivo mejorando la cobertura con detección de VPH a los 30 años, sino que además hacemos más rentable el programa:

- Se reducen pruebas de los 30 a los 35 años de edad pasando de la citología cada 3 años a la detección de VPH cada 5 años.
- Se distingue entre mujeres vacunadas y no vacunadas entre los 25 y 29 años, reduciendo el número de pruebas al prescindir de pruebas en esta franja de edad en las mujeres correctamente vacunadas.
- Evita derivaciones innecesarias a pruebas complementarias entre las mujeres correctamente vacunadas al tener una estrategia de cribado más efectiva.
- Evita mayor incidencia de lesiones cervicales entre las no vacunadas con el consiguiente ahorro económico.

Cartera común de servicios de atención primaria

En el impacto presupuestario de la actualización de los procedimientos diagnósticos accesibles en el nivel de atención primaria hay que diferenciar entre el impacto de los que se realizan en los centros de salud de atención primaria y a los que tienen acceso los profesionales de atención primaria.

La actualización de los procedimientos diagnósticos con acceso desde atención primaria, implica equipar la capacidad de indicación con atención hospitalaria, garantizando la coordinación entre los dos niveles. Por lo tanto, no va a suponer un aumento en el número

de pruebas diagnósticas solicitadas, si no únicamente el cambio del nivel asistencial de prescripción de las mismas. Por ello, se considera que la actualización del apartado 2.1.2 del anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, no tiene impacto presupuestario alguno.

La actualización del apartado 2.1.1 del anexo II del citado real decreto, supone reflejar la evolución de los procedimientos y herramientas diagnósticas que se han ido incorporando a la práctica clínica diaria de los centros de salud de atención primaria. En este sentido, la acción 3.2 del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 recoge la *Identificación de los procedimientos diagnósticos que deben ser realizados en Atención Primaria, la adquisición del equipamiento diagnóstico y el desarrollo de formación continuada necesaria.*

Con el objeto de dotar a los centros que no dispusieran del equipamiento y recursos diagnósticos que recoge la actualización de la cartera de servicios de atención primaria, así como de la formación y de los recursos humanos necesarios para el incremento de actividad que conlleva la mejora de su capacidad resolutoria, se han descentralizado asociados a la acción 3.2 los siguientes fondos provenientes de los Presupuestos Generales del Estado:

- De los PGE de 2022: aplicación 26.07.313B.750 se dispuso de 87.124.000,00 € a distribuir a todas las Comunidades Autónomas (excepto País Vasco y Comunidad Foral de Navarra) y a las Ciudades con Estatuto de Autonomía (a través de INGESA)
- De los PGE Año 2023 dos aplicaciones a distribuir a todas las Comunidades Autónomas (excepto País Vasco y Comunidad Foral de Navarra) y a las Ciudades con Estatuto de Autonomía (a través de INGESA):

- a. Aplicación 26.07.313B.750: 87,124 M
- b. Aplicación 26.07.313B.752: 406,750 M

El tipo de actuaciones a financiar y condiciones de estas dos aplicaciones de los PGE 2023 son las siguientes:

1. Redacción de proyecto y obras de construcción o ejecución de la obra de un proyecto ya redactado de nuevos centros de salud/consultorios, salas de radiología, salas de fisioterapia y Servicios de Urgencias de AP.
2. Redacción de proyecto y obras o ejecución de la obra de un proyecto ya redactado de ampliación/remodelación de centros de salud/consultorios, salas de radiología, salas de fisioterapia, Servicios de Urgencias de AP, por una cuantía mínima de 200.000 euros.
3. Obras y equipamientos de mejora de la eficiencia energética de edificios de AP por una cuantía mínima de 200.000 euros. En este caso podrán agruparse proyectos que afecten a más de un centro de salud.
4. Equipamiento clínico destinado a aumentar la capacidad de resolución de acuerdo con la actualización de la cartera común de servicios de AP prevista en el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria.

Por tanto, las necesidades de adquisición de equipamiento ya se han cubierto para todas las Comunidades Autónomas (excepto las de régimen foral) y para INGESA. Para calcular el impacto presupuestario que supondría la adquisición de equipamiento para

País Vasco y Navarra, vamos a estimar el coste de los proyectos presentados por el resto de Comunidades Autónomas para la adquisición de equipamiento diagnóstico.

Los proyectos remitidos por las Comunidades Autónomas (excepto País Vasco y Comunidad Foral de Navarra) y el INGESA con cargo a los fondos de los PGE para el Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria para las necesidades no cubiertas de equipamiento diagnóstico de los servicios de salud para adecuarse a la actualización del apartado 2.1.1 del anexo II de la cartera común de servicios del SNS son:

- Cantidad comprometida (PGE 2022): 78.395.182,91 € solicitados correspondientes 78.317.460, 26 € a las Comunidades Autónomas y 77.722,65 € INGESA.
- Cantidad solicitada (PGE 2023): 171.373.964,75 €

Teniendo en cuenta los fondos distribuidos o solicitados por las Comunidades Autónomas e INGESA en 2022 y 2023 (249.846.870,31 €) y su población según los datos del INE 2023 (45.196.904) y el la población de las comunidades de País Vasco y Navarra (2.216.302 y 672.155 respectivamente) a las que no se distribuyeron dichos fondos, el impacto presupuestario para el SNS para cubrir en esas 2 comunidades las necesidades de equipamiento por la actualización de los procedimientos diagnósticos de la cartera común de servicios sería de: 15.944.280 €

El impacto económico de la asistencia a mutualistas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU adscritos a entidades de seguro: dado que estos mutualistas suponen el 3,66% de la población general según los datos del INE de 2023 (48.085.361), el coste asociado a esta prestación asciende a 9.727.956 €

En resumen, el impacto presupuestario se distribuye de la siguiente manera:

- Impacto económico de la asistencia a población del SNS: 15.944.280 €.
 - Impacto económico de la asistencia a mutualistas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU adscritos a entidades de seguro: 9.727.956 €.
- **Atención comunitaria**

La propuesta recogida en esta norma en relación a la ampliación y desarrollo del servicio de atención comunitaria no afecta a los presupuestos de la Administración del Estado ni a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales, ya que la propuesta concreta y especifica el contenido que ya estaba reflejado previamente en este servicio.

Inclusión expresa de la modalidad de atención no presencial en la cartera común de servicios del SNS:

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, recoge en sus anexos distintas modalidades de atención a los pacientes en la cartera común de servicios tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, sin especificar si esta atención se presta de manera presencial o no presencial. No obstante, los distintos servicios de telemedicina que permiten la actividad asistencial y el seguimiento de los pacientes a distancia, ya forman parte de la cartera común de servicios del SNS. Esta modalidad asistencial no presencial fue un pilar fundamental y tuvo un fuerte impulso durante la pandemia por COVID-19 y ha sido desarrollada por las distintas administraciones sanitarias en el ámbito de sus competencias para hacer efectivo el acceso a las prestaciones de la cartera

común de servicios teniendo en cuenta las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico.

Por ello, recoger en esta norma de manera expresa que la atención no presencial forma parte de las modalidades para realizar la actividad asistencial de la cartera común de servicios del SNS, no va a tener ningún impacto directo sobre el coste actual de esta prestación.

Dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda y stent esofágico biodegradable para patología benigna

Los estudios de monitorización van dirigidos a hacer un seguimiento de los resultados de una técnica, tecnología o procedimiento introducido en la cartera común de servicios del SNS por su necesidad sanitaria, de forma que se obtenga información que permita posteriormente valorar su situación en la cartera común de servicios. Por lo tanto, dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda y stent esofágico biodegradable para patología benigna ya formaban parte de la cartera común de servicios.

Durante el desarrollo del estudio de monitorización todos los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión establecidos en el protocolo tenían derecho a acceder a estos implantes sometidos a estudio de monitorización en los centros propuestos para la realización de los respectivos estudios. Para ello, las comunidades autónomas que no hubieran propuesto centros facilitarían el traslado de los pacientes que requieran de las citadas técnicas sometidas a estudio.

Por ello, y una vez finalizados los estudios de monitorización, mantener mediante esta orden el dispositivo de cierre (oclusor) de la orejuela auricular izquierda dentro de los implantes quirúrgicos del anexo VI del Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, en las mismas condiciones que recogía el protocolo del estudio, no supone impacto presupuestario alguno.

En relación con la exclusión del stent esofágico biodegradable para patología benigna, teniendo en cuenta que durante el desarrollo del estudio de monitorización se observó una escasa actividad por parte de los centros sanitarios en su implantación (se reclutaron 20 pacientes tras 3 años y 6 meses de reclutamiento, incluyendo una prórroga de 12 meses)⁷, se considera que no es relevante el impacto en el ahorro de costes que puede suponer la exclusión de dicho implante de la cartera común de servicios.

Prestación ortoprotésica suplementaria:

Se propone cambiar la clasificación de 25 tipos de productos de estructuras endoesqueléticas de miembro inferior, de modo que pasen a ser de elaboración individualizada (MED) e introducir la posibilidad de que, para aquellos pacientes neurológicos que han venido usando ortesis dinámicas antiequino tipo DAFO desde la infancia, los puedan seguir usando una vez alcanzada la edad adulta siempre que se acompañe la prescripción de un informe justificativo por parte del facultativo especialista responsable.

⁷ Imaz-Iglesia I, Alcalde E, Palma M, Pastor-Barriuso R, González-Enríquez J. Stents biodegradables para el tratamiento de estenosis esofágicas benignas. Estudio de monitorización. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) - Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación. Ministerio de Sanidad. Madrid. 2023. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Las dos modificaciones al catálogo común tienen un impacto presupuestario nulo, pues los tipos de productos afectados mantienen su actual importe máximo de financiación (IMF).

En resumen, la valoración global del impacto económico de este proyecto normativo teniendo en cuenta que:

- La propuesta de actualización de los programas de cribado recogidos supone un **ahorro global** de costes de **752.667 €**.
- La propuesta de actualización de la cartera común de servicios de atención primaria supone un impacto de **25.672.236 €**.

Por lo tanto, la valoración global del impacto presupuestario del proyecto normativo es: 24.919.569 €.

Por otro lado, la creación de dos códigos específicos para la inclusión en el catálogo común de prestación ortoprotésica suplementaria de los tipos de productos necesarios para incorporar las lentes de contacto que se precisan para la corrección de la afaquia en catarata congénita infantil, no supone impacto presupuestario alguno. Las lentes de contacto que precisan los niños con catarata congénita para corrección de la afaquia ya formaban parte de las prestaciones financiadas públicamente dentro de la cartera común de servicios del SNS tras el acuerdo de la CPAF que fue elevado al Pleno del Consejo Interterritorial del SNS el 24 de abril de 2018 de que forman parte del tratamiento previo a la implantación de la lente intraocular en estos pacientes.

3) ANÁLISIS DE LAS CARGAS ADMINISTRATIVAS:

A efectos de la presente memoria, se consideran cargas administrativas todas aquellas tareas de naturaleza administrativa que deben llevar a cabo las empresas y los ciudadanos para cumplir con las obligaciones derivadas del proyecto de orden.

La entrada en vigor de esta orden no implicará ninguna tarea de naturaleza administrativa que deban llevar a cabo los/as ciudadanos/as y/o las empresas para cumplir con las obligaciones derivadas de la norma, por lo que, se considera que el proyecto de orden no tiene efecto sobre las cargas administrativas.

4) IMPACTO POR RAZÓN DE GÉNERO:

Se analiza el impacto por razón de género de acuerdo a lo establecido en el artículo 19 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Con este proyecto de norma se facilitará una atención más homogénea, y eficiente para todos los pacientes que requieran de las prestaciones cuyo contenido se regula en el mismo.

La norma tiene un impacto de género positivo, pues desarrollar el servicio de atención comunitaria implica tener en cuenta el contexto y los determinantes sociales, para mejorar la salud y disminuir las desigualdades sociales en salud, teniendo en cuenta los diferentes ejes de desigualdad, incluido el género.

Además, se mejora el programa de cribado de cáncer de cérvix que es un programa dirigido a mujeres entre los 25 y 65 años de edad.

Por tanto, de acuerdo al artículo 19 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, se señala que el impacto por razón de género de esta norma es positivo.

5) IMPACTO SOBRE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

De acuerdo a lo establecido en el 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 señala que se considera que este proyecto de norma tendrá un impacto positivo sobre la infancia y la adolescencia.

Con este proyecto de norma se mejoran los programas de cribado neonatal, ampliándolos con nuevas enfermedades (tirosinemia tipo I y cardiopatías congénitas críticas) y mejorando de ese modo el pronóstico de algunas enfermedades de debut en el periodo neonatal, mejorando el pronóstico vital y la calidad de vida.

Con este proyecto de norma se facilitará una atención más homogénea, y eficiente para todos los pacientes, incluidos los niños y adolescentes, que requieran de las prestaciones cuyo contenido se regula en el mismo.

Con este proyecto de norma contempla disminuir las desigualdades sociales en salud, teniendo en cuenta los diferentes ejes de desigualdad, incluida la edad, y desarrolla y actualiza la atención familiar.

6) IMPACTO EN LA FAMILIA:

A su vez, evaluado el impacto que la norma podría tener respecto a la familia, se considera positivo no solo para los pacientes sino también para las familias por los mismos motivos indicados en los apartados anteriores.

Asimismo, la norma supone un impacto a nivel emocional en las familias ya que la ampliación, concreción y clarificación del contenido de la cartera común de servicios que regula permite que las familias puedan conocer de antemano que prestaciones están financiadas en el marco del SNS y que la interpretación a nivel nacional de la normativa va a ser más homogénea evitando así desigualdades territoriales

Por tanto, de acuerdo a la disposición adicional décima de la Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de protección a las familias numerosas”, el impacto sobre la familia es positivo.

7) IMPACTO POR RAZÓN DE CAMBIO CLIMÁTICO

Clarificar que la asistencia no presencial forma parte de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, puede conllevar una reducción de las emisiones por gases contaminantes provenientes del transporte al reducirse los desplazamientos de los pacientes. Por lo tanto, se considera que la actual propuesta contribuye a las políticas de adaptación del cambio climático.

8) OTROS IMPACTOS

La norma tendrá un impacto positivo en salud dado que mejorará la equidad en el acceso al actualizar, concretar y clarificar el contenido de la cartera común de servicios del SNS, de manera que los servicios que reciban los ciudadanos sean más homogéneos y transparentes en todo el territorio del Estado.

Con este proyecto de norma se mejora la equidad de los programas de cribado a nivel estatal, mejorando las actuales desigualdades en dichos programas según las carteras complementarias de servicios.

En materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, con este proyecto de norma se facilitará una atención más

homogénea, y eficiente para todos los pacientes, incluidas las personas con discapacidad, que requieran de las prestaciones cuyo contenido se regula en el mismo.

La norma tiene un impacto positivo sobre las personas con discapacidad ya que las prestaciones en ortoprótesis que actualiza van dirigidas fundamentalmente a ellas. Se reclasifican varios tipos de productos de estructuras endoesqueléticas que forman parte de prótesis de miembro inferior que van a contribuir a una mejor adaptación y por tanto calidad de vida de las personas amputadas que las necesiten. Asimismo, se van a beneficiar determinadas personas usuarias de las ortesis tipo DAFO, indicadas para el paciente neurológico infantil, ya que una vez alcancen la edad adulta podrán seguir utilizándolas si el facultativo especialista responsable lo considera necesario.

Por tanto, el proyecto de norma va a suponer un impacto positivo para las personas con discapacidad.

VII. EVALUACIÓN *EX POST*.

Será conveniente realizar una evaluación ex post al menos dos años después de su implantación

ANEXO

El proyecto de orden se ha sometido a consulta pública previa en coherencia con el artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre fue sometido a consulta pública previa del 31 de marzo al 28 de abril de 2023. Se han valorado los siguientes comentarios y observaciones realizados durante dicho periodo:

- Las observaciones relativas a modificaciones de apartados de los anexos del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre que no son objeto de esta norma se tratarán en el marco de la CPAF de acuerdo al procedimiento de actualización establecido.
- La incorporación de la farmacia comunitaria en el marco de la atención primaria por su papel de agente de salud, en coordinación con los profesionales de los equipos de atención primaria:
- La actualización de la atención comunitaria de la cartera común de servicios de atención primaria recoge la coordinación con los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y con otros sectores y agentes implicados, como, entidades locales, ciudadanía y asociaciones de pacientes, educación, servicios sociales, deportes, establecimientos sanitarios y otros agentes comunitarios, con el fin de mejorar la salud y el bienestar de la comunidad.
- La elección de modalidad de atención presencial o no presencial se realizará con garantías, teniendo en cuenta el contexto clínico y las características concretas del paciente garantizando la seguridad y la calidad de la atención. Se debe adaptar en función de las preferencias, necesidades, competencias digitales y diversidad de capacidades de los pacientes y cumplir la normativa vigente de seguridad y protección de datos personales.
- La inclusión de categorías profesionales en la cartera común de servicios no se contempla entre los objetivos del proyecto normativo. Se elevará para su valoración a la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.