



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

I

La pandemia por COVID-19, aún en curso, ha mostrado que los sistemas sanitarios públicos son garantes de vida y actúan como motor económico, además de constituir uno de los mayores pilares del estado de bienestar de un país. En España, ha puesto de manifiesto las fortalezas de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), así como el compromiso y la profesionalidad de los y de las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, la capacidad de respuesta del sistema, y las bondades de su co-gobernanza entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas.

La *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* que configuró nuestro SNS, lo definió como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas, integrando todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

La universalidad, la equidad y la cohesión del SNS son los principios en los que se sustenta nuestro sistema sanitario público y, como tal, se recogen en las normas sanitarias más relevantes como son: la misma *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*; la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*; y la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública*. A lo largo de los años, los legisladores han mantenido su primacía en el ordenamiento.

Por otra parte, la pandemia ha puesto de manifiesto algunas debilidades del SNS. Debilidades que se han convertido en retos a afrontar para el Gobierno, y cuyo análisis ha sido abordado en el Ministerio de Sanidad, así como en distintos ámbitos, como son el grupo de trabajo en materia de sanidad y salud pública de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social del Congreso de los Diputados, y por diversos grupos de expertos, sociedades científicas y el movimiento asociativo. Así, se han acumulado análisis, datos, conocimiento, y propuestas para mejorar la situación.

Esta norma pretende desarrollar medidas para la consolidación de los principios de universalidad, equidad y cohesión del SNS. Para ello, incorpora elementos para minimizar las desigualdades en salud sin dejar a nadie atrás y para reforzar estructuralmente el buen gobierno o gobernanza y la legitimidad de nuestro sistema sanitario público, en cooperación con otras estructuras y ámbitos. Con ello, se espera facilitar el desarrollo de unas políticas públicas de salud más eficaces y eficientes, y abordar de forma integrada las



necesidades en salud de la población, de modo que los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos, actuales y futuros, tengan respuestas apropiadas.

Este empeño sólo puede abordarse con garantías de éxito si el conjunto de la sociedad se gobierna maximizando los resultados que las políticas públicas tienen en la salud de la población y con una apuesta firme por el fortalecimiento del SNS. Por ello, el Gobierno de España ha incluido la renovación y ampliación de las capacidades del SNS en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en su componente 18. Éste, tal y como se especifica en el mencionado Plan, pretende corregir las debilidades estructurales detectadas y adaptar el sistema sanitario a los retos y desafíos identificados. Su objetivo es tener un modelo sanitario más robusto, flexible y resiliente. La consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad es una de las cinco reformas incluidas en dicho Plan.

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

El texto de este anteproyecto de ley se compone de una exposición de motivos, cinco artículos, una disposición adicional única, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria única y seis disposiciones finales. Comporta la modificación de distintas normas, por lo que la exposición de motivos se desarrolla, para una mejor comprensión del texto, en función de los artículos que contiene el anteproyecto.

El *artículo primero* contempla la modificación de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* para facilitar el continuo fortalecimiento de las estructuras sanitarias públicas. Parte del concepto de que lo que es de todos y de todas es para todos y para todas, mediante el establecimiento como fórmulas de gestión preferente de la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios, aquellas que sean de gestión directa de carácter público. Tal y como se establece en la *Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014*, el recurso excepcional a otras fórmulas de gestión habrá de contar obligatoriamente con una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario social y económico la necesidad de acudir a ellas. Esta modificación se acuna en los principios que la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Salud*, como no puede ser de otra forma, incorporó al ámbito del SNS: un modelo de organización de los centros y servicios sanitarios caracterizado, fundamentalmente, por la gestión directa, tradicional en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Todo ello, sin perjuicio y sin afectar, como así viene siendo, al régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares y sus beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas. La motivación, en definitiva, de esta reforma de la *Ley 14/1986, de 25 de abril*, radica en explicitar, sin fisuras, la relevancia que para la política sanitaria de nuestro país



tiene el sistema sanitario público, el SNS y, en definitiva, la necesaria inversión pública que se debe seguir realizando en el derecho a la protección de la salud, universal y gratuito, sin diferencias ni desigualdades entre individuos, bajo los principios de cohesión, equidad, excelencia, eficiencia y seguridad.

En el *artículo segundo* se modifica la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* con varios objetivos de gran calado, siendo estos:

- A) En relación al acceso universal al SNS, persigue ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares que les acompañen y garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. Adicionalmente incluye, dentro de los supuestos que permiten ser titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación.

Es objetivo de este Gobierno que el derecho a la protección de la salud alcance a los colectivos citados, como expresión de una política activa de ampliación de derechos que benefician, no solo a la salud individual, sino a la salud del conjunto de la ciudadanía española, minimizando las desigualdades en salud y garantizando la mejor salud para todos y para todas.

El *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* fue un paso importante en esta dirección. Supuso un cambio de modelo en la atención sanitaria del SNS, fundamentalmente porque la titularidad del derecho a la asistencia pasó a basarse en la condición de ciudadanía y su reconocimiento, y se desligó de la condición de asegurado o de beneficiario. Mediante esta norma se ha reconocido que todas las personas no registradas ni autorizadas como residentes en nuestro país que se encuentran en España tienen derecho a la protección a la salud en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española. Este colectivo, por tanto, ha visto recuperado su derecho a la protección de la salud tras el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, que únicamente dejó una vía de acceso a la asistencia sanitaria para este colectivo: la atención urgente.

Tras la publicación e implementación del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio*, distintos colectivos del ámbito asociativo, como la red de colectivos, movimientos, organizaciones y personas implicadas en la defensa del acceso universal a la salud, han puesto de manifiesto, mediante distintos informes, situaciones que muestran falta de homogeneidad en la aplicación de este Real Decreto-ley, y que visualizan fisuras en el acceso universal al SNS.

En relación a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cabe destacar que en la actualidad estos colectivos ya disponen de cobertura sanitaria por lo establecido en las disposiciones adicionales cuarta y quinta, respectivamente, del *Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a*



través del Sistema Nacional de Salud, pero no se encuentran incluidas en el artículo que regula esta condición en la normativa sanitaria española, por lo que se considera oportuno su inclusión.

Por lo expuesto, la situación actual requiere que, con la modificación presente, se asegure que todas las personas que viven en España tengan acceso al sistema sanitario público y que éste sea efectivo en todos los centros de salud y hospitales de nuestro país.

B) En relación a la cartera común de servicios del SNS se pretende recuperar la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios y clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la misma.

La cartera común de servicios del SNS es un instrumento esencial para la equidad de la ciudadanía en el acceso de las prestaciones sanitarias basadas en la mejor evidencia científica disponible. Una de las modificaciones que introdujo el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, fue la división de la cartera de servicios comunes del SNS en tres tipos de carteras: la cartera básica de servicios asistenciales, la suplementaria (comprende la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, la prestación dietoterápica y el transporte sanitario no urgente) y la de servicios accesorios, en la que además, se especificaba, en cada una de ellas, si conllevaba aportación del usuario para su prestación o no, modificándose así el artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* y troceándolo en 5 artículos (8, 8bis, 8ter, 8quater y 8 quinquies). Dicha modificación dividió la cartera común de servicios en modalidades que se copagaban o no, abriendo la posibilidad de establecer nuevos copagos en prestaciones que hasta entonces carecían de ellos, tales como el transporte sanitario no urgente y los productos dietoterápicos, así como modificar los existentes, como en los productos ortoprotésicos ambulatorios dado que, si bien la prestación ortoprotésica ambulatoria está sujeta a aportación, no lo hace mediante el patrón de aportación definido para la prestación farmacéutica.

Por tanto, para agrupar conceptualmente la cartera común de servicios del SNS y evitar que, en base a lo establecido por el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril*, puedan incorporarse nuevos copagos sanitarios a la población española, se pretende reestablecer la cartera común de servicios, como una única cartera cuya provisión estará cubierta de forma completa por financiación pública, estableciéndose la misma aportación que en la actualidad en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte del usuario y se regirán por su normativa específica.

Asimismo, se redefine la cartera para incluir y visualizar, de forma inequívoca, que las prestaciones de salud pública forman parte de la cartera común de servicios del SNS y que deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población. En este apartado, además se considera relevante poner de manifiesto que la prestación del servicio sanitario se debe realizar garantizando el derecho a la participación en salud, que no solo se debe satisfacer de forma individual, sino también colectiva y con representación institucional en los órganos del SNS. Por ello, además de incluirse en la definición de la cartera, se materializa la participación de la ciudadanía en los órganos de asesoramiento del SNS como



paso adelante a la buena gobernanza de nuestro sistema sanitario público. Esta cuestión se detalla en el siguiente apartado.

Por último, con objeto de clarificar, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual, se modifican los artículos 13 y 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Todo ello en base a lo dispuesto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que regula en sus anexos el contenido de cada una de las carteras de servicios. Así pues, se incluye idéntica definición a la recogida en el apartado 8 del anexo III del Real Decreto citado. Todo ello, para evitar posibles interpretaciones en el término “recuperable” que pudieran producir situaciones en su aplicación que no abordaran la globalidad de lo que comprende.

C) En lo relativo a la participación ciudadana en el SNS, el objetivo es incorporar a los/las pacientes y a la población en los órganos de asesoramiento del SNS.

La participación ciudadana contribuye a mejorar la salud de las personas y de las organizaciones, disminuye las desigualdades sociales, enriquece el contenido de las políticas públicas y legitima la toma de decisiones en el proceso de elaboración de políticas sanitarias.

En España queda margen de mejora para ampliar y hacer más efectivo el derecho a la participación en salud recogido por nuestro marco legal. En concreto, se recoge en los artículos 53 y 58 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, que establecen los Consejos de Salud como órganos donde se debe articular la participación de la ciudadanía a través de su representación por las corporaciones locales. Asimismo, en el capítulo IX de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, se establece la participación de las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones en el denominado “Foro Abierto de Salud”, siendo un órgano que se constituirá, con carácter temporal, para el estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud.

Por último, en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, se establece en su artículo 5 el derecho de participación, entendiendo como tal el derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen.

En nuestro país existe una larga trayectoria de movimientos organizados de pacientes y ciudadanía que esperan poder mejorar activamente el sistema sanitario público y que su perspectiva esté integrada en la toma de decisiones.

Por ello, se considera necesario y oportuno incrementar y mejorar la participación ciudadana en el ámbito de las políticas de salud a través de su incorporación en el Comité Consultivo del SNS. Este Comité es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el SNS, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones que lo componen.



D) Respecto a la necesaria coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, lo que se persigue con la modificación es la especificación de mecanismos estructurales que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas.

Como es conocido, una de los aspectos que España ha vivido de forma dramática durante la pandemia, es la necesidad de disponer de estructuras que faciliten una coordinación efectiva entre los ámbitos social y sanitario en todo el territorio nacional.

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

Cabe destacar que la pandemia ha posicionado esta necesidad en mayores cotas de priorización, pero siempre ha sido preciso su abordaje, incluyendo al ámbito educativo cuando se precise, fundamentalmente en la prevención, porque la persona requiere de una atención integrada que no puede compartimentarse entre lo social o lo sanitario.

El artículo tercero modifica el *Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados* para que sea de aplicación efectiva la modificación relativa realizada en el artículo 3.2.d) de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* y así, los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen tengan derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.

Por otra parte, como consecuencia de la modificación descrita en el artículo segundo, en lo relativo a mantener la aportación actual del usuario en la prestación ortoprotésica, se incluye el artículo cuarto que modifica el *Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica*, donde, además se homogeneizan los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica. Todo ello, porque los colectivos exentos de la aportación farmacéutica han aumentado en los dos últimos años, bajo el objetivo de eliminar las barreras económicas que supone el copago para el acceso a los medicamentos que los pacientes necesitan y son prescritos por los médicos del sistema sanitario público. En concreto son los establecidos en el artículo 102.8, apartados: f) personas beneficiarias del ingreso mínimo vital; g) personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%; h) personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción; e i) pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros, del *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*.



El artículo quinto pretende modificar Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, para posibilitar el desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA). Es un fondo extrapresupuestario que está destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de titulares de derecho en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales y tiene por objeto garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud. A pesar del tiempo transcurrido desde la entrada en vigor del Real Decreto-ley citado, el desarrollo reglamentario necesario no se ha producido ante la falta de consenso de las comunidades autónomas con lo contemplado en su artículo 3.5 respecto a que el importe de las cuantías a liquidar en los supuestos de desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes) se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del Sistema de Cuentas de Salud. Esta falta de desarrollo ha sido indicada por el Tribunal de Cuentas en el último "informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Ejercicio 2017". Asimismo, se produjeron otros desacuerdos al respecto, tales como que no se compensaran los gastos derivados de los ingresos hospitalarios en caso de estancias de corta duración o la atención a urgencias.

Hasta el momento, solo se ha aplicado la compensación de manera parcial, compensando la asistencia de atención primaria y la prestación farmacéutica dispensada mediante receta oficial en las oficinas de farmacia, sin considerar el tiempo del desplazamiento ni otros tipos de asistencia ni de prestación farmacéutica, como la dispensación de medicamentos en centros sanitarios.

Por tanto, la supresión del apartado 5 del artículo 3 pretende facilitar el consenso necesario para poder efectuar el desarrollo reglamentario que la aplicación de este fondo requiere.

En la *disposición adicional única* se pretende autorizar la creación del consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS), para potenciar el desarrollo de sus actividades y posicionarla como un ejemplo de co-gobernanza en la evaluación de tecnologías y prestaciones sanitarias tanto en el ámbito nacional como internacional. Actualmente se encuentra limitada al no contar con personalidad jurídica propia y diferenciada, lo que le impide la competencia como Red, debiendo ser las Agencias, con una menor entidad, las que compitan por recursos económicos y el liderazgo de proyectos internacionales. Así pues, el Plan Estratégico 2021-2025, que actualmente está elaborando la RedETS, ha identificado esta falta de identidad jurídica como una de sus principales debilidades, cuya solución es objeto de esta disposición. Cabe recordar que la RedETS, creada en 2012 por acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, está formada por los organismos públicos de evaluación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas. La RedETS desarrolla una evaluación independiente, participativa y transparente bajo un marco metodológico común, sujeta a revisión por expertos externos, y basado en el mejor conocimiento científico disponible. Es un órgano de asesoramiento científico-técnico clave para el SNS que se organiza funcionalmente como un órgano colegiado, denominado Consejo de la Red, formado por las personas titulares de las direcciones de las agencias o unidades de evaluación de las agencias, siendo coordinada por el Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

Las agencias son: Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS); Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-Osteba, Gobierno Vasco; Agencia Gallega de Gestión del Conocimiento en Salud (Avalia-t, ACIS); Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de



Salud (SESCS); Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Comunidad de Madrid y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III.

En relación a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido (TODF), contemplada en la *disposición final quinta*, los objetivos que se persiguen son incrementar la igualdad efectiva en el acceso al TODF, posibilitando el desarrollo reglamentario de unos criterios de acceso, objetivos y transparentes, establecidos en el SNS, así como, consolidar en nuestro ordenamiento jurídico que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación, tal y como se establece en la *Directiva 2011/24/UE del Parlamento europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y su normativa de desarrollo*.

Por último, se especifica el contenido de las restantes disposiciones:

La *disposición transitoria primera* establece las cuantías a liquidar por los servicios de salud derivadas de desplazamientos temporales del Fondo de Garantía Asistencial, mientras no se lleve a cabo el desarrollo reglamentario previsto, siendo de aplicación los importes de las cuantías a liquidar en función de las modalidades de desplazamientos vigentes a la entrada en vigor de esta Ley.

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

La *disposición derogatoria única*, establece la derogación de cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en esta ley y la derogación expresa de: 1) la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud; 2) los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quáter de la Ley 16/2003, que fue modificada por el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, como consecuencia de la modificación realizada en el artículo segundo que, entre otras, recupera la cartera común de servicios del SNS sin segmentaciones que puedan posibilitar la introducción de copagos sanitarios nuevos a la ciudadanía española; 3) la disposición final segunda del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio*, con objeto de que los criterios que se proponen desarrollar reglamentariamente para el acceso a la lista de espera de trasplante de órgano de donante fallecido sean aplicables a toda la población susceptible de beneficiarse.

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

La *disposición final segunda* salvaguarda el rango normativo de algunas de las normas que modifica la presente ley, con el fin de que sigan ostentando rango reglamentario.

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

La *disposición final cuarta* se refiere a las referencias normativas hechas en otras normas al concepto de cartera común básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria o cartera común de servicios accesorios a los efectos de la prestación de la asistencia sanitaria, que se entenderán como cartera común



de servicios, según se establece en la propuesta de modificación realizada en el artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*.

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

Por último, la *disposición final sexta* determina el momento de entrada en vigor de la Ley, que tendrá lugar el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

II

Con esta norma se avanza en el cumplimiento de las metas establecidas en los objetivos 3 y 10 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, es decir, garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades y reducir las desigualdades y que nadie se quede atrás.

Esta Ley responde a los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia, y eficiencia, tal y como exige la *Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*. A estos efectos se pone de manifiesto el cumplimiento de los principios de necesidad y eficacia dado el interés general en el que se fundamentan las medidas que se establecen, y que tienen como fin último la protección de la salud de la población. La norma es acorde con el principio de proporcionalidad al contener la regulación imprescindible para la consecución de los objetivos previamente mencionados, ya que las medidas que ahora se regulan resultan proporcionadas al bien público que se trata de proteger. Igualmente, se ajusta al principio de seguridad jurídica, siendo coherente con el resto del ordenamiento jurídico. En relación con el principio de eficiencia, esta Ley no impone cargas administrativas que no estén justificadas para la consecución de sus fines.

La presente norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 1.^a y 149.1. 16.^a de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, así como en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

DISPONGO

Artículo primero. *Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.*

Uno. Se adiciona el artículo 47, en los siguientes términos:

“Artículo 47. Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud

1. En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o



indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho.

En el marco de lo establecido por las leyes, corresponderá al Gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas -en los ámbitos de sus respectivas competencias-, determinar las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados.

2. La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la presente Ley.

3. En el marco de la gestión del Sistema Nacional de Salud, la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios se llevará a cabo preferentemente mediante la fórmula de gestión directa de carácter público. El recurso excepcional a otras fórmulas de gestión habrá de contar obligatoriamente con una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario social y económico la necesidad de acudir a ellas, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios y demás criterios previstos en la presente Ley.”

Dos. Se adiciona el artículo 90.bis, en los siguientes términos:

“Artículo 90.bis. Régimen jurídico de los consorcios sanitarios.

1. Los consorcios sanitarios cuyo objeto principal sea la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud están adscritos a la Administración sanitaria responsable de la gestión estos servicios en su ámbito territorial de actuación y su régimen jurídico es el establecido en esta disposición y, subsidiariamente, en aquello no regulado en esta Ley, la normativa que regula con carácter general el resto de consorcios administrativos.

2. Los consorcios sanitarios están sujetos al régimen de presupuestación, contabilidad y control de la Administración sanitaria a la que estén adscritos, sin perjuicio de su sujeción a lo previsto en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. En todo caso, se llevará a cabo una auditoría de las cuentas anuales que será responsabilidad del órgano de control de la Administración sanitaria a la que este adscrito el consorcio.

3. El personal al servicio de los consorcios sanitarios podrá ser funcionario, estatutario o laboral procedente de las Administraciones participantes o laboral en caso de ser contratado directamente por el consorcio. El personal laboral contratado directamente por los consorcios sanitarios adscritos a una misma Administración se someterá al mismo régimen. El régimen jurídico del personal del consorcio será el que corresponda de acuerdo con su naturaleza y procedencia.”

Artículo segundo. *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*

Se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, en los siguientes términos:

Uno. El artículo 3 queda redactado de la siguiente forma:

“Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.

1. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español.



Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.

2. Para hacer efectivo el derecho al que se refiere el párrafo primero del apartado 1 con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, las personas titulares de los citados derechos deberán encontrarse en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español.
- b) Tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.
- c) Ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.
- d) Ser persona con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen.

A los efectos indicados, se entenderá que son familiares con derecho a asistencia sanitaria:

1.^a El/La cónyuge o el/la conviviente con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.

2.^a Las personas descendientes o las de su cónyuge o las de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquella y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65 por ciento.

Para que las personas contempladas en la letra d) reciban atención sanitaria con cargo a fondos públicos, esta atención no podrá constituir el motivo de su desplazamiento.

e) Ser persona solicitante de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezca en esta situación.

f) Ser víctima de trata de seres humanos cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante el período de restablecimiento y reflexión, mientras permanezca en esta situación.

3. Aquellas personas que de acuerdo con el apartado 2 no tengan derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, podrán obtener dicha prestación mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

4. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares y sus beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público serán adscritas a los servicios de salud de las comunidades autónomas o al INGESA, según corresponda, que les facilitarán, conforme a las normas legales y de procedimiento que rijan en el ámbito de dichos servicios, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se financiará conforme a lo previsto en el artículo 10, con la singularidad en la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficinas de farmacia que se recoge en su normativa específica.

Por su parte, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados



por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado al pago, de acuerdo a la normativa vigente.”

Dos. El artículo 3bis queda redactado de la siguiente forma:

“Artículo 3 bis. Reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.

1. La competencia para el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad con la colaboración de las entidades y administraciones públicas imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos a los que se refiere el artículo 3.2. Reglamentariamente se determinarán los procedimientos para ejercer el reconocimiento y control del derecho, cuya gestión podrá estar atribuida a otros órganos o entidades de las administraciones públicas.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo anterior, el reconocimiento y la gestión de la asistencia sanitaria en los supuestos a que se refiere el artículo 3.2. e) y f) será competencia de las comunidades autónomas y el INGESA.

Por su parte, el reconocimiento y la gestión de los derechos de asistencia sanitaria derivados de las normas internacionales de coordinación de los sistemas de seguridad social, así como las demás funciones atribuidas por dichas normas a las instituciones competentes y organismos de enlace, corresponderán al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina.

2. Una vez reconocido el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, éste se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual o del documento que en cada caso corresponda.

3. El Ministerio de Sanidad y las entidades y administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, podrán acceder telemáticamente a los datos referentes a la situación administrativa de los extranjeros sin contar con el consentimiento del interesado, así como a los datos que resulten imprescindibles para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.

Del mismo modo, el Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, podrán tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras, servicios comunes y órganos de las administraciones públicas competentes que resulten imprescindibles para verificar la concurrencia del reconocimiento y control del citado derecho. La mencionada cesión de estos datos no precisará del consentimiento del interesado.

El Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, tratarán la información a la que se refieren los dos párrafos anteriores con la finalidad de comunicar a las administraciones sanitarias competentes los datos necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y atención sanitaria con cargo a fondos públicos, sin precisar para ello del consentimiento del interesado.

Cualquier modificación o variación que puedan comunicar el Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, deberá surtir los efectos que procedan en la tarjeta sanitaria individual o en el documento que en cada caso corresponda.”

Tres. El artículo 3ter queda redactado de la siguiente forma:

“Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.



1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1, con especial atención en los siguientes supuestos:

- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.
- A las embarazadas en el embarazo, parto y postparto.
- A las menores de dieciocho años.

2. La citada asistencia será con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes siempre que dichas personas cumplan todos los siguientes requisitos:

a) No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable.

b) No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.

c) No existir un tercero obligado al pago.

3. La asistencia sanitaria a la que se refiere este artículo no genera un derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio español financiada con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas internacionales en materia de seguridad social aplicables.

4. Las comunidades autónomas y el INGESA, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo.

En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en España menos de 90 días, acreditada esta duración temporal por un documento válido para las entidades gestoras de los servicios de salud, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas o del INGESA. La atención sanitaria no podrá constituir el motivo de su desplazamiento.

En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde su solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago.

5. Las comunidades autónomas y el INGESA deberán comunicar al Ministerio de Sanidad, mediante el procedimiento que se determine, los documentos certificativos que se expidan en aplicación de lo previsto en este artículo.”

Cuatro. El artículo 8 queda redactado de la siguiente forma:

“Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente o ambulatoriamente, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios, entendiéndose como tales las actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico. Asimismo, quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública. Todas ellas basadas en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población.



2. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante Real Decreto.

3. La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en la persona, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta y el derecho a la participación en salud.

4. La cartera común de servicios está financiada en su totalidad con cargo a los fondos públicos, salvo las singularidades establecidas en la normativa específica en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte del usuario.

5. Para las prestaciones ortoprotésica, de productos dietoterápicos y de servicios accesorios se aprobarán, por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final.

6. El Ministerio de Sanidad realizará anualmente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.”

Cinco. El artículo 13 queda redactado de la siguiente forma:

“Artículo 13. Prestación de atención especializada.

1. La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

2. La atención sanitaria especializada comprenderá:

- a) La asistencia especializada en consultas.
- b) La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
- c) La hospitalización en régimen de internamiento.
- d) El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.
- e) La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- f) La atención paliativa a enfermos terminales.
- g) La atención a la salud mental.
- h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.

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

Seis. El artículo 14 queda redactado de la siguiente forma:



“Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral.

2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el INGESA determine y en cualquier caso comprenderá:

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

4. Esta coordinación será reforzada mediante la constitución de órganos de coordinación sociosanitaria en cada comunidad y ciudad autónoma que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados.”

Siete. El artículo 67 queda redactado de la siguiente forma:

“Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.

1. La participación social en el Sistema Nacional de Salud se ejercerá a través de:

- a) El Comité Consultivo.
- b) El Foro Abierto de Salud.
- c) El Foro Virtual.

2. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas en el Sistema Nacional de Salud, así como de las organizaciones de pacientes y ciudadanas más representativas en dicho nivel.

Sus funciones serán la de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, sobre:

1.º Los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico.

2.º Los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta.

3.º Las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario.

4.º Los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política del personal del Sistema Nacional de Salud.



5.º Cuantas otras materias le atribuya el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

El Comité Consultivo recibirá los anteproyectos de ley y los proyectos de disposiciones generales en materia sanitaria elaborados por la Administración General del Estado, así como los informes anuales sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, los análisis y estudios que se elaboren sobre las prestaciones a las cuales se refiere el capítulo I de esta ley y se remitan al Consejo Interterritorial ; asimismo, por iniciativa propia o del Consejo Interterritorial, formulará propuestas de cuantas medidas estime oportunas acerca de la política sanitaria.

El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe la persona titular del Ministerio de Sanidad. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:

- a) Nueve representantes de la Administración General del Estado.
- b) Nueve representantes de las comunidades autónomas.
- c) Seis representantes de la Administración local.
- d) Ocho representantes de las organizaciones empresariales.
- e) Ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.
- f) Ocho representantes de las organizaciones de pacientes y de las organizaciones ciudadanas más representativas en el ámbito estatal.

3. El Foro Abierto de Salud se constituirá, con carácter temporal, a convocatoria de la persona titular del Ministerio de Sanidad, para el estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud. En él podrán participar las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones que en cada momento se determine según la materia a tratar.

4. El Foro Virtual se mantendrá a través de la red informática.”

Artículo tercero. *Modificación del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados.*

El artículo 26 del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, queda redactado en los siguientes términos:

“Artículo 26. Asistencia sanitaria para españoles de origen desplazados temporalmente al territorio nacional y para los familiares que les acompañen.

Los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen tendrán derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.”

Artículo cuarto. *Modificación del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.*

Se modifica el Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, en los siguientes términos:

Uno. El artículo 9 queda redactado de la siguiente forma:

“Artículo 9. Aportación del usuario.



1. La aportación de los usuarios será la señalada en el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

2. Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que en el momento de la dispensación pertenezcan a una de las categorías exentas de la aportación en la prestación farmacéutica.

3. Las personas titulares y sus beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por las mutualidades de funcionarios les será de aplicación lo dispuesto en el apartado 1, si bien estarán exentas de aportación para los tratamientos derivados de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional. “

Dos. La disposición adicional segunda queda redactada de la siguiente forma:

“Disposición adicional segunda. Prestación ortoprotésica de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por las mutualidades de funcionarios.

Las comunidades autónomas y el INGESA facilitarán la prestación ortoprotésica a las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por las mutualidades de funcionarios que hubieran sido adscritas a sus correspondientes servicios de salud por el procedimiento establecido. Esta prestación estará sujeta a las mismas condiciones que los usuarios de la correspondiente comunidad o INGESA, excepto en lo relativo a la aportación que será la prevista en el artículo 9.3”

Artículo quinto. *Modificación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.*

El artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, queda redactado en los siguientes términos:

“Artículo 3. Fondo de Garantía Asistencial.

1. Se crea el Fondo de Garantía Asistencial, con carácter extrapresupuestario, con el objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de personas que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

2. El Fondo de Garantía Asistencial estará destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común de servicios a las personas que son titulares del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales.

3. Con el fin de realizar una adecuada gestión y seguimiento del Fondo de Garantía Asistencial, se procederá a establecer los mecanismos de reconocimiento de estas personas en el sistema de información de tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud.

4. La determinación de los supuestos, tipos de atención sanitaria e importes a liquidar a cada servicio de salud se establecerá mediante disposición reglamentaria al efecto.”

Disposición adicional única. *Consortio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.*

1. Se autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad, a través del órgano competente de su coordinación.



2. El consorcio se creará mediante convenio suscrito por los órganos participantes anteriormente mencionados y no podrá suponer aumento neto de los gastos de personal.

Disposición transitoria primera. *Cuantías a liquidar por los servicios de salud derivadas de desplazamientos temporales.*

Hasta que se apruebe el desarrollo reglamentario previsto en el artículo 3.4, seguirán siendo de aplicación los importes de las cuantías a liquidar en función de las modalidades de desplazamientos vigentes establecidos en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril.

Disposición transitoria segunda. *Régimen transitorio para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.*

1. En tanto no se apruebe el reglamento previsto en el artículo 3.bis.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social el reconocimiento y control de la condición de titular del derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, siendo de aplicación los procedimientos y sistemas de gestión existentes a la entrada en vigor de esta ley.

2. Corresponderá al Instituto Social de la Marina, en los términos previstos en el párrafo anterior, el reconocimiento y control de la condición de titular del derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria con cargo a fondos públicos cuando el citado titular pertenezca al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en esta ley.

En particular, queda derogada la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud, los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quater de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y la disposición final segunda del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

Disposición final primera. *Título competencial.*

Esta ley se dicta al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.1.^a y 149.1.16.^a de la Constitución Española.

Disposición final segunda. *Cláusula de salvaguardia para modificaciones de normas de rango inferior.*

Se mantiene el rango reglamentario de las siguientes normas modificadas por esta ley:

b) Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados.

c) Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.

Disposición final tercera. *Habilitación normativa.*



Se autoriza al Consejo de Ministros y a la persona titular del Ministerio de Sanidad, en el ámbito de sus competencias, para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean necesarias para el desarrollo de esta ley, así como para acordar las medidas necesarias para garantizar su efectiva ejecución e implantación.

Disposición final cuarta. *Referencias normativas.*

Las referencias hechas en otras normas al concepto de cartera común básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria o cartera común de servicios accesorios a los efectos de la prestación de la asistencia sanitaria se entenderán realizadas a la cartera común de servicios, según se establece en el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

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

Se reconoce la excepcionalidad del trasplante de órganos de donante fallecido, debido a su subordinación a la disponibilidad de órganos. Con independencia de lo dispuesto en el artículo 3.3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, y sin perjuicio de lo establecido en el artículo 23 de dicha ley, ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación. En todo caso, para el acceso a dicha lista, será necesario cumplir los requisitos que se desarrollen reglamentariamente.

Disposición final sexta. *Entrada en vigor.*

Esta ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

ELÉVESE AL CONSEJO DE MINISTROS
Madrid,

LA MINISTRA DE SANIDAD

Carolina Darias San Sebastián

**MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL
ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS
NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y
COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

I. FICHA DEL RESUMEN EJECUTIVO.

Ministerio/Órgano proponente	Ministerio de Sanidad	Fecha	15 de noviembre de 2021
Título de la norma	ANTEPROYECTO DE LEY POR EL QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD		
Tipo de Memoria	normal X <input type="checkbox"/> abreviada <input type="checkbox"/>		
OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA			
Situación que se regula	<p>- En la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se pretende establecer modificaciones que faciliten el fortalecimiento del sistema sanitario público estableciendo como fórmulas de gestión preferente de la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios aquellas que sean de gestión directa de carácter público.</p> <p>- En la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se pretende establecer modificaciones que permitan consolidar la equidad, la cohesión y la universalización del SNS, regulando los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen.. • Aplicación homogénea en la efectividad del derecho a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. 		

- Recuperación de la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios.
- Clarificación de la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública.
- Establecimiento de las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.
- Incorporación de la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas.
- Incorporación de la voz de los/las pacientes y de la población en los órganos de asesoramiento del Sistema Nacional de Salud.
- Clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.

- En el [Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones](#), se pretende suprimir el apartado 5 del artículo 3, relativo al Fondo de Garantía Asistencial (FOGA), que recoge el importe de las cuantías a liquidar en relación con los desplazamientos de larga y corta duración para así poder desarrollar el desarrollo reglamentario que el FOGA requiere.

- En el [Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica](#), se pretende establecer las garantías necesarias para que la aportación ortoprotésica de las personas que requieren de productos ortoprotésicos no sea superior a la actual así como equiparar los colectivos de personas que están excluidos de aportación en la prestación ortoprotésica y farmacéutica.

	<p>- Por otra parte, se pretende regular:</p> <p>1) Autorización de la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia y diferenciada, para el desarrollo de las actividades de la citada Red, integrada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y de las Comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad.</p> <p>2) En relación con la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido (TODF), estando regulado su carácter excepcional dada la necesaria disponibilidad para ello en la normativa vigente, se pretende la habilitación del desarrollo de criterios para su acceso, así como consolidar en nuestro ordenamiento jurídico que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.</p>
<p>Objetivos que se persiguen</p>	<p>Los <u>objetivos generales</u> que persigue la norma son establecer medidas que consoliden la equidad, la cohesión y la universalización en el Sistema Nacional de Salud, incorporando aquellas que minimicen las desigualdades en salud sin dejar a nadie atrás y que refuercen estructuralmente la cooperación entre las distintas estructuras y ámbitos para abordar de forma holística las necesidades en salud de la población ante los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos que se presentan.</p> <p>En concreto, los <u>objetivos específicos</u> son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el fortalecimiento del sistema sanitario público estableciendo como fórmulas de gestión preferente de la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios aquellas que sean de gestión directa de carácter público. - Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares. - Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España. - Recuperar la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios

accesorios, así como la clarificación de la inclusión en las prestaciones incluidas en la misma de aquellas que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública.

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

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

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

- Incorporar a los/las pacientes y a la población en los órganos de asesoramiento del Sistema Nacional de Salud. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones que lo componen.

- Garantizar una interpretación homogénea de la norma, clarificando que en la prestación de atención especializada y sociosanitaria la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.

- Blindar la aportación de los usuarios en la prestación ortoprotésica ambulatoria señalada en el anexo VI del [Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización](#), y equiparar los colectivos de personas que están excluidos de aportación en la prestación ortoprotésica y farmacéutica.

	<p>- Fortalecer la cohesión y la equidad en el SNS facilitando la viabilidad del desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial, suprimiendo el apartado 5 del artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, que recoge el importe de las cuantías a liquidar en relación con los desplazamientos de larga y corta duración, con objeto de posibilitar su desarrollo reglamentario.</p> <p>- Potenciar el desarrollo de las actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, así como posicionarla como un ejemplo de co-gobernanza en la evaluación de tecnologías y prestaciones sanitarias tanto en el ámbito nacional como internacional, mediante la autorización de la creación de un consorcio.</p> <p>- En relación a la prestación de TODF, los objetivos son:</p> <p>a) Incrementar la igualdad efectiva en el acceso al TODF posibilitando el desarrollo reglamentario de unos criterios de acceso al mismo.</p> <p>b) Consolidar en nuestro ordenamiento jurídico que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.</p>
<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>Los objetivos a alcanzar exigen de una solución regulatoria y, dado que se introducen modificaciones en normas con rango de Ley, no queda más alternativa que promulgar una norma con este rango.</p>
<p>CONTENIDO Y ANÁLISIS JURÍDICO</p>	
<p>Tipo de norma</p>	<p>Ley.</p>
<p>Estructura de la Norma</p>	<p>La norma se estructura en una exposición de motivos, cinco artículos, una disposición adicional única, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria única y seis disposiciones finales.</p>
<p>Informes recabados</p>	<p>Informe del Ministerio de Sanidad de conformidad con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.</p>

Informes de los siguientes Departamentos Ministeriales de acuerdo con el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre:

Ministerio de Ciencia e Innovación

Ministerio de Industria, Comercio y Turismo

Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación

Ministerio de Trabajo y Economía Social

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030

Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.

Ministerio de Defensa.

Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana

Ministerio de Educación y Formación Profesional

Ministerio de Consumo

Ministerio del Interior

Ministerio de Hacienda y Función Pública

Informe de la Oficina de Coordinación y Calidad Normativa, dependiente del Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, en aplicación de lo previsto en el artículo 26.9, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

Informe del Ministerio de Política Territorial conforme a lo previsto en el artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

Aprobación previa del Ministerio de Hacienda y Función Pública de acuerdo con el artículo 26.5, párrafo quinto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

Informe de la Comisión Ministerial de Administración Digital.

Informe del Consejo de Consumidores y Usuarios.

Informe de la Agencia Española de Protección de Datos.

	<p>Informe de las comunidades autónomas y de las ciudades de Ceuta y de Melilla y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.</p> <p>Informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Comité Consultivo.</p> <p>Informe de las Mutualidades de funcionarios MUFACE, MUGEJU e ISFAS.</p> <p>Dictamen del Consejo Económico y Social</p> <p>Asimismo, el anteproyecto va a ser sometido al dictamen del Consejo de Estado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21.10 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado.</p> <p>Tras su aprobación por el Consejo de Ministros, como Proyecto de ley, será remitido al Congreso de los Diputados, conforme a lo dispuesto en el artículo 88 de la Constitución Española.</p>	
Trámite de consulta pública previa	Se ha sometido a consulta pública previa en cumplimiento del artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre. Fue llevada a cabo del 19 de octubre al 19 de noviembre de 2020.	
Trámite de audiencia	Se prevé audiencia e información pública en coherencia con el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.	
ANALISIS DE IMPACTOS		
ADECUACIÓN AL ORDEN DE COMPETENCIAS	La presente norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 1.ª y 149.1. 16.ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva de regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, así como en materia de bases y coordinación general de la sanidad.	
IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO	Efectos sobre la economía en general.	Por su propia naturaleza, esta ley no va a tener impacto directo negativo ni sobre el empleo, ni sobre la productividad o la innovación. No se prevé un impacto en la economía general.

		<p>Sí se prevé un impacto positivo en la economía de las personas que se vean exentas de la aportación ortoprotésica, dado que en la modificación del artículo 9 del Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, se propone homogeneizar los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica.</p> <p>Asimismo se prevé un impacto positivo para aquellas personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen, dado que aquellas que actualmente estuvieran pagando un seguro médico para acceder a la asistencia sanitaria en nuestro país, dejarán de abonarlo.</p>
	<p>En relación con la competencia.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> la norma no tiene efectos significativos sobre la competencia.</p> <p><input type="checkbox"/> la norma tiene efectos positivos sobre la competencia.</p> <p><input type="checkbox"/> la norma tiene efectos negativos sobre la competencia.</p>
	<p>Desde el punto de vista de las cargas administrativas</p>	<p><input type="checkbox"/> supone una reducción de cargas administrativas. Cuantificación estimada: _____</p> <p><input type="checkbox"/> incorpora nuevas cargas administrativas. 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"/> X Se estima un gasto de 1.749.543,08 euros/año.</p> <p><input type="checkbox"/> Implica un ingreso</p>
IMPACTO DE GÉNERO	La norma tiene un impacto de género	<p>Negativo <input type="checkbox"/></p> <p>Nulo <input type="checkbox"/></p> <p>Positivo <input checked="" type="checkbox"/></p>
IMPACTO SOBRE LA INFANCIA, ADOLESCENCIA Y LA FAMILIA	<p>Se prevé que el impacto sobre la infancia y la adolescencia sea positivo, esperándose que la salud de los menores mejore, fundamentalmente porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los menores se van a ver beneficiadas en las medidas relativas a la ampliación de derecho a la asistencia sanitaria. - De forma directa, los menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33% van a quedar exentos de la aportación ortoprotésica <p>Asimismo se espera un impacto positivo en la familia, siendo de especial relevancia la exención de la aportación ortoprotésica para determinados colectivos, al equipararlo a la exención de la prestación farmacéutica, dado que conlleva un impacto positivo en las familias de los colectivos que se beneficiarán de esta medida: personas beneficiarias del ingreso mínimo vital, menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %, personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción y los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros y los que, en el caso de no estar obligados a presentar declaración de la renta, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.</p>	

<p>OTROS IMPACTOS CONSIDERADOS</p>	<p>Se prevé que el impacto las personas con discapacidad sea positivo, esperándose que la salud de estas mejore, especialmente y de forma directa, en los menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33% van a quedar exentos de la aportación ortoprotésica.</p> <p>Se espera que el impacto sobre la salud de la población sea positivo dado que objetivos generales que persigue la norma son establecer medidas que consoliden la equidad, la cohesión y la universalización en el Sistema Nacional de Salud, incorporando aquellas que permitan minimizar las desigualdades en salud para no dejar a nadie atrás y que refuercen estructuralmente la cooperación entre las distintas estructuras y ámbitos para abordar de forma holística las necesidades en salud de la población ante los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos que se presentan.</p> <p>No se prevé impacto medioambiental.</p>
<p>OTRAS CONSIDERACIONES</p>	<p>La consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad es una de las reformas incluidas en el Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Asimismo, la entrada en vigor de esta norma el hito CID #275, estableciéndose como plazo el cuarto trimestre de 2023.</p>

MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL ANTEPROYECTO DE LEY POR LA QUE SE MODIFICAN DIVERSAS NORMAS PARA CONSOLIDAR LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

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

II. OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA.

1) MOTIVACIÓN.

a) *Causas de la propuesta*

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

- a.1. En relación con la modificación introducida en Ley 14/1986.
- a.2. En relación con la modificación introducida en la Ley 16/2003.
- a.3. En relación a la modificación del Real Decreto-ley 16/2012.
- a.4. En la disposición adicional única.
- a.5. En la disposición final quinta.

a.1. En relación con la modificación introducida en la [Ley 14/1986](#), de 25 de abril, las causas de la propuesta se fundamentan en la necesidad de seguir fortaleciendo estructuralmente el Sistema Nacional de Salud, preferentemente a través de estructuras sanitarias públicas que presten directamente el servicio público, para consolidar su permanencia, seguir en la mejora continua de su excelencia y reforzar su legitimidad social y profesional. Esta preferencia muestra de forma clara e inequívoca una visión pública eficiente que aporta más valor a la ciudadanía y apuesta por la generación de más empleo público y más estructuras públicas, invirtiendo el 100% de los fondos públicos en lo público, valga la redundancia. Es evidente que, en el caso de la gestión indirecta de servicios públicos, los beneficios que se generan en el ámbito empresarial no redundan en más prestaciones o más inversión en lo que es de todos y de todas. Si la gestión es directa, no hay duda: el 100% revierte directamente en más y mejores servicios públicos porque no hay un interés particular que atender.

Así pues, esta propuesta de modificación es una medida comprometida en el Programa de Gobierno, en la que se establece, en concreto “2.2.3.- *Avanzaremos en el blindaje de nuestro sistema público de salud, apostando por una sanidad que se base en la gestión pública directa. Para ello: Se revisará la Ley 15/1997, de habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud y el conjunto de los mecanismos normativos que abren la puerta a privatizaciones del sistema.*”

La actual Ley 15/1997, de 25 de abril, de artículo único, establece que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios puede llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho.

La pandemia que estamos viviendo ha mostrado y demostrado que los sistemas sanitarios públicos son garantes de vida y actúan como motor económico, constituyendo el mayor pilar social del estado de bienestar de un país. Por tanto, sin cerrar la posibilidad de que se puedan establecer fórmulas de gestión indirecta tal y como establece la [Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014](#), se considera que el continuo fortalecimiento de las estructuras sanitarias públicas, lo que es de todos y de todas y es para todos y para todas, consolida, en mayor medida, la excelencia y la robustez del Sistema Nacional de Salud, y en definitiva el derecho a la protección de la salud, universal y gratuito, sin diferencias ni desigualdades entre individuos, y bajo los principios de cohesión, equidad, excelencia, eficiencia y seguridad.

Así pues, esto motiva que se considere oportuno la modificación del artículo único de la Ley 15/1997, de 25 de abril con objeto de establecer como fórmulas de gestión preferente de la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios aquellas que sean de gestión directa de carácter público y la derogación de la Ley, así como que se incluyan tanto el artículo único modificado, como la disposición adicional única en la Ley 14/1986, de 25 de abril.

Todo ello, sin perjuicio y sin afectar, como así viene siendo, al régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares y sus beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

a.2. En relación con la modificación introducida en la [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#), cabe motivar las causas de la propuesta de forma diferenciada en relación a la temática de los objetivos que se persiguen, para mejor comprensión. Así pues, las causas se presentan siguiendo el siguiente esquema:

1. Respecto al **acceso universal al SNS** (modificación de los artículos 3, 3bis y 3 ter)
2. Respecto a la **cartera común de servicios del SNS** (modificación del artículo 8, 13 y 14)
3. Respecto a la necesaria **disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos**, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas (modificación del artículo 14):
4. Respecto a la **participación de los pacientes y la ciudadanía en el SNS** (modificación del artículo 67):

Las causas que motivan las propuestas son:

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

Las modificaciones que se introducen persiguen la:

- 1.1) Aplicación homogénea en la efectividad del derecho a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España.

1.2) Ampliación de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria a las personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen.

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

1.4) Inclusión como titulares de derecho a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación

1.1) En relación a la aplicación homogénea en la efectividad del derecho a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España, cabe destacar que el [Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud](#), ha supuesto un cambio de modelo en la atención sanitaria del SNS, fundamentalmente porque la titularidad del derecho a la asistencia pasó a basarse en la condición de ciudadanía y su reconocimiento, se desligó de la condición de asegurado o de beneficiario. Asimismo, con esta norma se ha reconocido que todas las personas no registradas ni autorizadas como residentes en nuestro país que se encuentran en España tienen derecho a la protección a la salud en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española. Este colectivo, por tanto, ha visto recuperado su derecho a la protección de la salud tras el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril*, que únicamente dejó una vía de acceso a la asistencia sanitaria para este colectivo: la atención urgente.

Así pues, tras la publicación e implementación del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio*, distintos colectivos del ámbito asociativo, como [REDER](#) (Red de colectivos, movimientos, organizaciones y personas implicadas en la defensa del acceso universal a la salud y la denuncia de su incumplimiento) han puesto de manifiesto, mediante distintos [informes](#), situaciones que no muestran una homogeneidad en la aplicación del citado *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio*. Esta situación, por tanto, requiere que se asegure que todas las personas que viven en España tengan acceso a la sanidad se haga realidad en todos los centros de salud y hospitales de nuestro país.

1.2) En lo referente a la ampliación de derechos que se propone en las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares, cabe destacar como causas de la propuesta, las siguientes:

- Las personas españolas de origen residentes en el exterior que no son pensionistas ni trabajadores, así como sus familiares, conforme a lo dispuesto en el [Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados](#), en el momento actual no tienen acceso al sistema sanitario español con cargo a fondos públicos durante sus desplazamientos temporales en España lo que provoca que no puedan acceder a los servicios del SNS en el caso que lo requieran a no ser que sean facturados por ello.

La pandemia del COVID-19 ha puesto de manifiesto, sin fisuras, la fortaleza del SNS, sustentada en sus principios clave, que son su universalidad, equidad y cohesión. Así pues, es objetivo de este Gobierno que el derecho a la protección de la salud alcance a los colectivos citados, como expresión de una política activa de ampliación de derechos que benefician, no

solo a la salud individual, si no a la salud del conjunto de la ciudadanía, minimizando las desigualdades en salud y garantizando la mejor salud para todos y para todas.

Cabe destacar que tanto la propuesta que se refleja en el apartado 1.1) como en el 1.2) son medidas comprometidas en el Programa de Gobierno.

1.3) En relación a habilitar un régimen transitorio hasta que se realice el desarrollo reglamentario necesario en relación a la competencia para el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, el [Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio](#), se la atribuyó al Ministerio de Sanidad (salvo la derivada de las normas internacionales de coordinación de los sistemas de seguridad social, que se mantiene radicada en el Instituto Nacional de la Seguridad Social), tal y como se desprende en el apartado 1 del artículo 3 bis de la [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#). En el Real Decreto-ley citado, en concreto en su disposición transitoria segunda preveía un régimen transitorio por el que se han mantenido los procedimientos vigentes y las bases de datos existentes y gestionados en el Instituto Nacional de la Seguridad Social o en el Instituto Social de la Marina, pese a que no se hacía referencia expresa a dichas entidades gestoras.

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

1.4) Inclusión como titulares de derecho a las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación

Se propone la inclusión, dentro de los supuestos que permiten ser titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, de las personas extranjeras solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación. Todo ello, porque en la actualidad estos colectivos ya reciben asistencia sanitaria por lo establecido en las disposiciones adicionales cuarta y quinta, respectivamente, del [Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud](#), pero no se encuentran incluidas en el artículo que regula esta condición en la normativa sanitaria española.

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

Las modificaciones que se introducen persiguen:

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

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

2.3) Clarificación de la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública e incluir que la prestación de los servicios se realizará garantizando el derecho a la participación en salud.

2.4) Clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.

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

Cabe destacar que esta propuesta de modificación es una medida comprometida en el Programa de Gobierno, en el que se establece, en concreto “2.2.1.- *Procederemos a la eliminación progresiva de los copagos introducidos en 2012 a lo largo de la legislatura, empezando por los pensionistas y los hogares en situación de mayor vulnerabilidad. Estableceremos garantías para que no puedan introducirse otros nuevos que no atiendan a la situación socioeconómica de las personas, incluidos los copagos por el transporte sanitario no urgente, por los productos ortoprotésicos y por los dietéticos, a través de la derogación de los artículos que habilitan estos copagos en el RD-Ley 16/2012.*”

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

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

“Artículo 8 bis. Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

1. La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.”

“Artículo 8 ter. Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud.

1. La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario.”

“Artículo 8 quáter. Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud.

1. La cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.”

Así pues, dicha modificación dividió la cartera común de servicios en modalidades que se copagaban o no, abriendo la posibilidad de establecer nuevos copagos en prestaciones que hasta entonces carecían de ellos, tales como el transporte sanitario no urgente y los productos dietoterápicos, así como modificar los existentes, como en los productos ortoprotésicos ambulatorios dado que, si bien la prestación ortoprotésica ambulatoria está sujeta a aportación¹, no sigue el patrón de aportación definido para la prestación farmacéutica y establecido en el artículo 8.5.

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

Como consecuencia de esta modificación, se debe modificar el artículo 9 del [Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre](#), dado que, aunque en él se establece la aportación del usuario en esta prestación indicándose que *“el porcentaje de aportación del usuario se registrará por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica y sin que se aplique el mismo límite de cuantía a esta aportación.”* hasta la fecha no se ha aplicado dado que no se ha realizado el desarrollo reglamentario correspondiente y se ha seguido lo establecido en la Disposición transitoria única que dice así:

“1. En tanto se establecen los importes máximos de financiación y los límites de aportación mediante orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios

¹ La prestación ortoprotésica consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien modificar, corregir o facilitar su función, de forma que se mejore la calidad de vida y la autonomía del usuario. La prestación ortoprotésica del SNS comprende los implantes quirúrgicos, las prótesis externas, las sillas de ruedas, las ortesis y las ortoprotésis especiales.

Los implantes quirúrgicos están cubiertos de forma completa por financiación pública y no lleva aportación del usuario, al igual que las ortoprotésis externas de uso en pacientes ingresados.

Las prótesis externas y las sillas de ruedas no tienen contribución del usuario, las ortesis y las ortoprotésis especiales llevan aportación del usuario dependiendo del tipo de producto. La aportación de los usuarios es la señalada en el anexo VI del «Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización» y puede ser de 0, 12, 30 o 36 euros.

Sociales e Igualdad, las comunidades autónomas, el INGESA, el Instituto Social de la Marina cuando proceda y las mutualidades de funcionarios podrán continuar aplicando su normativa específica sobre prestación ortoprotésica y seleccionando en sus catálogos los productos que consideren más convenientes, dentro del marco del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

2. Para dichos productos, la aportación de los usuarios continuará siendo la señalada en el anexo VI del citado Real Decreto 1030/2006.”

Cabe destacar en este apartado, para mejor entendimiento del texto, que se propone modificar el artículo 9 del [Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre](#), para homogeneizar los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica.

Todo ello porque los colectivos exentos de la aportación farmacéutica han aumentado en los dos últimos años bajo el objetivo de eliminar las barreras económicas que supone el copago para el acceso a los medicamentos que los pacientes necesitan y son prescritos por los médicos del sistema sanitario público. En concreto son los establecidos en el artículo 102.8, apartados f), g), h) i), del [Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios](#):

“f) Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital.

g) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.

h) Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.

i) Los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.”

El colectivo de la letra f) fue establecido con el [Real Decreto-ley 20/2020, de 29 de mayo, por el que se establece el ingreso mínimo vital](#) y los colectivos de los apartados g), h) e i) con la [Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021](#).

Estos colectivos que se han visto beneficiados, siendo inicialmente los mismos tanto en la prestación farmacéutica como ortoprotésica, no han visto reconocida la exención en el ámbito de la prestación de productos ortoprotésicos. Por tanto, considerando que ambas prestaciones son necesarias para el restablecimiento de la salud y son prescritas por los médicos y las médicas del Sistema Nacional de Salud, se pretende modificar el apartado del artículo 9, clarificando que estarán exentos de dicha aportación los usuarios y sus beneficiarios que en el momento de la dispensación pertenezcan a una de las categorías exentas de la aportación en la prestación farmacéutica.

2.3) En relación a clarificar la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública e incluir que la prestación de los servicios se realizará garantizando el derecho a la participación en salud (modificación del artículo 8).

La causa que motiva la modificación propuesta es la necesidad y relevancia de explicitar que las prestaciones de salud pública están contenidas en la cartera común de servicios del SNS

dado que la actual definición de las modalidades de las carteras que forman la cartera común de servicios del SNS no incluye las prestaciones de salud pública de forma específica. Todo ello porque una de las cuestiones que la pandemia ha puesto de manifiesto de forma clara es la necesaria visión conjunta de la salud poblacional y la prestación de la asistencia individual, con un enfoque preventivo e integral que permita un abordaje holístico de la salud y la prevención de la enfermedad y en su caso, del tratamiento de la misma. Por ello, se propone incluir estas prestaciones en la definición de la cartera común de servicios del SNS, dado que permitirá visualizar de forma inequívoca que éstas forman parte de la cartera común de servicios y que deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población.

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

En el texto original, publicado el 29 de mayo de 2003 se estableció una única cartera indicándose la siguiente formulación *“las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, conforme con lo dispuesto en la sección 2.ª de este capítulo”*, haciéndose referencia al catálogo de prestaciones que se establece en el artículo 7, nunca modificado.

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

Por otra parte, en su desarrollo reglamentario, en el [Real Decreto 1030/2006](#), de 15 de septiembre, se precisa en el artículo 6 de forma inequívoca que el contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud corresponde a las prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. Las prestaciones de salud pública se desarrollan en el anexo I.

Es decir, las prestaciones de salud pública siempre han formado parte del catálogo de prestaciones pero el [Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril](#), no las incorporó de forma explícita en la cartera común de servicios, ni siquiera en la cartera común básica de servicios asistenciales como se define en el artículo 8.1.bis como aquella que *“comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública”*.

Por otra parte, en la definición de la cartera se establece en el artículo 8.2 bis *“La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad”*

en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta.”. En este apartado se considera relevante poner de manifiesto que esta prestación se debe realizar garantizando el derecho a la participación en salud, que no solo se debe satisfacer de forma individual, si no también colectiva y con representación institucional en los órganos de asesoramiento del SNS, como luego se encontrará reflejado en la modificación que se propone en el artículo 67 de la [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#).

2.4) En lo referente a la clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual (modificación del artículo 13 y 14).

En el artículo 13 y 14 actual se establece que la atención sanitaria en el marco de la rehabilitación comprende aquella que se realiza en pacientes con déficit funcional recuperable. Se considera que el término “recuperable” podría ser interpretable y producir situaciones en su aplicación que no abordaran la globalidad de lo que comprende. Es por ello que, con el fin de aclarar y garantizar una interpretación homogénea de la norma, se elimina en los artículos 13 y 14 de la citada ley, relativos a la prestación de atención especializada y de atención sociosanitaria respectivamente, la mención al término “recuperable” en la rehabilitación en pacientes con déficit funcional, incorporando al texto la definición que ya se recoge en el apartado 8 del anexo III del [Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre](#), donde se establece que es aquella “*encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.*”

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

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

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

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

Cabe destacar que la pandemia ha posicionado esta necesidad en mayores cotas de priorización, pero siempre ha sido preciso su abordaje, incluyendo al ámbito educativo cuando

se precise, fundamentalmente en la prevención, porque la persona requiere de una atención que va más allá de lo social o de lo sanitario.

4. Respecto a la **participación de los pacientes y la ciudadanía en el SNS** (modificación del artículo 67):

La participación ciudadana es una acción que mejora la salud de las personas y de las organizaciones, disminuye las desigualdades sociales, enriquece el contenido de las políticas públicas y legitima la toma de decisiones en el proceso de elaboración de políticas sanitarias.

En España queda un amplio margen de mejora para hacer efectivo y mejorar el derecho a la participación en salud recogido por nuestro marco legal, existiendo una larga trayectoria de movimientos organizados de pacientes y ciudadanía que esperan poder mejorar activamente el sistema sanitario público y que su perspectiva esté integrada en la toma de decisiones.

Por ello, se considera necesario y oportuno incrementar y mejorar la participación ciudadana en el ámbito de las políticas de salud a través de su incorporación en el Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud. Este órgano es de especial relevancia en el SNS dado que sus funciones, tal y como se establece en el artículo 67 de la [Ley 16/2003](#), de 28 de mayo, son la de “informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, sobre:

1.º Los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico.

2.º Los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta.

3.º Las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario.

4.º Los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política del personal del Sistema Nacional de Salud.

5.º Cuantas otras materias le atribuya el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El Comité Consultivo recibirá los anteproyectos de ley y los proyectos de disposiciones generales en materia sanitaria elaborados por la Administración General del Estado, así como los informes anuales sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, los análisis y estudios que se elaboren sobre las prestaciones a las cuales se refiere el capítulo I de esta ley y se remitan al Consejo Interterritorial; asimismo, por iniciativa propia o del Consejo Interterritorial, formulará propuestas de cuantas medidas estime oportunas acerca de la política sanitaria.”

a.3) En relación a la modificación del [Real Decreto-ley 16/2012](#), de 20 de abril, relativo al Fondo de Garantía Asistencial, la causa que justifican dicha modificación es la necesidad de abordar el desarrollo reglamentario preciso para establecer la fórmula de compensación por desplazamiento de los pacientes en el territorio nacional dado que, a pesar del tiempo transcurrido desde la entrada en vigor del Real Decreto-ley citado, éste no se ha producido ante la falta de consenso de las comunidades autónomas con lo contemplado en su artículo 3.5 respecto a que el importe de las cuantías a liquidar en los supuestos de desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes) se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del Sistema de Cuentas de Salud. Asimismo, se produjeron otros desacuerdos al respecto, tales como que no se compensaran los gastos derivados de los ingresos hospitalarios en caso de estancias de corta duración o la atención a urgencias.

Hasta el momento, solo se ha aplicado la compensación de manera parcial, compensando la asistencia de atención primaria y la prestación farmacéutica dispensada mediante receta oficial en las oficinas de farmacia, sin considerar el tiempo del desplazamiento ni otros tipos de asistencia ni de prestación farmacéutica, como la dispensación de medicamentos en centros sanitarios.

La supresión del apartado 5 del artículo 3 pretende facilitar el consenso necesario para poder efectuar el desarrollo reglamentario que la aplicación de este fondo requiere.

En concreto, el apartado 5, establece:

“5. El importe de las cuantías a liquidar vendrá determinado por las siguientes modalidades de desplazamiento:

a) Desplazamiento de corta duración (inferior a un mes), que se abonarán siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria de atención primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda.

b) Desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes), que se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud, con dos posibilidades de aplicación:

1.ª Para la cartera común básica de servicios asistenciales completa.

2.ª Para la cartera común básica de servicios asistenciales parcial, referida a asistencia en nivel primario o especializado.”

Cabe recordar que el Fondo de Garantía Asistencial, más conocido como FOGA, es el fondo extrapresupuestario que está destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de titulares de derecho en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales y tiene por objeto garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud.

Adicionalmente cabe destacar que en el [“Informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Ejercicio 2017”](#) el Tribunal de Cuentas ha puesto de manifiesto la falta de desarrollo reglamentario del citado artículo, indicando que *“En defecto del citado desarrollo reglamentario, que concrete los criterios y procedimientos de gestión y distribución del FOGA, el MSCBS ha venido efectuando las liquidaciones de este fondo, desde su creación, conforme a los acuerdos adoptados a este respecto por la Comisión de seguimiento del FCS y por la CPF anteriormente señalados. No obstante, estos órganos no se hallan facultados para aprobar el desarrollo normativo de esta materia. De hecho, según se deduce de la información facilitada, la Comisión de seguimiento del FCS, cuyas funciones se regulan en el artículo 11 del RD 1207/2006, está adoptando acuerdos que afectan a la gestión del FOGA y actuando como órgano de seguimiento de este fondo sin tener atribuidas estas funciones, por lo que los acuerdos adoptados en dicho seno relativos al FOGA no cuentan con la adecuada cobertura legal.”*

Por tanto, para poder realizar el desarrollo reglamentario preceptivo se propone la eliminación del apartado 5 que actualmente lo impide.

a.4) En la disposición adicional única se pretende autorizar la creación del consorcio de la [Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud](#) (en adelante RedETS) motivado porque actualmente se encuentra limitada en el desarrollo de sus actividades en el marco nacional y especialmente en el internacional, al no contar con personalidad jurídica propia y diferenciada, lo que le impide la competencia como Red, debiendo ser las Agencias, con una menor entidad, las que compitan por recursos económicos y el liderazgo de proyectos internacionales. Así pues, el Plan Estratégico 2021-2025 que actualmente está elaborando la RedETS ha identificado esta falta de identidad jurídica como una de sus principales debilidades, lo que su solución es objeto de esta disposición.

La figura del consorcio se considera como la solución más adecuada dado que garantiza el cumplimiento de estos principios:

- Proporciona una personalidad jurídica propia.
- Mantiene la estructura de co-gobernanza actual de la Red dado que pueden formar parte del mismo diversas administraciones, representando así la suma de las agencias y unidades que componen la RedETS, conservando tanto su identidad individual como las competencias actuales en la materia. Es preciso destacar que 7 de las 8 agencias que componen la Red son autonómicas (Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS); Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-Osteba, Gobierno Vasco; Agencia Gallega de Gestión del Conocimiento en Salud (Avalia-t, ACIS); Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud (SESCS); Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Comunidad de Madrid) y 1 es estatal (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III).
- Desarrolla actividades de interés común para todas ellas, dentro de la gestión de los servicios públicos.

Cabe recordar que la RedETS, creada en 2012 por acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, está formada por los organismos públicos de evaluación de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas. La RedETS desarrolla una evaluación independiente, participativa y transparente bajo un marco metodológico común, sujeta a revisión por expertos externos, y basado en el mejor conocimiento científico disponible.

Es un órgano de asesoramiento científico-técnico clave para el SNS que se organiza funcionalmente como un órgano colegiado, denominado Consejo de la Red, que se crea y regula en la [Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, por la que se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud](#), formado por las personas titulares de las direcciones de las agencias o unidades de evaluación de las agencias, siendo coordinada por el Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

a.5) En la disposición final quinta y en relación a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido, se pretende regular una necesidad que ha sido expresada reiteradamente por el [Organismo Nacional de Trasplantes](#) (ONT) así como por los centros sanitarios y las coordinaciones autonómicas de trasplante que es el disponer de criterios, objetivos y transparentes, de acceso establecidos en el SNS.

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

Asimismo, se considera esencial dejar de nuevo de manifiesto que la posibilidad de acceder a prestaciones sanitarias mediante el pago de una contraprestación, es contrario a los principios de la donación y el trasplante de órganos suscritos por nuestro país en diferentes documentos internacionales, y así lo refleja la [Directiva 2011/24/UE del Parlamento europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza](#) y su normativa de desarrollo.

b) Antecedentes

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

- b.1. En relación con la modificación introducida en Ley 14/1986, de 25 de abril.
- b.2. En relación con la modificación introducida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo.
- b.3. En relación a la modificación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril.
- b.4. En la disposición adicional única.
- b.5. En la disposición final quinta.

b.1. En relación con la modificación introducida en la [Ley 14/1986, de 25 de abril](#), se pretende la adición de un nuevo artículo, en concreto del artículo 47, que corresponde con el artículo único de la Ley 15/1997, de 25 de abril, modificado para facilitar el fortalecimiento del sistema sanitario público, estableciendo como fórmulas de gestión preferente de la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios aquellas que sean de gestión directa de carácter público, sobre las que la [Ley 14/1986, de 25 de abril](#), ya había incorporado al ámbito del Sistema Nacional de Salud, un modelo de organización de los centros y servicios caracterizado, fundamentalmente, por la gestión directa, tradicional en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Regulando, asimismo, la vinculación de los hospitales generales de carácter privado mediante convenios singulares, y los conciertos para la prestación del servicio sanitario con medios ajenos, dando prioridad a los establecimientos, centros y servicios sin carácter lucrativo.

Asimismo, el [Real Decreto ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud](#), actualmente derogado, vino a establecer que la administración de los mismos pudiera llevarse a cabo, no sólo directamente, sino indirectamente mediante cualesquiera entidades admitidas en Derecho, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas, y fórmulas de gestión integrada o compartida, generalizando las previsiones contenidas en diversas leyes dictadas por las Comunidades Autónomas con competencia en la materia.

Por otra parte, se añade también un nuevo artículo 90 bis a la Ley 14/1986, de 25 de abril, en el que se recoge lo actualmente dispuesto por la Disposición adicional única relativa al régimen jurídico de los consorcios sanitarios de la vigente Ley 15/1997, de 25 de abril, que se deroga con esta norma, y que fue añadida por la [Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa](#).

b.2. En relación con la modificación introducida en la [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#), se especifican los antecedentes de forma diferenciada en relación a la temática de los objetivos que se persiguen, para mejor comprensión. Así pues, los antecedentes se presentan siguiendo el siguiente esquema:

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

4. Respecto a la **participación de los pacientes y la ciudadanía en el SNS** (modificación del artículo 67):

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

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

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

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

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

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

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

d) *Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y encontrarse en situación de desempleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.*

Y se estableció una atención especial (artículo 3.ter) a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, en las siguientes modalidades: a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica y b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

Así pues, se anuló su vocación universal, eliminándose la titularidad del derecho propiamente dicha, dejando a personas sin cobertura sanitaria.

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

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

Las modificaciones que se introducen persiguen:

- 2.1) Recuperación de la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios.
- 2.2) Establecimiento de las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.
- 2.3) Clarificación de la inclusión y pertenencia a la cartera común de servicios del SNS de las prestaciones que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública e incluir que la prestación de los servicios se realizará garantizando el derecho a la participación en salud.
- 2.4) Clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.

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

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

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

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

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

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

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

- a) *Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 bis.*
- b) *Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 ter.*
- c) *Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 quáter.”*

Así pues, la modificación realizada por el [Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril](#), se basó en la división de la cartera de servicios comunes del SNS en 3 tipos de carteras: la cartera básica de servicios asistenciales, la suplementaria y la de servicios accesorios y relacionaba cada una de ellas según si conllevaba aportación del usuario para su prestación o no. Asimismo, al realizarse esta modificación, no se incluyeron las prestaciones de salud pública de forma específica ni en la cartera común de servicios, ni en el artículo 8.1.bis.

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

En lo referente al derecho a la participación en salud, la participación ciudadana está reconocida en diferentes leyes de gran relevancia en la política sanitaria de nuestro país. En concreto, se recoge en el artículo 53 y 58 de la [Ley 14/1986, de 25 de abril](#), que establece a los Consejos de Salud como órganos donde se debe articular la participación de la ciudadanía a través de su representación por las corporaciones locales.

Asimismo, en el capítulo IX de la [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#), se establece la participación de las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones en el denominado “Foro Abierto de Salud”, siendo un órgano que se constituirá, con carácter temporal, para el estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud.

Por último, en la [Ley 33/2011, de 4 de octubre](#), se establece en su artículo 5 el derecho de participación, entendiéndose como tal el derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen.

2.4) En lo referente a la clarificación, en la prestación de atención especializada y sociosanitaria, que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual (modificación del artículo 13 y 14).

La [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#), recoge en sus artículos 13 y 14 la prestación de atención especializada y de atención sociosanitaria respectivamente e incluye dentro de ambas la rehabilitación en pacientes con déficit funcional “recuperable”. El artículo 8 contempla que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes que, según prevé el artículo 20, se acordará en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se aprobará mediante real decreto. En base a lo dispuesto

en este artículo el [Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre](#), regula en sus anexos el contenido de cada una de las carteras de servicios de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencias, prestación farmacéutica, ortoprotésica, con productos dietéticos y de transporte sanitario. En su apartado 8 del anexo III, relativo a la cartera común de servicios de atención especializada, se concreta que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable especificando de forma inequívoca que comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de pacientes con déficit funcional, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de reintegrarlo en su medio habitual.

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

La [Ley 14/1986, de 25 de abril](#), en su artículo 6, ya estableció que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

Es en la [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#), donde se establece, en su artículo 14, las prestaciones de atención sociosanitaria. En concreto, comprende *“el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.”* En el apartado 3 del citado artículo se especifica de forma concreta que debe existir una coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, pero no se concretan las herramientas homogéneas en todo el territorio nacional para ello. Dicho apartado dice así *“la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.”*

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

4. Respecto a la **participación de los pacientes y la ciudadanía en el SNS** (modificación del artículo 67):

Se remite, por no reiterar, a lo indicado en el apartado anterior de derecho a la participación en salud, añadiendo como antecedente que en octubre de 2019 se ha incluido en el Comité asesor para la prestación ortoprotésica del SNS (donde están representados las CCAA, INGESA y el Ministerio), un experto a propuesta del Consejo Nacional de la Discapacidad, que podrá vehicular las solicitudes e inquietudes de los usuarios. La experiencia hasta la fecha ha sido sumamente satisfactoria para todos los miembros de la citada Comisión.

b.3) En relación a la modificación del [Real Decreto-ley 16/2012](#), de 20 de abril, relativo al Fondo de Garantía Asistencial no se disponen de mayores antecedentes que lo establecido

en el artículo que se pretende modificar y la materialización de la compensación sin desarrollo reglamentario establecido.

b.4) En la disposición adicional única con la que se pretende autorizar la creación del consorcio de la [Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud](#), no se conocen antecedentes similares en el sistema sanitaria pública en el marco estatal, sí, por supuesto, se han desarrollado consorcios con un alcance autonómico y local. Son los consorcios públicos de investigación de los [centros de investigación biomédica en Red \(CIBER\)](#) los que constituyen el mejor antecedente para la creación del que se propone. En este caso el CIBER tiene la consideración de medio propio instrumental y servicio técnico del Instituto de Salud Carlos III, en las materias que constituyen sus fines, asistencias técnicas y demás actuaciones que le encomiende dicho organismo en la forma establecida en sus estatutos.

De cualquier forma, la definición de los estatutos será un paso posterior a la autorización de la su creación.

b.5) En la disposición final quinta y en relación a la prestación de trasplante de órganos de donante fallecido, se dispone como antecedente, siendo reciente, lo establecido en la disposición final segunda, sobre lista de espera de trasplantes, del [Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio](#). En éste se establece que *“mediante Orden de la Ministra de Sanidad, previo informe favorable del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se establecerán los requisitos y período mínimo para que las personas extranjeras a las que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, puedan acceder a la lista de espera de trasplantes.”*

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

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

Asimismo, afecta de forma concreta y específica a las organizaciones de pacientes y ciudadanas que se incorporarán al Comité Consultivo, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

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 Sistema Nacional de Salud 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 Sistema Nacional de Salud 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 consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad es una de las reformas incluidas en el Componente 18, en concreto constituye la reforma 3. La entrada en vigor de esta norma constituye el hito CID #275, estableciéndose como plazo el cuarto trimestre de 2023. Con ella, tal y como se desarrolla y explica en la presente MAIN, se pretende avanzar en la consecución de los objetivos de universalidad, equidad y cohesión y fortalecer aún más en España el acceso universal a la sanidad, la equidad en el acceso a la prestación sanitaria y la cohesión entre los diferentes territorios del país.

En lo referente a la disposición adicional única con la que se pretende autorizar la creación del consorcio de la [Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud](#) cabe destacar la actual elaboración del Plan Estratégico 2021-2025 de la RedETS, que ha permitido definir cuáles son las prioridades a abordar y la forma de acometerlas. En este marco, se ha detectado que la falta de personalidad jurídica propia es una de las debilidades que conviene atajar para poder impulsar de manera decidida la transformación de la RedeTS. Asimismo el hecho de que en el momento actual se encuentre en desarrollo el proceso legislativo del Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre evaluación de las tecnologías sanitarias que regulará el marco y procedimientos para la cooperación entre los Estados miembros en materia de evaluación de tecnologías sanitarias hacen que sea el momento idóneo para dotar a la RedETS de personalidad jurídica propia que le permita una mayor probabilidad de posicionamiento en el entorno europeo y el acceso a financiación en el marco del Programa EU4Health.

2) FINES Y OBJETIVOS PERSEGUIDOS.

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

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

1. Facilitar el fortalecimiento del sistema sanitario público estableciendo como fórmulas de gestión preferente de la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios aquellas que sean de gestión directa de carácter público.
2. Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares.
3. Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España.
4. Recuperar la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, así como la clarificación de la inclusión en las prestaciones incluidas en la misma de aquellas que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública.
5. Establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.
6. Incluir en la descripción de las prestaciones de la cartera común de servicios, las prestaciones de salud pública con objeto de visualizar de forma inequívoca que ésta debe tener, y tiene, un efecto directo en la mejora de la salud de la población. Asimismo, se establece que la prestación de servicios debe garantizar, además de la máxima calidad y seguridad y las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población, el derecho a la participación en salud.
7. Incorporación de la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas.
8. Incorporar a los/las pacientes y a la población en los órganos de asesoramiento del Sistema Nacional de Salud. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones que lo componen.

9. Garantizar una interpretación homogénea de la norma, clarificando que en la prestación de atención especializada y sociosanitaria la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.
10. Blindar la aportación de los usuarios en la prestación ortoprotésica ambulatoria, señalada en el anexo VI del Real Decreto 1030/2006 y equiparar los colectivos de personas que están excluidos de aportación en la prestación ortoprotésica y farmacéutica.
11. Fortalecer la cohesión y la equidad en el SNS facilitando la viabilidad del desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial, suprimiendo el apartado 5 del artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, que recoge el importe de las cuantías a liquidar en relación con los desplazamientos de larga y corta duración, con objeto de posibilitar su desarrollo reglamentario.
12. Potenciar el desarrollo de las actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, así como posicionarla como un ejemplo de co-gobernanza en la evaluación de tecnologías y prestaciones sanitarias tanto en el ámbito nacional como internacional, mediante la autorización de la creación de un consorcio.
13. En relación a la prestación de trasplantes de órganos de donante fallecido, los objetivos son:
 - a. Incrementar la igualdad efectiva en el acceso al TODF posibilitando el desarrollo reglamentario que establezca unos criterios de acceso al mismo.
 - b. Consolidar en nuestro ordenamiento jurídico que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.

3) ALTERNATIVAS.

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

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

En cuanto a la propuesta de creación de consorcio de la RedETS, se considera que es la fórmula jurídica más apropiada ya que esta opción cumple con la necesidad de dotar a esta Red de identidad jurídica propia manteniendo a su vez la entidad propia de las organizaciones participantes, de carácter mayoritariamente autonómico, por lo que el consorcio es la única alternativa viable para los objetivos perseguidos.

La figura del consorcio se considera como la solución más adecuada dado que garantiza el cumplimiento de estos principios:

- Proporciona una personalidad jurídica propia.
- Mantiene la estructura de co-gobernanza actual de la Red dado que pueden formar parte del mismo diversas administraciones, representando así la suma de las agencias y unidades que componen la RedETS, conservando tanto su identidad individual como las competencias actuales en la materia. Es preciso destacar que 7 de las 8 agencias que componen la Red son autonómicas (Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS); Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-Osteba, Gobierno Vasco; Agencia Gallega de Gestión del Conocimiento en Salud (Avalia-t, ACIS); Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud (SESCS); Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Comunidad de Madrid) y 1 es estatal (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III).
- Desarrolla actividades de interés común para todas ellas, dentro de la gestión de los servicios públicos.

Cualquier otra fórmula recogida en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público no abordaría de forma plena todas las cuestiones destacadas, que son principios de todas las administraciones que van a formar parte del consorcio.

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

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

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

4) ADECUACIÓN A LOS PRINCIPIOS DE BUENA GESTIÓN.

La proyectada Ley cumple con los principios de buena regulación a los que se refiere el artículo 129 de la [Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas](#), siendo los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia, en tanto que el mismo persigue el interés general al pretender mejorar la equidad, universalización y cohesión del Sistema Nacional de Salud de España y así incrementar la garantía del derecho a la protección a la salud con carácter universal. Asimismo, resulta coherente con el ordenamiento jurídico tanto nacional como europeo vigente.

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

En virtud del principio de proporcionalidad, la iniciativa que se proponga deberá contener la regulación imprescindible para atender la necesidad a cubrir con la norma, tras constatar que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos, o que impongan menos obligaciones a los destinatarios. En este aspecto, la norma es respetuosa con el principio de intervención mínima, habiéndose constatado que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos, o que impongan menos obligaciones a los destinatarios.

Por lo que respecta al principio de seguridad jurídica, se trata de una norma con rango de ley que modifica a otras leyes y reales decretos, cuya tramitación e integración en el ordenamiento jurídico goza de las garantías que amparan a las normas de este rango. A su vez, como garantía de este principio, esta iniciativa normativa se adopta de manera coherente con el resto del ordenamiento jurídico, nacional y de la Unión Europea.

En aplicación del principio de transparencia, se han puesto a disposición de la ciudadanía los documentos propios del proceso de elaboración de la norma, para lo que se ha sometido a consulta pública previa, del 19 de octubre al 19 de noviembre de 2020, en cumplimiento del artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, y será sometido al trámite de audiencia e información pública contenido en el artículo 26.6 de la misma Ley 50/1997, de 27 de noviembre, al afectar a los derechos fundamentales e intereses legítimos de las personas. En cuanto a la aplicación del principio de eficiencia, la iniciativa normativa evita la imposición de cargas administrativas.

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

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

III. CONTENIDO.

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

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

- a. En el **artículo primero** modifica la [Ley 14/1986, de 25 de abril](#), y se añaden dos artículos que provienen de la Ley 15/1997, de 25 de abril, cuya derogación se incluye en el presente Anteproyecto de Ley de forma expresa. Así pues, se ubica, por contenido, el artículo único modificado como artículo 47 y la disposición adicional única como artículo 90 bis a la Ley 14/1986, de 25 de abril. Todo ello para continuar fortaleciendo estructuralmente el Sistema Nacional de Salud, preferentemente a través de estructuras sanitarias públicas que presten directamente el servicio público, con objeto de consolidar su permanencia, seguir en la mejora continua de su excelencia y reforzar su legitimidad social y profesional.
- b. En el **artículo segundo** se modifica la [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#), en concreto los artículos 3, 3bis, 3ter, 8, 13, 14 y 67 con varios objetivos de gran calado, siendo estos:
 - Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares.
 - Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud a las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España.
 - Recuperar la cartera común de servicios única, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, así como la clarificación de la inclusión en las prestaciones incluidas en la misma de aquellas que mejoran la salud desde una perspectiva poblacional, es decir, las prestaciones de salud pública.
 - Establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.
 - Incluir en la descripción de las prestaciones de la cartera común de servicios, las prestaciones de salud pública con objeto de visualizar de forma inequívoca que ésta debe tener y tiene un efecto directo en la mejora de la salud de la población. Asimismo, se establece que la prestación de servicios debe garantizar, además de la máxima calidad y seguridad y las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población, el derecho a la participación en salud.
 - Incorporar la necesaria disponibilidad de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la cooperación entre ámbitos indivisibles en la atención holística a las personas.

- Incorporar a los/las pacientes y a la población en los órganos de asesoramiento del Sistema Nacional de Salud. El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones que lo componen.

- Garantizar una interpretación homogénea de la norma, clarificando que en la prestación de atención especializada y sociosanitaria la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual.

- c. El **artículo tercero** modifica el [Real Decreto 8/2008, de 11 de enero](#), para que sea de aplicación efectiva la modificación relativa propuesta realizada en el artículo 3.2.d) de la *Ley 16/2003* y así los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen tengan derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.
- d. El **artículo cuarto** modifica el [Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre](#), para homogenizar la exención de aportación de los usuarios y sus beneficiarios establecida en la prestación farmacéutica con la ortoprotésica, de tal forma que en el momento de la dispensación de productos farmacéuticos y productos ortoprotésicos, los colectivos estarán exentos de la aportación en ambas prestaciones.
- e. El **artículo quinto** pretende modificar el artículo 3 mediante la supresión del apartado 5 del [Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril](#), relativo al Fondo de Garantía Asistencial, que compensa entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común del SNS a las personas titulares de derecho. Todo ello, para poder desarrollar reglamentariamente, y con el consenso necesario entre las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad, las reglas de compensación entre comunidades autónomas por el desplazamiento de los pacientes en el territorio nacional.
- f. La **disposición adicional única** autoriza la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud como entidad de derecho público con personalidad jurídica propia y diferenciada que mantiene, a su vez la entidad propia de las organizaciones participantes, de carácter mayoritariamente autonómico. Todo ello para incrementar la competencia de la Red en la disponibilidad de recursos económicos y en el liderazgo de proyectos nacionales e internacionales.
- g. La **disposición transitoria primera** establece las cuantías a liquidar por los servicios de salud derivadas de desplazamientos temporales del Fondo de Garantía Asistencial, en cuanto no se lleve a desarrollo reglamentario previsto, siendo de aplicación los importes de las cuantías a liquidar en función de las modalidades de desplazamientos vigentes a la entrada en vigor de esta Ley.

- h. La **disposición transitoria segunda** contempla un régimen transitorio para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos hasta que no entre en vigor el reglamento previsto en el artículo 3 bis.1 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*.
- i. La **disposición derogatoria única**, establece la derogación cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en esta ley y la derogación expresa de: 1) la *Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud*; 2) los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quáter de la *Ley 16/2003*, que fue modificada por el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, como consecuencia de la modificación realizada en el artículo cuarto que, entre otras, recupera la cartera común de servicios del SNS sin segmentaciones que puedan posibilitar la introducción de copagos sanitarios nuevos a la ciudadanía española; 3) la disposición final segunda del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio*, con objeto que los criterios que se proponen desarrollar reglamentaria para el acceso a la lista de espera de trasplante de órgano de donante fallecido sean aplicables a toda la población susceptible de beneficiarse.
- j. La **disposición final primera** se refiere al título competencial.
- k. La **disposición final segunda** salvaguarda el rango normativo de algunas de las normas que modifica la presente ley, con el fin de que sigan ostentando rango reglamentario.
- l. La **disposición final tercera** se refiere a la habilitación normativa.
- m. La **disposición final cuarta** se refiere a las referencias normativas hechas en otras normas al concepto de cartera común básica de servicios asistenciales, cartera común suplementaria o cartera común de servicios accesorios a los efectos de la prestación de la asistencia sanitaria, que se entenderán como cartera común de servicios según se establece en la propuesta de modificación realizada en el artículo 8 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*.
- n. La **disposición final quinta**, sobre el carácter excepcional del trasplante de órganos de donante fallecido, habilita el desarrollo reglamentario necesario para establecer criterios de acceso a la lista de espera de trasplante de órgano de donante fallecido y dispone que ninguna persona podrá acceder a la lista de espera de trasplante mediante el pago de una contraprestación.
- o. La **disposición final sexta** recoge la entrada en vigor de la norma al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

IV. ANÁLISIS JURÍDICO.

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

1) Fundamento jurídico y rango normativo:

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

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

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

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

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

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 el presente anteproyecto de Ley tienen un impacto previsible insignificante, teniendo en cuenta tanto los objetivos directos como los principales efectos directos como los indirectos a lo largo del ciclo de vida.

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

2) Congruencia con el ordenamiento jurídico nacional e internacional:

En relación a la congruencia con el ordenamiento jurídico nacional, y tal y como se ha expuesto en el apartado II.1.b) Antecedentes, las propuestas de modificación planteada están en consonancia con la normativa nacional actual tanto sectorial como intersectorial.

Las normas que se pretende modificar son:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones,
- Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados
- Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica,

En lo referente a la congruencia con el ordenamiento jurídico internacional cabe destacar que se respeta de forma íntegra las normativas comunitarias entre las que cabe destacar la Directiva 2011/24/UE del Parlamento europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y su normativa de desarrollo que se dicta en cumplimiento de la obligación de transponer la Directiva 2010/53/UE. Asimismo, es importante destacar que esta reforma legislativa se incluye en el [Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia](#) como una de las reformas incluidas en el Componente 18, en concreto constituye la reforma 3. Dicho Plan ha sido aprobado por la Comisión Europea.

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 Sistema Nacional de Salud con la reforma planteada.

3) Vinculación con la aplicación del Fondo de Recuperación:

De acuerdo al artículo 47.3 del Real Decreto-ley 36/2020, de 30 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes para la modernización de la Administración Pública y para la ejecución del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, esta norma se encuentra vinculada al hito CID #275, incluido en la Reforma 3 del Componente 18, consiste en la entrada en vigor de la Ley por el que se modifican diversas normas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, *“Los objetivos de la Ley son los siguientes: garantizar la homogeneidad en el acceso a la sanidad por parte de la población, integrar a los representantes de los pacientes en los órganos de gobernanza del Sistema Nacional de Salud español, limitar el establecimiento de nuevos copagos, modificar la definición de prestaciones sociosanitarias en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, garantizar la coordinación entre las autoridades en los ámbitos sanitario y social, introducir una evaluación de impacto de todos los cambios normativos en el sector y reformar la aportación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Esta Ley irá acompañada de una evaluación de impacto detallada, que también se publicará, en la que se analizarán también sus efectos sobre la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas”*.

La ejecución de las medidas propuestas en este Anteproyecto de Ley 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.

4) Entrada en vigor y vigencia:

Se considera necesario fijar la fecha de entrada en vigor de la ley el día siguiente al de su publicación, debido al interés general que persigue y a la necesidad de aplicación inmediata de los cambios que contiene. Por ello, de conformidad con el artículo 23, párrafo segundo, de la *Ley 50/1997, de 27 de noviembre*, se considera que existen razones justificadas para no retrasar su vigencia al 2 de enero o 1 de julio siguientes a su aprobación.

5) Derogación de normas:

La ley proyectada deroga todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a la misma y, específicamente, la *Ley 15/1997, de 25 abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud*, los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quáter de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo* y la disposición final segunda del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio.

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

La presente norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 1.^a y 149.1. 16.^a de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva de regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, así como en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Las normas que se modifican son normas ya existentes, por tanto, se es continuista en el ámbito de la legislación específica sanitaria.

Cabe destacar que las comunidades autónomas han participado de forma activa en la consulta pública previa de la norma tal y como se puede ver en el anexo I de la presente memoria. Además, está previsto que participen en el trámite de información pública, a través del Consejo Interterritorial del SNS, órgano con representación autonómica que, a su vez, también informará el proyecto.

VI. ANÁLISIS DE IMPACTOS.

1) Impacto económico

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

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

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

No se genera tampoco ningún impacto sobre la innovación.

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

Sí se prevé un impacto positivo en la economía de las personas que se vean exentas de la aportación ortoprotésica, dado que en la modificación del artículo 9 del [Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre](#), se propone homogeneizar los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica.

Asimismo se prevé un impacto positivo para aquellas personas con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazada temporalmente al territorio español.

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

1. En lo relativo a la ampliación del derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares.

Hasta el momento actual, estaba contemplado este derecho para los españoles de origen, trabajadores o pensionistas, residentes en el exterior, y para los familiares que les

acompañaran, según establece la actual redacción del artículo 26 del Real Decreto 8/2008. Dicho artículo dice así:

Artículo 26. Asistencia sanitaria para españoles de origen retornados y para los trabajadores y pensionistas españoles de origen residentes en el exterior desplazados temporalmente al territorio nacional y para los familiares de los anteriores que se establezcan con ellos o les acompañen.

1. Los españoles de origen residentes en el exterior que retornen a España así como los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia y los pensionistas españoles de origen residentes en el exterior en sus desplazamientos temporales a nuestro país tendrán derecho a la asistencia sanitaria cuando, de acuerdo con las disposiciones de la legislación de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios Internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura.

2. Los familiares de los españoles de origen retornados que se establezcan con ellos en España, y los de los pensionistas y trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia españoles de origen, residentes en el exterior, que les acompañen en sus desplazamientos temporales a España, tendrán igualmente derecho a la asistencia sanitaria en España, a través del Sistema Nacional de Salud, cuando, de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, estos familiares no tuvieran prevista esta cobertura.

A los efectos indicados, se entenderá que son familiares con derecho a asistencia sanitaria:

a) El cónyuge de las personas indicadas en el apartado 1 o quien conviva con ellas con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.

b) Los descendientes de las personas indicadas en el apartado 1 o los de su cónyuge o los de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquellas y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65 por ciento.

3. El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en todos estos supuestos corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, el cual expedirá el documento acreditativo del derecho. Este derecho se conservará hasta que el beneficiario reúna los requisitos establecidos para obtenerlo de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios Internacionales de Seguridad Social.

Los españoles de origen retornados justificarán su condición mediante la presentación de la baja consular en el país de residencia y el certificado de empadronamiento en el municipio donde hayan fijado su residencia en nuestro país.

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

Se considera que en este caso el impacto es inapreciable en el conjunto del SNS dado que hay que tener en cuenta que los españoles que emigran a otros países lo hacen principalmente por razones de trabajo, por lo que su número siempre será superior a los que residen en otros países y no trabajan.

Así pues, para calcular el impacto económico que podría tener en una persona se debe estimar lo que cuesta un seguro médico anual, para lo que se realizó una búsqueda considerando como persona susceptible del mismo a una persona de 71 años (se considera esta edad como un máximo a los efectos de hacer el cálculo del impacto económico). Los precios disponibles en distintas aseguradoras, sin copago, oscilan entre 185,9-233,5 euros/mes, lo que supone un impacto de 2.230,8-2.802 euros/año/persona que se evitaría al

estar cubierto con fondos públicos. Al ser personas desplazadas se podría estimar lo equivalente a un mes.

2. Homogeneizar los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica.

La norma modifica el artículo 9 del *Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre*, para equiparar de manera automática, y conforme se van produciendo actualizaciones en la exención de la aportación farmacéutica, a los colectivos exentos de aportación ortoprotésica con las categorías de usuarios y sus beneficiarios exentas de la prestación farmacéutica ambulatoria.

Los nuevos colectivos beneficiados en el marco de la exención de la prestación ortoprotésica corresponden a:

- a) Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital.
- b) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.
- c) Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.
- d) Los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.

Para calcular el impacto que tiene esta exención en las personas, se ha calculado la aportación anual (euros/persona) utilizando información facilitada por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana, que subvenciona desde el año 2016 tanto la aportación farmacéutica como la ortoprotésica a los menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33% y a los mayores con menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 65%. Los datos aportados comprenden el periodo de junio de 2020 a mayo de 2021.

Así pues, la información básica para el cálculo es:

- Numero de dispensaciones realizadas en un año (jun-20 a may-21) en la Comunitat Valenciana: 77.405
- Población: 5.057.353 personas censadas (INE 2020)
- Personas diferentes con prescripción: 55.867 pacientes
- % de personas con dispensación de ortoprotésis: 1,10%
- Número de prescripciones por persona: 1,4 prescripciones
- Precio medio de aportación en la dispensación (población general): 20 euros.
- Precio medio de aportación en personas beneficiarias del ingreso mínimo vital: 21,9 euros.
- Precio medio de aportación en menores con discapacidad superior o igual al 33% (modalidad FSS36): 11,4 euros.
- Precio medio de aportación en personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo (modalidad FSS37): 15,8 euros.
- Precio medio de aportación en personas pensionistas con una base liquidable inferior a 11.200 euros: 20,3 euros.

Por tanto, la estimación del impacto anual (aportación media anual) en cada una de las personas que se beneficien de esta medida se estima, por colectivo, en:

Nuevos colectivos	Precio medio de aportación	Número de prescripciones por persona/año	Aportación media anual
Ingreso Mínimo Vital	21,90 €	1,4	30,66 €
Menores con discapacidad >= 33 %	11,40 €		15,96 €
PF por menor a cargo	15,80 €		22,12 €
Pensionistas con rentas < a 11.200	20,30 €		28,42 €

2) Impacto presupuestario

El presente proyecto de ley tiene impacto en los presupuestos de gastos e ingresos de las comunidades autónomas.

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

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

1. Ampliar el derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares.
2. Homogeneizar los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica.

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

A continuación, se presenta el análisis correspondiente:

1. En lo relativo a la ampliación del derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales al territorio español y sus familiares.

Se considera que en este caso el impacto es inapreciable dado que hay que tener en cuenta que los españoles que emigran a otros países lo hacen principalmente por razones de trabajo, por lo que su número siempre será superior a los que residen en otros países y no trabajan. De cualquier forma, tal y como se expuesto en el apartado anterior, el impacto en cada una de las personas que se beneficien de esta medida se estima (impacto económico) en 124,5 euros, correspondiendo dicha cantidad a un mes del gasto real sanitario público por habitante protegido.

2. Homogeneizar los colectivos exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica.

Tal y como se ha comentado en el apartado anterior, se han empleado la información facilitada por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana, que subvenciona desde el año 2016 tanto la aportación farmacéutica como la ortoprotésica a los menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33% y a los mayores con menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al

65%. Los datos aportados comprenden el periodo de junio de 2020 a mayo de 2021. Con los datos aportados se ha dispuesto de la siguiente información:

- % de personas con dispensación de ortoprótesis: 1,10%
- Número de prescripciones por persona: 1,4 prescripciones
- Precio medio de aportación en la dispensación (población general): 20 euros.
- Precio medio de aportación en personas beneficiarias del ingreso mínimo vital (modalidad FSS35): 21,9 euros.
- Precio medio de aportación en menores con discapacidad superior o igual al 33% (modalidad FSS36): 11,4 euros.
- Precio medio de aportación en personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo (modalidad FSS37): 15,8 euros.
- Precio medio de aportación en personas pensionistas con una base liquidable (modalidad FSS38): inferior a 11.200 euros: 20,3 euros.

Por lo que primero, se ha determinado es el número de personas beneficiarias, consultando para ello la Base de Datos de Población Protegida del SNS (BDSNS) que, a fecha de 31 de mayo de 2021, tiene el siguiente número de beneficiarios y titulares de estos cuatro colectivos. El total asciende a 6.009.701 personas. De forma segmentada se presenta a continuación:

a) Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital: **660.220 personas**

CCAA E INGESA	Título 78 Ingreso mínimo vital		
	BENEFICIARIO	TITULAR	Suma:
Andalucía	17.150	194.363	211.513
Aragón	1.794	16.540	18.334
Asturias, Principado de	1.622	13.602	15.224
Balears, Illes	802	7.198	8.000
Canarias	2.487	25.362	27.849
Cantabria	525	6.781	7.306
Castilla - La Mancha	2.010	21.698	23.708
Castilla y León	2.962	28.120	31.082
Cataluña	4.426	37.589	42.015
Ceuta (INGESA)	614	4.272	4.886
Comunitat Valenciana	8.114	70.855	78.969
Extremadura	2.415	18.023	20.438
Galicia	2.737	28.483	31.220
Madrid, Comunidad de	6.468	63.118	69.586
Melilla (INGESA)	459	4.938	5.397
Murcia, Región de	2.312	21.672	23.984
Navarra, Comunidad Foral de	1.069	7.911	8.980
País Vasco	3.473	23.807	27.280
Rioja, La	289	4.160	4.449
Suma:	61.728	598.492	660.220

- b) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %: **106.202 personas.**

CCAA E INGESA	Título 89 Menores discapacit.		
	BENEFICIARIO	TITULAR	Suma:
Andalucía	4	21.173	21.177
Aragón		2.085	2.085
Asturias, Principado de		2.036	2.036
Balears, Illes		2.063	2.063
Canarias	2	4.523	4.525
Cantabria		1.219	1.219
Castilla - La Mancha		4.509	4.509
Castilla y León		3.783	3.783
Cataluña	3	22.530	22.533
Ceuta (INGESA)		415	415
Comunitat Valenciana		8.551	8.551
Extremadura		1.680	1.680
Galicia		5.679	5.679
Madrid, Comunidad de	4	15.243	15.247
Melilla (INGESA)		557	557
Murcia, Región de		4.613	4.613
Navarra, Comunidad Foral de		1.154	1.154
País Vasco		3.751	3.751
Rioja, La		625	625
Suma:	13	106.189	106.202

- c) Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción: **1.889.198 personas.**

CCAA E INGESA	Título 88 Perceptor PF		
	BENEFICIARIO	TITULAR	Suma:
Andalucía	213.417	286.416	499.833
Aragón	15.920	20.880	36.800
Asturias, Principado de	10.868	18.740	29.608
Balears, Illes	14.908	17.222	32.130
Canarias	41.606	57.007	98.613
Cantabria	5.978	10.354	16.332
Castilla - La Mancha	40.480	49.811	90.291
Castilla y León	27.021	43.085	70.106
Cataluña	109.105	153.667	262.772
Ceuta (INGESA)	6.154	5.208	11.362
Comunitat Valenciana	94.174	114.548	208.722
Extremadura	23.386	31.214	54.600

CCAA E INGESA	Título 88 Perceptor PF		
	BENEFICIARIO	TITULAR	Suma:
Galicia	29.520	49.883	79.403
Madrid, Comunidad de	86.684	109.779	196.463
Melilla (INGESA)	6.744	5.560	12.304
Murcia, Región de	49.196	54.222	103.418
Navarra, Comunidad Foral de	7.322	11.086	18.408
País Vasco	25.092	32.669	57.761
Rioja, La	4.666	5.606	10.272
Suma:	812.241	1.076.957	1.889.198

d) Los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros: **3.354.081 personas.**

CCAA E INGESA	Título 87 Pension. cont. exentos		
	BENEFICIARIO	TITULAR	Suma:
Andalucía	62.157	614.158	676.315
Aragón	9.672	91.513	101.185
Asturias, Principado de	5.896	70.367	76.263
Baleares, Illes	4.135	51.565	55.700
Canarias	15.735	119.678	135.413
Cantabria	3.313	37.360	40.673
Castilla - La Mancha	32.673	160.033	192.706
Castilla y León	26.666	203.141	229.807
Cataluña	26.651	424.097	450.748
Ceuta (INGESA)	448	2.649	3.097
Comunitat Valenciana	36.630	349.784	386.414
Extremadura	17.131	110.372	127.503
Galicia	19.364	268.111	287.475
Madrid, Comunidad de	26.680	278.644	305.324
Melilla (INGESA)	376	2.344	2.720
Murcia, Región de	10.982	91.698	102.680
Navarra, Comunidad Foral de	3.743	43.883	47.626
País Vasco	9.064	98.231	107.295
Rioja, La	2.447	22.690	25.137
Suma:	313.763	3.040.318	3.354.081

Una vez determinado el número total de personas susceptibles de beneficiarse, se ha aplicado el porcentaje de personas con dispensación de ortoprótesis, que es del 1,10%, estimándose un total de 66.107 personas que podrán disponer de una prescripción de ortoprótesis en un año:

Nuevos colectivos	Número de personas en el SNS	Número de personas susceptible de tener una prescripción de un producto ortoprotésico
Ingreso Mínimo Vital	660.220	7.262
Menores con discapacidad >= 33 %	106.202	1.168
PF por menor a cargo	1.889.198	20.781
Pensionistas con rentas < a 11.200	3.354.081	36.895
Total	6.009.701	66.107

Por último, se ha calculado el impacto sobre el gasto sanitario total, considerando la aportación media anual que cada colectivo realiza y que se ha indicado en el apartado de impacto económico previo:

Nuevos colectivos	Número de personas susceptible de tener una prescripción de un producto ortoprotésico	Aportación media anual	Impacto presupuestario estimado
Ingreso Mínimo Vital	7.262	30,66 €	222.665,80 €
Menores con discapacidad >= 33 %	1.168	15,96 €	18.644,82 €
PF por menor a cargo	20.781	22,12 €	459.679,66 €
Pensionistas con rentas < a 11.200	36.895	28,42 €	1.048.552,80 €
Total	66.107		1.749.543,08 €

Tras lo expuesto, el impacto estimado en el gasto anual que les supone a las CCAA y al INGESA la exención en la aportación ortoprotésica de estos cuatro colectivos es de 1.749.543,08 euros.

A continuación, se presenta una estimación del impacto presupuestario desagregado por comunidad autónoma y por el INGESA, considerando el número de personas susceptibles de tener una prescripción de un producto ortoprotésico, por colectivo y en total:

CCAA e INGESA	Número total de personas				Número de personas susceptible de tener una prescripción de un producto ortoprotésico				Impacto presupuestario calculado
	Nº personas Ingreso mínimo vital	Nº Menores con discapacidad	Nº Perceptor es PF	Nº Pensionist as rentas bajas	Nº persona s Ingreso mínimo vital	Nº Menores con discapacidad	Nº Perceptor es PF	Nº Pensionist as rentas bajas	
Andalucía	211.513	21.177	499.833	676.315	2.326,64	232,95	5.498,16	7.439,47	408.101,67 €
Aragón	18.334	2.085	36.800	101.185	201,67	22,94	404,80	1.113,04	47.136,00 €
Asturias, Principad o de	15.224	2.036	29.608	76.263	167,46	22,40	325,69	838,89	36.537,44 €
Balears, Illes	8.000	2.063	32.130	55.700	88,00	22,69	353,43	612,70	28.291,07 €
Canarias	27.849	4.525	98.613	135.413	306,34	49,78	1.084,74	1.489,54	76.514,09 €
Cantabria	7.306	1.219	16.332	40.673	80,37	13,41	179,65	447,40	19.367,12 €
Castilla - La Mancha	23.708	4.509	90.291	192.706	260,79	49,60	993,20	2.119,77	91.000,72 €
Castilla y León	31.082	3.783	70.106	229.807	341,90	41,61	771,17	2.527,88	100.047,32 €

CCAA e INGESA	Número total de personas				Número de personas susceptible de tener una prescripción de un producto ortoprotésico				Impacto presupuestario calculado
	Nº personas Ingreso mínimo vital	Nº Menores con discapacidad	Nº Perceptor es PF	Nº Pensionistas rentas bajas	Nº personas Ingreso mínimo vital	Nº Menores con discapacidad	Nº Perceptor es PF	Nº Pensionistas rentas bajas	
Cataluña	42.015	22.533	262.772	450.748	462,17	247,86	2.890,49	4.958,23	222.976,40 €
Ceuta (INGESA)	4.886	415	11.362	3.097	53,75	4,57	124,98	34,07	5.453,50 €
Comunitat Valenciana	78.969	8.551	208.722	386.414	868,66	94,06	2.295,94	4.250,55	199.721,28 €
Extremadura	20.438	1.680	54.600	127.503	224,82	18,48	600,60	1.402,53	60.333,12 €
Galicia	31.220	5.679	79.403	287.475	343,42	62,47	873,43	3.162,23	120.717,03 €
Madrid, Comunidad de	69.586	15.247	196.463	305.324	765,45	167,72	2.161,09	3.358,56	169.399,10 €
Melilla (INGESA)	5.397	557	12.304	2.720	59,37	6,13	135,34	29,92	5.762,11 €
Murcia, Región de	23.984	4.613	103.418	102.680	263,82	50,74	1.137,60	1.129,48	66.162,19 €
Navarra	8.980	1.154	18.408	47.626	98,78	12,69	202,49	523,89	22.599,07 €
País Vasco	27.280	3.751	57.761	107.295	300,08	41,26	635,37	1.180,25	57.455,95 €
Rioja, La	4.449	625	10.272	25.137	48,94	6,88	112,99	276,51	11.967,91 €
Total	660.220	106.202	1.889.198	3.354.081	7.262,42	1.168,22	20.781,18	36.894,89	1.749.543,08 €

Homogenizar los colectivos exentos en la aportación ortoprotésica de los usuarios del Sistema Nacional de Salud con los de la aportación farmacéutica no supone un impacto presupuestario en las mutualidades de funcionarios por cuanto esta norma no modifica las categorías de titulares y sus beneficiarios ni las aportaciones de la prestación farmacéutica y la legislación actual ya contempla la exención en la aportación ortoprotésica para los tratamientos derivados de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

Como resumen, se traslada que el **impacto positivo de las medidas que suponen impacto presupuestario**, de gasto, estimado para las comunidades autónomas y el INGESA asciende a **1.749.543,08 euros/año**.

En relación al impacto que podría tener el aumento en un 50% del número de miembros del Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se traslada que, desde su creación, en ningún caso se han abonado dietas por parte del Ministerio a las personas representantes que han acudido al Comité Consultivo. Este tipo de gastos lo cubren las organizaciones a quienes representan. Por tanto, no se va a producir efecto ninguno en lo dispuesto en el Real Decreto 776/2011, de 3 de junio, por el que se suprimen determinados órganos colegiados y se establecen criterios para la normalización en la creación de órganos colegiados en la Administración General del Estado y sus Organismos Públicos, sobre la necesidad de atender a criterios de racionalización y de economía en el gasto.

A más, cabe destacar que este Comité lo forman representantes empresariales y sindicales junto con representantes del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas, por lo que no se considera oportuno minorar el número de estos representantes, especialmente de los dos primeros.

En cuanto al Consorcio de la RedETS, cabe destacar que fue creada en 2012 por acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS y está formada por los organismos públicos de evaluación de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas. Es un órgano de asesoramiento científico-técnico clave para el SNS que se organiza funcionalmente como un órgano colegiado, denominado Consejo de la Red, que se crea y regula en la [Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, por la que se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud](#), formado por las personas titulares de las direcciones de las agencias o unidades de evaluación de las agencias, siendo coordinada por el Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Es decir, ya cuenta con una estructura física, organizativa y de recursos humanos para llevar a cabo las actividades que legalmente tiene encomendadas.

Es importante destacar que un requisito propio de los consorcios es que deberán formar parte de los presupuestos e incluirse en la cuenta general de la Administración Pública de adscripción.

En la actualidad ya existe una dotación específica en los Presupuestos Generales del Estado destinada al desarrollo de las actividades del Plan de Trabajo de la RedETS.

El presupuesto total es de 6.149.510 euros distribuido en las siguientes aplicaciones presupuestarias de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia del Ministerio de Sanidad destinado a financiar el desarrollo del plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud:

- 26.09.313A.457 “A las CC. AA para el desarrollo del plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud”, dotada con 5.325.000 euros
- 16.09.000X.411 “Al Instituto de Salud Carlos III para el desarrollo de las actividades de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias”, dotada con 824.510 euros.

Así mismo, tanto las agencias como la secretaría técnica de la RedETS están dotadas del personal, así como de las estructuras necesarias para su funcionamiento y para el desarrollo de sus actividades. Se recuerda que fue creada en el año 2012. Por tanto, se traslada que la creación del consorcio supone continuidad en la línea presupuestaria en los siguientes ejercicios y no supone un aumento de los costes de personal.

Por tanto, la autorización de su creación no sería contraria a lo establecido en la DA trigésima cuarta de la Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021, en la que se establece que: “Cualquier nueva actuación que propongan los departamentos ministeriales no podrá suponer aumento neto de los gastos de personal ...”. A más, la propia norma contempla en el apartado 2 de la disposición adicional única lo siguiente: “2. El consorcio se creará mediante convenio suscrito por los órganos participantes anteriormente mencionados y no podrá suponer aumento neto de los gastos de personal.”

Las sinergias, derivadas de la actuación coordinada de las agencias a través del consorcio, garantizan economías de escala en todas aquellas actuaciones que se realicen de forma conjunta, evitando duplicidades y cargas de trabajo, lo que va a permitir orientar los excedentes económicos generados en nuevos proyectos. Asimismo, la constitución del consorcio, como la agrupación de entidades ya existentes, que disponen de los recursos humanos y materiales necesarios para el desarrollo de su actividad, incrementar su visibilidad y relevancia a la hora de competir por recursos económicos y liderar proyectos internacionales, favoreciendo la recepción de fondos europeos específicos.”

Con carácter general, la norma, dado su contenido, no prevé ningún impacto en costes de personal.

3) Análisis de las cargas administrativas

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

Dado que el contenido del anteproyecto se circunscribe a aspectos estructurales y organizativos de las administraciones públicas y a las relaciones entre ellas, no puede decirse que imponga a los ciudadanos y empresas ninguna obligación nueva para relacionarse con la Administración ni modifique las cargas actualmente existentes. Por tanto, se considera que el anteproyecto de Ley no tiene efecto sobre las cargas administrativas.

4) Impacto por razón de género

Se prevé que el impacto en género sea positivo, esperándose que la salud de las mujeres mejore, fundamentalmente por que incorporar la perspectiva de salud y equidad en la Memoria del Análisis de Impacto Normativo dado que conlleva tener en cuenta el efecto que las normas tienen sobre los diferentes ejes de desigualdad en salud, siendo el género uno de estos ejes.

Hay que tener en cuenta que las normas sanitarias, de forma general, afectan positivamente a las mujeres dado que, según los últimos datos, de los 47.394.223 personas residentes en España ([INE datos provisionales a 1 de enero de 2021](#)), hay casi un millón más de mujeres (24.169.362) que de hombres (23.224.861) residentes y las medidas propuestas aplican a toda la población española.

Específicamente, dentro del apartado primero del artículo 3 ter de la [«Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud»](#), relativo a la protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, se realiza una mención especial a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto. En la actualidad, la atención especial a este colectivo se contempla en la disposición adicional octava del [«Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula](#)

[la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud](#)», pero no dentro del articulado de esta Ley que define el funcionamiento del SNS.

También se considera que el impacto por razón de género de este proyecto de norma es positivo porque amplía el derecho a la asistencia sanitaria en España a todos los españoles de origen residentes en el exterior, y para los familiares que les acompañen, en sus desplazamientos temporales a nuestro país siempre que las disposiciones de la legislación española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura, ya que se benefician, en especial, las mujeres españolas residentes en el exterior que son parejas de nacionales de esos países y que, por encontrarse dedicadas al cuidado del hogar y familiar y no ser trabajadoras o pensionistas en otros Estados, no se pueden acoger a lo dispuesto por la legislación actualmente vigente. Tal y como se refleja en los acuerdos del II Pleno del VII Mandato del Consejo General de la Ciudadanía Española en el Exterior.

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

5) Impacto sobre la infancia y adolescencia

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

Se prevé que el impacto sobre la infancia y la adolescencia sea positivo, esperándose que la salud de los menores mejore, fundamentalmente porque los menores se van a ver beneficiadas en las medidas relativas a la ampliación de derecho a la asistencia sanitaria y de forma directa, los menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33% van a quedar exentos de la aportación ortoprotésica.

Asimismo, dentro del apartado primero del artículo 3 ter de la «[Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud](#)», relativo a la protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, se realiza una mención especial a los menores de dieciocho años. En la actualidad, la atención especial a este colectivo se contempla en la disposición adicional octava del «[Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud](#)», pero no dentro del articulado de esta Ley que define el funcionamiento del SNS.

6) Impacto en la familia

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

Especial relevancia reviste la exención de la aportación ortoprotésica para determinados colectivos, al equiparlo a la exención de la prestación farmacéutica, dado que conlleva un impacto positivo en las familias de los colectivos que se beneficiarán de esta medida: personas beneficiarias del ingreso mínimo vital, menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %, personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción y los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros y los que, en el caso de no estar obligados a presentar declaración de la renta, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.

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

Se prevé que el impacto las personas con discapacidad sea positivo, esperándose que la salud de éstas mejore, fundamentalmente porque de forma directa, los menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33% van a quedar exentos de la aportación ortoprotésica.

8) Otros impactos

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

Ampliar y garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección de la salud se espera que tenga un impacto positivo sobre la salud de toda la población, consolidando la universalización de la asistencia sanitaria en Sistema Nacional de Salud. La cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan y abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

No se prevé impacto medioambiental y no afecta a la preservación del principio de «no causar un perjuicio significativo», DNHS, por sus siglas en inglés, “Do No Significant Harm”).”

VII. DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN.

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

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

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

Una vez redactado el texto del proyecto, al tratarse de una disposición que puede afectar a los derechos e intereses legítimos de los ciudadanos, se va a sustanciar el trámite de información pública a través del portal web del Ministerio, así como el trámite de audiencia, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 26 de la *Ley 50/1997* (pendiente de realizar).

A su vez y en el marco de las Administraciones Públicas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 de la *Ley 50/1997*, de 27 de noviembre, se han recabado los siguientes informes (pendiente de realizar):

- Informe del Ministerio de Sanidad (artículo 26.5, párrafo cuarto, de la *Ley 50/1997*, de 27 de noviembre).
- Informe del Ministerio de Defensa (artículo 26.5, párrafo primero, de la *Ley 50/1997*, de 27 de noviembre).
- Informe del Ministerio de Industria, Comercio y Turismo (artículo 26.5, párrafo primero, de la *Ley 50/1997*, de 27 de noviembre).
- Informe del Ministerio de Ciencia e Innovación (artículo 26.5, párrafo primero, de la *Ley 50/1997*, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (artículo 26.5, párrafo primero, de la *Ley 50/1997*, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Hacienda y Función Pública (artículo 26.5, párrafo primero, de la *Ley 50/1997*, de 27 de noviembre)
- Ministerio del Interior (artículo 26.5, párrafo primero, de la *Ley 50/1997*, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Consumo (artículo 26.5, párrafo primero, de la *Ley 50/1997*, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Trabajo y Economía Social (artículo 26.5, párrafo primero, de la *Ley 50/1997*, de 27 de noviembre).
- Informe del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (artículo 26.5, párrafo primero, de la *Ley 50/1997*, de 27 de noviembre).

- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Educación y Formación Profesional (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana (artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Aprobación previa de la Ministra de Hacienda y Función Pública (artículo 26.5, párrafo quinto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Informe del Ministerio de Política Territorial en materia de adecuación del proyecto al orden de distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas (artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Informe del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática (OCCN) (artículo 26.9 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre).
- Pleno del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud (art. 4.1 del Real Decreto 1515/1992, de 11 de diciembre, por el que se regula la composición y funciones del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud).
- Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (art. 71 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).
- Federación Española de Municipios y Provincias.
- Agencia Española de Protección de Datos.
- Comisión Ministerial de Administración Digital (artículo 7.4 del Real Decreto 806/2014, de 19 de septiembre, sobre organización e instrumentos operativos de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la Administración General del Estado y sus Organismos Públicos).
- Informe del Consejo de Consumidores y Usuarios (artículo 2 del Real Decreto 894/2005, de 22 de julio, por el que se regula el Consejo de Consumidores y Usuarios y artículo 39.2 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre).
- Comunidades autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)
- Informe de las Mutualidades de Funcionarios: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

El anteproyecto será sometido a dictamen del Consejo Económico y Social conforme a lo dispuesto en el artículo séptimo 1.1.a) de la Ley 21/1991, de 17 de junio, por la que se crea el Consejo Económico y Social.

Por último, el Anteproyecto será dictaminado por el Consejo de Estado conforme a lo previsto en el artículo 21 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado.

Finalmente, en cumplimiento de lo contemplado en el artículo 88 de la Constitución Española el proyecto de ley será aprobado en Consejo de Ministros, que lo someterá al Congreso,

acompañado de una exposición de motivos y de los antecedentes necesarios para pronunciarse sobre el mismo.

VIII. EVALUACIÓN EX POST.

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

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

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