

## I. DISPOSICIONES GENERALES

### MINISTERIO DE SANIDAD

- 8592** *Orden SND/356/2026, de 13 de abril, por la que se modifican, en relación con la información y vigilancia en salud pública, cribados prenatales, neonatales y de cáncer colorrectal, los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización; y por la que se modifica la Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética.*

#### I

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece en el artículo 8 bis que la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, regula en sus anexos el contenido de cada una de las carteras de servicios comunes de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y transporte sanitario, con base en lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

El artículo 6 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, recoge que, por orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, podrá concretarse y detallarse el contenido de los diferentes apartados de la cartera de servicios comunes recogidos en sus anexos. El artículo 7 establece que, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, contenida en los anexos de dicho real decreto, se actualizará mediante orden del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El artículo 8 indica que la aprobación definitiva de las propuestas de actualización de cartera formuladas por la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación corresponderá al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Una vez llevadas a cabo las actuaciones correspondientes, de acuerdo con lo establecido en la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación ha valorado y aprobado una serie de propuestas de actualización relativas a la cartera común de servicios de salud pública, atención primaria y atención especializada.

#### II

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de mejorar los sistemas de salud y de forma específica la vigilancia en salud pública. Con el objeto de mejorar la vigilancia en salud pública de forma cohesionada en el Sistema Nacional de Salud el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó, el 15 de junio de 2022, la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud.

El 19 de junio de 2024 se publicó el Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. Este real decreto amplía la vigilancia a todos los aspectos de interés para la salud pública, más allá de las enfermedades transmisibles, integrando la vigilancia del estado de salud de la población en términos de bienestar, morbilidad y mortalidad y de los riesgos, determinantes, inequidades y factores que la condicionan, incluyendo la realidad territorial y demográfica de las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla. Además, pretende contribuir a disminuir las diferencias existentes entre los diferentes territorios en cuanto a los sistemas de vigilancia, consiguiendo el desarrollo armónico y cohesionado de los mismos.

Para apoyar la implementación de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública y del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, es fundamental la actualización y concreción de la cartera de servicios de vigilancia en salud pública del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

### III

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

Esta orden modifica la denominación del Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas, pasando a denominarse «Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas en prueba de talón», e incorpora a este programa la acidemia propiónica, la deficiencia primaria de carnitina, la deficiencia de acil-coA deshidrogenasa de cadena muy larga, la acidemias metilmalónicas (acidemia metilmalónica aislada y acidemia metilmalónica con homocistinuria), la acidemia isovalérica, la inmunodeficiencia combinada grave, la atrofia muscular espinal, la aciduria 3-hidroxi-3-metilglutárica y la adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X.

Asimismo, incluye la preeclampsia en el programa de cribado prenatal y amplía hasta los 74 años de edad el programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal en consonancia con las recomendaciones europeas (Recomendación del Consejo de 9 de diciembre de 2022 relativa a la mejora de la prevención mediante la detección precoz: un nuevo enfoque de la UE para el cribado del cáncer en sustitución de la Recomendación 2003/878/CE).

### IV

El apartado 5.3.8.3 del anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, recoge los criterios específicos de acceso a cada una de las técnicas de reproducción humana asistida en el marco de la cartera común de servicios. Para el fallo ovárico clínico prematuro se establece una restricción en la edad que no se contempla para el resto de criterios específicos de acceso para la fecundación *in vitro* (FIV) con ovocitos donados, generando una inequidad en el acceso a dicha técnica a las personas con fallo ovárico clínico prematuro entre los 36 y los 39 años.

Con el objetivo de homogeneizar los criterios de acceso en los supuestos de fecundación *in vitro* con ovocitos donados, esta orden elimina el límite de edad establecido para el acceso específico a esta técnica antes de los 36 años para las pacientes que presenten fallo ovárico clínico prematuro. De esta forma será de aplicación, como en el resto de supuestos de fecundación *in vitro* con ovocitos donados, que la edad de la mujer o persona transexual que conserva la capacidad de gestar en el momento de indicación del tratamiento sea inferior a 40 años.

## V

Mediante la disposición final primera de la Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible, se han modificado los artículos 13 y 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, clarificando en relación con la prestación de atención especializada y sociosanitaria, que la rehabilitación en pacientes con déficit funcional es la encaminada a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, con el fin de mantener su máxima autonomía, mejorar la calidad de vida y reintegrarles en su medio habitual.

Por ello, se considera preciso, para evitar incongruencias e inseguridad jurídica, armonizar en consonancia con el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, en lo relativo a la rehabilitación para pacientes con déficit funcional.

## VI

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 lo referente al derecho a la participación en salud, la participación ciudadana está reconocida en diferentes leyes de gran relevancia en la política sanitaria nacional. En concreto, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, recoge en el artículo 53 que, con el fin de articular la participación en el ámbito de las comunidades autónomas, se creará el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma. Asimismo, en cada Área, la comunidad autónoma deberá constituir órganos de participación en los servicios sanitarios, estableciendo a través de su artículo 58 los Consejos de Salud de Área como órganos colegiados donde se debe articular la participación de la ciudadanía a través de su representación por las Corporaciones Locales.

Asimismo, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, establece, en el 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.

En la misma línea de potenciar la participación de pacientes, el 23 de enero de 2025 se publicó la Resolución de 23 de enero de 2025, de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se hace público el acuerdo de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación de 24 de septiembre de 2024 sobre la participación de pacientes en los grupos de trabajo dependientes de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.

Por ello, también se considera necesaria la incorporación de los pacientes en la composición del Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética dependiente de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, mediante la modificación de la Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética, y por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

## VII

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

## VIII

Esta orden se ajusta a los principios de buena regulación contenidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. En cuanto a su necesidad y eficacia, esta modificación está justificada por una razón de interés general como es cubrir las necesidades sanitarias de la población y garantizar un acceso más homogéneo en todo el territorio a las prestaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud. En lo que respecta a la proporcionalidad, la norma contiene la regulación imprescindible para alcanzar los objetivos propuestos, no existiendo ninguna alternativa regulatoria menos restrictiva de derechos. Respecto a la seguridad jurídica, la norma resulta coherente con el resto de ordenamiento jurídico, tanto nacional como europeo. Asimismo, cumple el principio de eficiencia al no introducir ninguna variación en materia de cargas administrativas. En aplicación del principio de transparencia, quedan justificados en el preámbulo los objetivos que persigue la norma y durante el procedimiento de elaboración ha sido sometida a los trámites de consulta pública previa y audiencia e información pública, siendo consultadas las entidades representativas de los sectores afectados.

Asimismo, ha sido informada por el Consejo de Consumidores y Usuarios, el Consejo Nacional de la Discapacidad, y por el Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Se han consultado a las comunidades autónomas, las ciudades de Ceuta y Melilla, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, O.A., la Mutualidad General Judicial, O.A. y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, O.A.

Esta orden se dicta al amparo de lo previsto en el artículo 149.1.16.<sup>a</sup> y 17.<sup>a</sup> de la Constitución Española que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y régimen económico de la Seguridad Social y en uso de las atribuciones conferidas por la disposición final segunda del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

En su virtud, con la aprobación previa del Ministro para la Transformación Digital y de la Función Pública, de acuerdo con el Consejo de Estado, dispongo:

**Artículo primero.** *Modificación de los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.*

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, queda modificado como sigue:

Uno. La introducción y el apartado 1 del anexo I quedan redactados de la siguiente manera:

## «ANEXO I

**Cartera de servicios comunes de salud pública**

La prestación de salud pública es el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actividades dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales.

La prestación de salud pública y el conjunto de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud se inspirarán en el modelo social de la salud. Este enfoque reconoce que la salud de la población está determinada no solo por factores biológicos y la atención sanitaria, sino principalmente por las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales en las que las personas viven y trabajan. En consecuencia, las políticas de salud pública promoverán activamente

la acción intersectorial para abordar estos determinantes sociales y reducir las inequidades en salud.

Las prestaciones de salud pública tendrán carácter de integralidad, contando con las estructuras y recursos de las administraciones de salud pública, de atención primaria y especializada del Sistema Nacional de Salud. La cartera de servicios de atención primaria incluye los programas de salud pública cuya ejecución se realiza mediante acciones que se aplican a nivel individual por los profesionales de ese nivel asistencial.

La cartera de servicios de salud pública tiene una doble orientación:

a) Orientada al diseño e implantación de políticas de salud, que engloba las siguientes funciones: Valoración del estado de la salud de la población mediante el análisis de datos de sistemas de información de la salud y sus determinantes y la vigilancia en salud pública; el desarrollo de políticas de salud; el seguimiento y evaluación de riesgos para la salud; y la verificación, control e intervención en salud pública en ejercicio de la autoridad sanitaria.

b) Orientada directamente al ciudadano, que engloba las siguientes funciones: Definición de programas para la protección de riesgos para la salud, promoción de la salud y prevención de enfermedades, adicciones, discapacidades y lesiones. El ámbito de ejecución de estos programas lo definirá el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas en función de sus competencias, modelos organizativos y recursos. Comprenderá:

b.1 Programas intersectoriales, en los que los servicios en el ámbito de la salud pública se agrupan en actuaciones sobre estilos de vida y otros determinantes del entorno que comportan un riesgo para la salud para la identificación y mitigación de riesgos para la salud, así como para la promoción de activos y recursos individuales, comunitarios y ambientales que generan bienestar y salud.

b.2 Programas transversales, en los que los servicios en el ámbito de la salud pública se agrupan en programas y actividades en las distintas etapas de la vida, programas y actuaciones sobre enfermedades transmisibles, no transmisibles, lesiones y accidentes, o programas para grupos de población con necesidades especiales.

Los programas deben basarse en el mejor conocimiento científico, e incluir: definición de los criterios de población objetivo, estrategias, actividades y métodos de actuación, calendarios, estándares de calidad, criterios de accesibilidad, efectividad y participación social, así como la evaluación de los mismos.

El diseño, seguimiento y evaluación de los sistemas de vigilancia en salud pública, contarán, siempre que sea posible, con la participación efectiva de la ciudadanía, las asociaciones de pacientes y las organizaciones representativas de la sociedad civil.

## 1. Información y vigilancia en salud pública.

### 1.1 Sistemas de información sanitaria.

1.1.1 Análisis de los sistemas de información sanitaria existentes. Desarrollo de mecanismos para establecer y utilizar los sistemas de información que se consideren necesarios para llevar a cabo las funciones de la salud pública.

1.1.2 Identificación, monitorización y análisis de los determinantes, problemas y necesidades de salud.

1.1.3 Informes periódicos sobre el estado de salud de la población: Principales enfermedades y sus determinantes.

1.1.4 Informes específicos sobre problemas de salud emergentes o relevantes.

1.2 Vigilancia en salud pública, preparación y respuesta rápida ante alertas y emergencias de salud pública.

1.2.1 Sistemas de vigilancia en salud pública: se define sistema de vigilancia en salud pública como el componente de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública que estructura, organiza y desarrolla funcionalmente las actividades de recogida y análisis de datos, la interpretación de los resultados y la difusión de la información específica de grupos de eventos que comparten naturaleza y características similares.

El Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla en su ámbito, tienen la responsabilidad de crear, desarrollar y mantener, al menos, los siguientes sistemas de vigilancia:

- a) Sistemas de Vigilancia de las Enfermedades no Transmisibles, que incluirán al menos: el sistema de vigilancia de cáncer, el sistema de vigilancia de enfermedades cardiovasculares, el sistema de vigilancia de salud mental, la vigilancia de drogas y adicciones y el Registro Estatal de Enfermedades Raras.
- b) Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles, incluyendo las resistencias a los antimicrobianos y las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
- c) Sistema de Vigilancia en Salud Laboral.
- d) Sistema de Vigilancia en Salud Ambiental.

Formarán también parte de la vigilancia en salud pública la información de otros sistemas de información como el de seguridad alimentaria, los de vacunación e inmunizaciones, los determinantes sociales de la salud o los de farmacovigilancia. Se incorporarán también en la vigilancia los datos e información estadística relacionados con la salud pública generados del Movimiento Natural de la Población, el registro de defunciones y sus causas y aquellos generados por otras administraciones que sean relevantes para el análisis de determinantes, problemas y necesidades de salud, cumpliendo la normativa de protección de datos establecida a través del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Los objetivos, funciones y actividades de cada sistema de vigilancia se definirán en su manual de procedimientos y protocolos, que se consensuará en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Las funciones de los sistemas de vigilancia incluirán la recogida de la información necesaria y su transmisión a los diferentes niveles dentro de los sistemas de vigilancia, su análisis epidemiológico, y la difusión de sus resultados para orientar las actuaciones en salud pública.

La cartera de servicios comunes de vigilancia en salud pública incluirá de forma específica:

- Recepción de las notificaciones, declaraciones y otras formas de información definidas en los sistemas de vigilancia.
- Obtener y analizar a partir de aplicaciones informáticas basadas en la captación automática de datos y del cruce de bases interoperables, la información clínica, de laboratorio, laboral, ambiental, alimentaria, y social, así como otras que sean precisas para caracterizar los eventos sujetos a vigilancia.
- Interpretar la información y valorar el impacto en salud para la población de acuerdo con el contexto epidemiológico, ya sea un riesgo o un elemento generador de salud.

– Identificar tanto a los pacientes como a las personas en riesgo, caracterizando la situación epidemiológica de acuerdo con los procedimientos y protocolos de los sistemas de vigilancia.

– Indicar y autorizar, cuando corresponda, la realización de pruebas analíticas necesarias para cuantificar la exposición de las personas al riesgo y caracterización de este, y para evaluar la efectividad de las medidas de prevención y control.

– Establecer las actuaciones individuales y comunitarias para pacientes y personas, en aquellos sistemas en que la naturaleza transmisible del evento así lo exija, con el objetivo de prevenir, controlar o reducir el riesgo, incluidas aislamientos, cuarentenas, inmunoprofilaxis, quimioprofilaxis, otras indicaciones terapéuticas y medidas sobre el ambiente y su entorno.

– Identificar y evaluar el riesgo de las personas expuestas.

– Informar a los pacientes y personas expuestas a determinados riesgos de la exposición y de las recomendaciones para prevenir y controlar o reducir los riesgos.

– Establecer las medidas incluidas en los artículos 2 y 3 de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública cuando se consideren necesarias para controlar o reducir los riesgos para la salud de la población.

– Ante brotes o situaciones de riesgo para la salud pública, un incremento significativo de casos en relación a los valores esperados, aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en un ámbito hasta entonces libre de ella, cualquier proceso relevante de intoxicación aguda colectiva o aparición de cualquier incidencia de tipo catastrófico que afecte, o pueda afectar, a la salud, en centros educativos, socio-sanitarios, sanitarios, de trabajo, grupos vulnerables y otros ámbitos priorizados en los respectivos sistemas de vigilancia:

- Estudiar los determinantes específicos del centro o ámbito priorizado del fenómeno de salud sujeto a vigilancia.

- Establecer las medidas de prevención y control específicas necesarias.

- Evaluar la implementación y efectividad de las medidas de prevención y control.

- Coordinar las actuaciones necesarias dirigidas a la prevención y control del riesgo junto con los servicios de salud, otros centros sanitarios (públicos y privados) y las administraciones públicas.

– Cualquier otra función que establezca la unidad responsable de la vigilancia en salud pública en función de las necesidades detectadas en cada territorio.

La información necesaria para la vigilancia en salud pública deberá estar disponible en el menor tiempo posible para que las medidas puedan ser tomadas de forma oportuna.

En todos los sistemas de vigilancia se integrará de forma transversal la vigilancia de los determinantes de la salud y la mortalidad. Así mismo, se desarrollará el análisis de resultados desagregados por ejes de desigualdad, incluyendo la discapacidad, y se dispondrá de indicadores específicos que garanticen el seguimiento de los aspectos relacionados con la inclusión social y la equidad en salud.

1.2.2 Sistemas de alerta precoz, preparación y respuesta ante la aparición de brotes y situaciones epidémicas, alertas y emergencias de salud pública.

El Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla dispondrán de sistemas de alerta precoz y respuesta rápida y de planes de preparación y respuesta con las siguientes funciones:

a) Identificar y verificar las señales de riesgo y facilitar el intercambio rápido de información, entre los responsables de los sistemas de vigilancia y alertas de salud pública y las autoridades sanitarias responsables de la toma de decisiones, de aquellas amenazas que puedan tener un impacto en términos de morbilidad en la salud de la población y/o tengan capacidad de extensión en el territorio nacional o a nivel internacional y/o puedan requerir de actuaciones coordinadas para su control.

b) Evaluar el riesgo para la salud pública de dichas amenazas en coordinación con las unidades y los expertos que correspondan. Según la naturaleza del evento, y dependiendo de la situación, proponer la declaración de una emergencia de salud pública de importancia nacional.

c) Proponer las medidas necesarias para prevenir, controlar y/o mitigar el efecto de dichas amenazas para establecer una respuesta rápida, oportuna y coordinada, adaptada a la situación detectada, con enfoque de equidad, tratando de mitigar las desigualdades sociales en salud, de forma coordinada con los servicios asistenciales cuando corresponda.

d) Desarrollar los planes de preparación y la respuesta ante amenazas para la salud pública y asegurar, en base a ellos, la disposición de las capacidades, medidas para la respuesta y mecanismos de coordinación necesarios. Evaluar e intervenir ante situaciones de alertas en base a los planes establecidos. Se realizarán de forma periódica simulacros con el fin de comprobar y reforzar la eficacia de los planes de respuesta.

e) Establecer y mantener los canales necesarios para la difusión de la información a la ciudadanía sobre la situación y los riesgos generados por los eventos detectados, así como de las recomendaciones y acciones para su prevención y control, garantizando en todos los casos la accesibilidad universal de dicha información.

f) Colaborar en las estrategias de respuesta frente a la "infodemia" y desinformación en situaciones de brotes, epidémicas, alertas y emergencias sanitarias.

Para dar respuesta a la gestión de riesgos, alertas y emergencias sanitarias se articulará en el nivel estatal y autonómico un sistema para dar cobertura las 24 horas del día todos los días del año a los riesgos y alertas que se produzcan en todos los niveles territoriales. Este sistema deberá adaptarse a las características de cada territorio (extensión geográfica, población, dispersión, etc.) para una cobertura adecuada. Los estándares y criterios de dicho sistema serán los acordados en el marco de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud.

En el marco del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta rápida, se desarrollará y mantendrá actualizado un Plan Estatal de Preparación y Respuesta frente a Amenazas para la Salud Pública y los correspondientes Planes Autonómicos, así como planes específicos frente a amenazas determinadas que se consideren necesarios en el proceso continuo de evaluación de los riesgos para la salud pública.

### 1.2.3 Coordinación.

Las prestaciones recogidas en la cartera de servicios de vigilancia en salud pública se garantizarán a través de la unidad responsable de la vigilancia en salud pública del Ministerio de Sanidad y de las unidades responsables de dicha vigilancia de los departamentos de salud pública de las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla, que son las

competentes para garantizar dichas prestaciones y las actuaciones de coordinación derivadas.

Cada comunidad autónoma y ciudad con Estatuto de Autonomía desarrollará su propia estructura de vigilancia en salud pública en todo el territorio en función de sus propias necesidades y características.

1.2.4 Actividades de información y vigilancia en salud pública en atención primaria y en atención especializada.

1.2.4.1 En el caso de la atención primaria se tendrán en cuenta los criterios que se recogen en el apartado 4.2 del anexo II.

1.2.4.2 En el caso de la atención especializada la cartera de servicios comunes comprende las siguientes actividades:

1.2.4.2.1 Participar y colaborar en mantener operativos los sistemas de vigilancia en salud pública y sistemas de alerta precoz, preparación y respuesta necesarios ante la aparición de brotes y situaciones epidémicas, alertas y emergencias de salud pública detallados en el anexo I, apartado 1.2.1 y 1.2.2.

De conformidad con lo previsto en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, desde el nivel de atención especializada se proporcionará a las administraciones sanitarias responsables de la vigilancia en salud pública los datos y la información que establezcan las normativas autonómicas, nacional e internacional en materia de vigilancia en salud pública con la desagregación, formato y tiempo establecido por la autoridad sanitaria en cada nivel territorial, asegurando la confidencialidad e interoperabilidad que en cada caso se determine.

Se comunicará asimismo de forma urgente la información relevante y disponible sobre situaciones de riesgo para la salud pública siguiendo los criterios incluidos en las normativas autonómicas, nacional e internacional.

1.2.4.2.2 Participar en las actividades de control derivadas de la vigilancia y respuesta a las alertas de salud pública bajo la coordinación de las unidades responsables de la vigilancia en salud pública.

1.2.4.2.3 Participar en redes centinelas, encuestas poblacionales de salud u otros estudios necesarios para la vigilancia de enfermedades y otros problemas de salud de interés en salud pública o determinantes de la salud, según determinen los servicios de salud pública.

1.2.4.2.4 Participar en el desarrollo e implantación de planes y programas de salud pública, así como en las acciones derivadas de la vigilancia.

1.2.4.2.5 Participación en el sistema de farmacovigilancia, mediante la comunicación de efectos adversos.

1.2.4.2.6 Mantener la capacitación y formación en vigilancia en salud pública de los profesionales de atención especializada.

1.2.4.2.7 Desarrollar, adecuar y adoptar las tecnologías de la información y la comunicación necesarias para que los sistemas de vigilancia obtengan y compartan información de calidad en tiempo oportuno, teniendo en cuenta lo establecido en Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud. Toda herramienta de salud digital dirigida a la ciudadanía deberá cumplir, desde su diseño y en sus sucesivas actualizaciones, con las normativas vigentes en materia de accesibilidad universal.»

Dos. El apartado 3.3.1 del anexo I queda redactado de la siguiente manera:

«3.3.1 Las enfermedades que forman parte del programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas en prueba de talón de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud son:

- 3.3.1.1 Hipotiroidismo congénito.
- 3.3.1.2 Fenilcetonuria.
- 3.3.1.3 Fibrosis quística.

- 3.3.1.4 Deficiencia de acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena media (MCADD).
- 3.3.1.5 Deficiencia de 3-hidroxi-acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD).
- 3.3.1.6 Acidemia glutárica tipo I (GA-I).
- 3.3.1.7 Anemia falciforme.
- 3.3.1.8 Déficit de biotinidasa (DB).
- 3.3.1.9 Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (MSUD).
- 3.3.1.10 Homocistinuria (HCN).
- 3.3.1.11 Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC).
- 3.3.1.12 Tirosinemia tipo I (TYR I).
- 3.3.1.13 Acidemia propiónica.
- 3.3.1.14 Deficiencia primaria de carnitina.
- 3.3.1.15 Deficiencia de acil-coA deshidrogenasa de cadena muy larga.
- 3.3.1.16 Acidemias metilmalónicas:
  - 3.3.1.16.1 Acidemia metilmalónica aislada.
  - 3.3.1.16.2 Acidemia metilmalónica con homocistinuria.
- 3.3.1.17 Acidemia isovalérica.
- 3.3.1.18 Inmunodeficiencia combinada grave.
- 3.3.1.19 Atrofia muscular espinal.
- 3.3.1.20 Aciduria 3-hidroxi-3-metilglutárica.
- 3.3.1.21 Adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X.

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

Tres. El apartado 3.3.2.2 del anexo I queda redactado de la siguiente forma:

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

- a) Población objetivo: hombres y mujeres de edades comprendidas entre 50 y 74 años.
- b) Prueba de cribado: sangre oculta en heces.
- c) Intervalo entre exploraciones: 2 años.»

Cuatro. El apartado 3.3.5 del anexo I queda redactado de la siguiente forma:

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

3.3.5.1 Programa de cribado prenatal de anomalías cromosómicas. Su implementación tendrá un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de atención primaria y

atención especializada del Sistema Nacional de Salud. Con carácter general se realizará con los siguientes criterios:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Test combinado del primer trimestre de la preeclampsia compuesto por una prueba bioquímica que consiste en la determinación de PIGF (factor de crecimiento placentario) o PAPP-A (glicoproteína sintetizada en el trofoblasto), una prueba ecográfica de medición del índice de pulsatilidad de las arterias uterinas (IPAUt), y la medición de la tensión arterial media (TAM).

Las comunidades autónomas, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las mutualidades de funcionarios garantizarán la valoración del riesgo individual en las

mujeres embarazadas que cumplan criterios de alto riesgo y en caso de confirmarse, su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

La concreción del programa de cribado prenatal de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud se acompañará del desarrollo por parte del Ministerio de Sanidad de un sistema de información que permita en los niveles autonómico y estatal realizar un correcto seguimiento y evaluación de este programa. El Ministerio de Sanidad elaborará un informe técnico anual de evaluación del programa de cribado que pondrá a disposición del ciudadano y las administraciones en su portal de internet. Asimismo, establecerá protocolos consensuados en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que permitan abordar este programa en todas las comunidades autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla, de manera homogénea y de acuerdo con criterios de calidad. Dichos protocolos incluirán todos los diferentes procesos de atención que se llevan a cabo en el programa incluyendo, entre otros, la consulta preconcepcional.»

Cinco. El apartado 4 del anexo II de la cartera de servicios comunes de atención primaria queda redactado de la siguiente manera:

«4. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.

Comprende las siguientes actividades:

4.1 Información para el análisis y valoración de la situación de salud de la comunidad y para la evaluación de los servicios sanitarios.

4.2 Vigilancia en salud pública, que incluye:

4.2.1 Participar y colaborar en mantener operativos los sistemas de vigilancia en salud pública y sistemas de alerta precoz, preparación y respuesta necesarios ante la aparición de brotes y situaciones epidémicas, alertas y emergencias de salud pública detallados en el anexo I, apartado 1.2.1 y 1.2.2.

De conformidad con lo previsto en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, desde el nivel de atención primaria se proporcionará a las administraciones sanitarias responsables de la vigilancia en salud pública los datos y la información que establezcan las normativas autonómica, nacional e internacional en materia de vigilancia en salud pública con la desagregación, formato y tiempo establecido por la autoridad sanitaria en cada nivel territorial, asegurando la confidencialidad y la interoperabilidad que en cada caso se determine.

Se comunicará asimismo de forma urgente la información relevante y disponible sobre situaciones de riesgo para la salud pública siguiendo los criterios incluidos en las normativas autonómicas, nacional e internacional.

4.2.2 Participar en las actividades de control derivadas de la vigilancia y en la respuesta a las alertas de salud pública bajo la coordinación de las unidades responsables de la vigilancia en salud pública.

4.2.3 Participar en redes centinelas, encuestas poblacionales de salud u otros estudios necesarios para la vigilancia de enfermedades y otros problemas de salud o determinantes de la salud, según determinen los servicios de salud pública.

4.2.4 Participar en el desarrollo e implantación de planes y programas de salud pública, así como en las acciones derivadas de la vigilancia.

4.2.5 Participación en el sistema de farmacovigilancia, mediante la comunicación de efectos adversos.

4.2.6 Mantener la capacitación y formación en vigilancia en salud pública de los profesionales de atención primaria.

4.2.7 Desarrollar, adecuar y adoptar las tecnologías de la información y la comunicación necesarias para que los sistemas de vigilancia obtengan y

compartan información de calidad en tiempo oportuno, teniendo en cuenta lo establecido en Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud. Toda herramienta de salud digital dirigida a la ciudadanía deberá cumplir, desde su diseño y en sus sucesivas actualizaciones, con las normativas vigentes en materia de accesibilidad universal.»

Seis. El apartado 5.1.7 del anexo III queda redactado de la siguiente manera:

«7. Enfermedades del sistema circulatorio: Fiebre reumática aguda, enfermedad cardiaca reumática crónica, enfermedad hipertensiva, cardiopatía isquémica, enfermedades de la circulación pulmonar, otras formas de enfermedad cardiaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares y enfermedades de venas y linfáticos y otras enfermedades del aparato circulatorio.»

Siete. El apartado 5.3.4 del anexo III queda redactado de la siguiente manera:

«5.3.4 Rehabilitación en pacientes con déficit funcional, recogida en el apartado 8 de este anexo.»

Ocho. El apartado 5.3.8.3.b)2.ºii) del anexo III de la cartera de servicios comunes de atención especializada queda redactado de la siguiente manera:

«ii) Con ovocitos donados: criterios de acceso específicos para esta técnica:

- Edad de la mujer o persona transexual que conserva la capacidad de gestar en el momento de indicación del tratamiento: inferior a 40 años.
- Fallo ovárico clínico prematuro espontáneo o yatrogénico.
- Trastorno genético de la mujer o persona transexual que conserva la capacidad de gestar solo evitable mediante sustitución de ovocitos.
- Ovarios inaccesibles o no abordables para la extracción de ovocitos.
- Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con recepción de ovocitos donados. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular del resultado de los tratamientos previos.»

Nueve. El apartado 8 del anexo III queda redactado de la siguiente manera:

«8. Rehabilitación en pacientes con déficit funcional.

Comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de pacientes con déficit funcional, encaminados a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, con el fin de mantener su máxima autonomía, mejorar la calidad de vida y reintegrarles en su medio habitual.

Se incluye la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia que tenga relación directa con un proceso patológico que esté siendo tratado en el Sistema Nacional de Salud y métodos técnicos (ortoprótesis, reguladas en el anexo VI de cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica).»

**Artículo segundo.** *Modificación del apartado 3 del artículo segundo de la Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética, y por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.*

El apartado 3 del artículo segundo de la Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética, y por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, queda modificado como sigue:

«3. Este Comité tendrá la siguiente composición:

a) Presidencia: la persona titular de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia. En casos de vacante, ausencia, enfermedad, u otra causa legal, será sustituida por la persona titular de la Vicepresidencia.

b) Vicepresidencia: la persona titular de la Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación, en tanto que titular del órgano responsable de la definición de la política de ordenación de prestaciones. En casos de vacante, ausencia, enfermedad, u otra causa legal, será sustituida por la persona titular de la Secretaría.

c) Vocalías: en representación de cada uno de los siguientes órganos o administraciones y designadas por estos, entre personas que desempeñan funciones relativas a la cartera común de servicios en el área de genética:

1.º Una por cada una de las comunidades autónomas.

2.º Una por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

3.º Una por cada una de las mutualidades de funcionarios: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, O.A., Mutualidad General Judicial, O.A. e Instituto Social de las Fuerzas Armadas, O.A.

4.º Una por la Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación del Ministerio de Sanidad.

5.º Una por la Subdirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad.

6.º Una por la Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad.

7.º Dos en representación de federaciones o agrupaciones de asociaciones de pacientes.

Las personas que ocupen las Vocalías primera a sexta del Comité deberán ser designadas entre personal del subgrupo A1.

Además, se designarán dos vocalías por la persona titular del Ministerio de Sanidad, previa consulta al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, entre personas de reconocido prestigio y experiencia en el área de genética o genómica.

Para cada una de las vocalías será designada, por el órgano o administración a la que representan, una suplencia, con los mismos requisitos que para sus titulares.

d) Secretaría: una persona funcionaria de carrera del subgrupo A1 que ostentará la vocalía en representación de la Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación del Ministerio de Sanidad. Asistirá a las reuniones con voz y voto. Se designará una persona suplente con los mismos requisitos que la titular.

Cuando la naturaleza de los temas así lo aconseje, se podrán incorporar a este Comité como asesoras, por indicación de su Presidencia, otras personas expertas, con voz, pero sin voto.»

**Disposición adicional primera.** *Implantación de los programas poblacionales neonatales.*

Las comunidades autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla en coordinación con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las mutualidades de funcionarios (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, O.A., Mutualidad General Judicial, O.A. e Instituto Social de las Fuerzas Armadas, O.A.), adaptarán sus respectivas carteras de servicios a lo dispuesto en esta orden, en el plazo de un año desde su entrada en vigor, para los programas de cribado poblacional neonatal de la acidemia propiónica, deficiencia primaria de carnitina, deficiencia de acil-coA deshidrogenasa de cadena muy larga, acidemias metilmalónicas (acidemia metilmalónica aislada y acidemia metilmalónica con homocistinuria), acidemia isovalérica, inmunodeficiencia combinada grave, atrofia muscular espinal, aciduria 3-hidroxi-3-metilglutárica y adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X.

**Disposición adicional segunda.** *Implantación del programa de cribado poblacional prenatal de preeclampsia.*

Las comunidades autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla en coordinación con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las mutualidades de funcionarios (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, O.A., Mutualidad General Judicial, O.A. e Instituto Social de las Fuerzas Armadas, O.A.), adaptarán sus respectivas carteras de servicios a lo dispuesto en esta orden, en el plazo de dos años desde su entrada en vigor.

**Disposición adicional tercera.** *Ampliación del cribado de cáncer colorrectal.*

La ampliación hasta los 74 años del cribado de cáncer colorrectal se hará de forma progresiva, de manera que en el plazo de cinco años a contar desde la entrada en vigor de esta orden todas las comunidades autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla en coordinación con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las mutualidades de funcionarios (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, O.A., Mutualidad General Judicial, O.A. e Instituto Social de las Fuerzas Armadas, O.A.) deberán haber iniciado la modificación de este programa, y en diez años, la cobertura, entendida como la invitación a participar, se aproximará al 100% en el grupo de edad de 70 a 74 años de edad.

**Disposición final única.** *Entrada en vigor.*

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

Madrid, 13 de abril de 2026.–La Ministra de Sanidad, Mónica García Gómez.