

La reforma/reducción de la
atención sanitaria por el
Sistema Nacional de Salud.

Autor: Virginia Pérez de Lózar

Tutor: Antonio José Piñeyroa de la Fuente
Curso de adaptación al Grado de Relaciones Laborales y
Recursos Humanos.
Facultad de Ciencias del Trabajo (Palencia).

2013



Universidad de Valladolid

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

ÍNDICE

1. Introducción.

- 1.1. Justificación de la elección del tema.
- 1.2. Introducción al tema.

2. La condición de asegurado.

- 2.1. Titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria.
- 2.2 De la condición de asegurado.
- 2.3 De la condición de beneficiario de una persona asegurada.
- 2.4 Situación de los extranjeros “irregulares” en España.
- 2.5 El problema del conocido “turismo sanitario”.
- 2.6 Reconocimiento y control de la condición de asegurado.
- 2.7 De la extinción de la condición de asegurado o de beneficiario.

3. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

- 3.1 Articulación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.
- 3.2 Modalidades de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.
- 3.3 Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.

4. La prestación farmacéutica.

- 4.1 Prescripción de medicamentos y productos sanitarios.
- 4.2 Exclusión de la prestación farmacéutica, de medicamentos y productos sanitarios.
- 4.3 Sistema de participación de los ciudadanos, la prestación farmacéutica.

5. Conclusiones personales.

6. Bibliografía.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

1. Introducción:

1.1 Justificación de la elección del tema.

La justificación sobre mi elección por éste tema, está en su relevancia actual, ya que me parece muy importante e interesante a la vez, conocer los cambios en la regulación de la asistencia sanitaria y en qué medida nos afecta a los ciudadanos.

Considero importante y necesario, conocer en profundidad los derechos que tenemos cuando somos usuarios del Sistema Nacional de Salud, y a qué tipo de prestaciones podemos acceder, sobre todo después de la reforma con la que se han introducido cambios importantes.

En cuanto a la vinculación con la titulación, la encuentro en que la sanidad forma parte de las Políticas Públicas Sociolaborales abordadas en ésta titulación.

Las Políticas Públicas Sociolaborales son aquellas que persiguen afectar al grupo de personas que desarrollan actividades productivas, apareciendo diversas políticas sectoriales (como pueden ser el empleo, la seguridad y salud de los trabajadores, la formación profesional, la sanidad...). Es decir, abarcan las políticas sociales (que son las que se configuran en torno a unos derechos sociales y tratan de satisfacer unas necesidades básicas) y las políticas laborales (las que afectan a las relaciones entre los sujetos que intervienen en el mercado de trabajo).

La sanidad, ésta recogida dentro de las políticas sociales, ya que cubre una necesidad básica como es el derecho a la salud.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

1.2 Introducción.

Todos los españoles, además de los ciudadanos extranjeros que tengan su residencia en el territorio nacional, son **titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria**¹.

Dadas las dificultades por las que atraviesa la Sanidad Pública española (alta morosidad e insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias), se hace imprescindible la adopción de medidas urgentes que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que el problema persista.

Tal y como se recoge en el capítulo I, de la exposición de motivos de la Ley 16/2012 de 20 de abril², la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación.³

Y para ello entra a modificar aspectos fundamentales de la prestación de asistencia sanitaria como son su derecho, su contenido o su gestión de la prestación. Recuperando la condición de asegurado, clásica en la regulación de los seguros sociales del pasado siglo, frente a la de sujeto protegido⁴.

Por ello se justifica, la implantación de medidas de reforma de las leyes sanitarias, así como la adopción de nuevos decretos que lo regulen.

¹ Tal y como establece la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.

² 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.

³ Se hace referencia a la principal de las justificaciones de la reforma sanitaria, las dificultades económicas por las que atraviesa el Sistema Nacional de Salud.

⁴ Vid. BLASCO LAHOZ, J.F, Modificaciones en materia de asistencia sanitaria, consecuencia del RD-L 16/2012, de 20 de abril, Revista de información Laboral nº 11 Noviembre de 2012.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Unas reformas que permitan reforzar, mejorar en la gestión, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, coordinar los servicios sanitarios y sociales, así como garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional.

A lo largo del contenido del trabajo, veremos que tiene tres líneas principales de análisis:

- **La regulación de la condición de asegurado:** desde la exposición de motivos del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril se insta a la necesidad de regularla, con el fin de evitar algunas situaciones de abuso de la Sanidad Pública, que pongan en riesgo la sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud.⁵
- **La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud:** la nueva categorización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, que tal y como se establece en el Capítulo II de la exposición de motivos de la RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, permite gestionar mejor la realidad asistencial en España, ya que existe un entramado jurídico-administrativo que reduce la transparencia y dificulta la ejecución.⁶
- **La prestación farmacéutica:** en la exposición de motivos del Capítulo V del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, se hace referencia a la necesidad de tomar las decisiones de financiación en base a criterios de coste-efectividad, teniendo en cuenta el impacto presupuestario.⁷

⁵ Situación analizada en el apartado 2 del trabajo.

⁶ Analizado en el apartado 3 del trabajo.

⁷ Analizado en el apartado 4 del trabajo.

2. La condición de asegurado:

Se consideraba que la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, recogía un vacío normativo⁸ que ponía en riesgo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Por ello, la adopción de nuevas normas como el RD 1192/2012, de 3 de Agosto⁹ y del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril¹⁰.

El acceso a los servicios sanitario públicos se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual expedida por cada Servicio de salud. Siendo el documento que identifica a cada ciudadano como usuario en todo el Sistema Nacional de Salud.

Se ha pasado de delimitar quienes son los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria (a través de la Ley 16/2003 de 28 de mayo), a hablar de 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.

Es decir, se ha pasado de denominarlo titulares de derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria, a asegurados.

Las nuevas figuras, del “asegurado” y del “beneficiario”, han permitido definir los supuestos de acceso al derecho a la asistencia sanitaria pública, resultando de aplicación tanto a los españoles como a los ciudadanos de otras nacionalidades.

Es decir, aquéllas personas que cumplan la condición aseguradas o beneficiarias de las mismas, tendrán derecho a la asistencia sanitaria pública, además de las recogidas en situaciones especiales.

⁸ *Recogido en la exposición de motivos del RD 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.*

⁹ *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.*

¹⁰ *De medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.*

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

2.1 Titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria.

A partir de la Ley 16/2003 de 28 de marzo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En este apartado se recoge la descripción de los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria, que ha sido modificado por el *RD-Ley 16/2012 de 20 de abril*¹¹ para abordar la cuestión de la condición de asegurado. Dicha condición, regulada específicamente en el *RD 1192/2012 de 3 de agosto*¹².

Con la nueva redacción (abordada en el siguiente apartado), desde la exposición de motivos del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril se buscaba una adecuada redacción de los supuestos para acceder a la atención sanitaria pública, que veremos si cumple con ese objetivo de universalidad de la reforma.

Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria (*art. 3.1 Ley 16/2003 de 28 de marzo*):

- Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el art. 12 de la Ley Orgánica 4/2000.
- Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
- Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea, que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

¹¹ *RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.*

¹² *RD 1192/2012 de 3 de agosto.*

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

- Las Administraciones Públicas orientarán sus acciones tratando de impedir la discriminación de cualquier colectivo de población que tenga dificultad para acceder a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

2.2 De la condición de asegurado.

A partir del RD 1192/2012 de 3 de agosto y del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

Todas las personas que ostenten la condición de aseguradas o de beneficiarias tendrán garantizada la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, la cual se hará efectiva por las administraciones sanitarias competentes mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

Esto ha modificado lo recogido en la Ley 16/2003 de 28 de mayo, que hacía referencia a los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria; en vez de referirse a la condición de asegurados.

Tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos (art. 1 RD-Ley 16/2012 de 20 de abril):

- 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.
- Ostentar la condición de pensionista del Sistema de la Seguridad Social.
- Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
- Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Esto no será de aplicación¹³ en situaciones especiales (recibiendo asistencia sanitaria los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España) como:

- Situaciones de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
 - Situaciones de asistencia al embarazo, parto y posparto.
- También tendrán la condición de aseguradas, las personas no comprendidas en el apartado anterior, no teniendo ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, y se encuentre en alguno de los siguientes supuestos:
 - Tener nacionalidad española y residir en territorio español.
 - Ser nacionales de algún estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros.
 - Ser nacionales de un país distinto de los mencionados anteriormente, o apátridas, y titulares de una autorización para residir en territorio español, mientras ésta se mantenga vigente en los términos previstos.
 - Los menores de edad sujetos a tutela administrativa siempre tendrán la consideración de personas aseguradas, salvo en los casos previstos en el art. 3 ter de la Ley 16/2003 de 28 de mayo.

Si no se cumplen ninguno de los supuestos anteriores, aquellas personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en el territorio español,

¹³ Art. 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

Teniéndose en cuenta, para el límite de ingresos, los ingresos íntegros obtenidos por rendimientos del trabajo, del capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales¹⁴.

En todo caso se entiende, que no superan el límite de ingresos, los contribuyentes que no estén obligados a declarar por el Impuesto sobre la renta de las personas físicas.

2.3 De la condición de beneficiario de una persona asegurada:

Regulado en el art. 3 del RD 1192/2012, de 3 de agosto y en el art. 3.4 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo (redacción dada por el art. 1 del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril).

Son personas que tienen la condición de beneficiarias de un asegurado las que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones, cumpliendo, además una serie de requisitos.

2.3.1 Situaciones¹⁵:

Ser cónyuge de la persona asegurada o convivir con ella con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.

Ser ex cónyuge, o estar separado judicialmente, en ambos casos a cargo de la persona asegurada por tener derecho a percibir una pensión compensatoria por parte de ésta.

¹⁴ Recogido en el art. 2.3 del RD 1192/2012 de 3 de agosto.

¹⁵ Establecido en el art. 3.1 y 3.2 del RD 1192/2012 de 3 de agosto.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Ser descendiente, o persona asimilada a éste, de la persona asegurada o de su cónyuge, aunque esté separado judicialmente, de su ex cónyuge a cargo o de su pareja de hecho.

En ambos casos a cargo de la persona asegurada y menor de 26 años; o aún siendo mayor, tener una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65%.

Y se considerará, además, personas asimiladas a los descendientes:

- A los menores sujetos a tutela o al acogimiento legal de una persona asegurada, de su cónyuge, aunque esté separado judicialmente, o de su pareja de hecho, así como de su ex cónyuge a cargo, cuando en éste último caso, la tutela o el acogimiento se hubiesen producido antes del divorcio o de la nulidad matrimonial.
- Las hermanas y los hermanos de la persona asegurada.

Los descendientes y personas asimiladas a los asegurados, se entenderán a su cargo si conviven con el asegurado y dependen económicamente de él.

Teniéndose en cuenta que¹⁶:

- Los menores de edad no emancipados se encuentran siempre a cargo de la persona asegurada.
- En los casos de separación por trabajo, estudios o circunstancias similares, se considera que existe convivencia con la persona asegurada.

¹⁶ Establecido en el art. 3.2 del RD 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.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

2.3.2 Requisitos condición de beneficiaria de un asegurado¹⁷.

- No ostentar la condición de personas aseguradas.
- Tener residencia autorizada y efectiva en España, salvo en el caso de aquellas personas que se desplacen temporalmente a España y estén a cargo de trabajadores trasladados por su empresa fuera del territorio español, siempre que éstos se encuentren en situación asimilada al alta, cotizando en el correspondiente régimen de Seguridad Social español.
- Las personas que reúnan los requisitos para tener la condición de beneficiarias, no podrán acceder a la condición de aseguradas, mientras sigan cumpliendo dichos requisitos.
- Sólo se podrá adquirir la condición de beneficiaria, por una persona asegurada, no por más.

Las personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán, también, obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial¹⁸.

Por otro lado, se encuentran las personas **titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por mutualidades**, como son, 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 específico¹⁹.

¹⁷ Recogido en el art. 3.3 del RD 1192/2012 de 3 de agosto.

¹⁸ Establecido en el art. 3.5 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su redacción dada por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

¹⁹ Art. 3.6 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su redacción dada por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Lo que conlleva, que éstas personas que han optado por beneficiarse de éste régimen, deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por éstas entidades.

2.4 Situación de los extranjeros “irregulares” en España.

Los extranjeros residentes tienen derecho a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles²⁰.

Haciendo referencia a uno de los objetivos de la reforma, como es la búsqueda de la universalidad, vemos que ésta se rompería a la hora del acceso de los extranjeros en situación “irregular” en España. Sobre todo, afectando a un sector de la población más desfavorecida.

Regulado en el art 1.3 del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, que añade un art. 3 ter al art.3 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, donde se establece que los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, sólo recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- En situación de urgencia por enfermedad grave o accidente, hasta la situación de alta médica.
- De asistencia al embarazo, parto y posparto.

Y aquellos extranjeros menores de 18 años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Se rompe la universalidad, ya que no se garantiza el derecho a todos los ciudadanos a la protección de la salud.

²⁰ Art. 14 de la Ley Orgánica 4/2000, en su redacción dada por la Ley Orgánica 2/2009. Para ver más información sobre los derechos de los ciudadanos extranjeros a la prestación de asistencia sanitaria, (vid.) BLASCO LAHOZ, J.F, *Modificaciones en materia de asistencia sanitaria, consecuencia del RD-L 16/2012, de 20 de abril, Revista de información Laboral nº 11 Noviembre de 2012.*

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

En éste caso se excluye a los inmigrantes “irregulares” de la garantía de ser atendidos en situaciones de enfermedad común. Aquellos que no estén dados de alta en la Seguridad Social, pierden el derecho a la tarjeta sanitaria.

2.5 El problema del conocido “turismo sanitario”.

Una de las situaciones que afectaba a la sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud, es el llamado “turismo sanitario”. Siendo un fenómeno, que consiste en viajar a otro país para recibir algún tipo de tratamiento o de atención médica (como cirugías, tratamientos, rehabilitación...). Situación que conlleva unas repercusiones económicas que afectan a la sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud.

Uno de los objetivos de la reforma, es controlar ésta situación, a través de la **definición de quienes tienen la condición de asegurado** (con derecho a la atención sanitaria): ya que aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo sólo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial. Porque un requisito fundamental para disfrutar de la condición de asegurado, es la residencia en España.

De ésta manera, se establecen límites al disfrute de la sanidad pública, por parte de los turistas extranjeros. Protegiendo al Sistema Nacional de Salud, de su posible uso fraudulento.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Y con un mayor control para evitar el uso fraudulento del Sistema Nacional de Salud²¹:

- Los órganos competentes en materia de extranjería podrán comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social, sin contar con el consentimiento del interesado, los datos que resulten imprescindibles para comprobar si el extranjero puede ser beneficiario.
- Del mismo modo, el **Instituto Nacional de la Seguridad Social** podrá tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social o de los órganos de las administraciones públicas competentes que resulten imprescindibles para verificar la condición de asegurado o beneficiario.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social tratará 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 asistencia sanitaria.

2.6 Reconocimiento y control de la condición de asegurado.

Regulado en el art. 3 bis. de la Ley 16/2003 de 28 de mayo (redacción dada por el art. 1 del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril).

El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo corresponderá al **Instituto Nacional de la Seguridad Social**, a través de sus direcciones provinciales, que establecerá los requisitos documentales a establecer en cada caso.

²¹ Art. 3 bis. 3 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo redacción dada por el art. 1.2 del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

El reconocimiento se realizará de oficio, o previa solicitud del interesado, según los casos:

- Reconocimiento de oficio²²: se hará de forma automática, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos.
- Reconocimiento de la condición de asegurado o de beneficiario previa solicitud del interesado²³: requiriendo la presentación de una solicitud de los interesados dirigida a la dirección provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Después de ser reconocida la condición de asegurado o de beneficiarse del mismo, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso a la sanidad mediante la expedición de la **tarjeta sanitaria individual**²⁴.

La tarjeta sanitaria individual se encuentra regulada en el art. 57 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo y en el RD 183/2004 de 30 de Enero.

Dichas tarjetas incorporan una serie de datos comunes y estarán vinculadas a un código de identificación personal único para cada ciudadano en el Sistema Nacional de Salud²⁵.

Las tarjetas incluirán, de manera normalizada, los datos básicos de identificación del titular de la tarjeta, del derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica y del servicio de salud o entidad responsable de la asistencia sanitaria²⁶.

²² Art. 5 del RD 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.

²³ Art. 6 del RD 1192/2012 de 3 de agosto.

²⁴ Art. 3 bis. 3 párrafo 4º de de la Ley 16/2003 de 28 de mayo redacción dada por el art. 1.2 del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

²⁵ Art. 3.1 del RD 183/2004 de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.

²⁶ Art. 57.2 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Los órganos competentes en materia de extranjería podrán comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social, aun sin contar con el consentimiento del interesado, los datos que resulten imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos.

Las modificaciones que pueda establecer el Instituto Nacional de la Seguridad Social, deberán surtir los efectos que procedan en la tarjeta sanitaria individual.

2.7 De la extinción de la condición de asegurado o de beneficiario.

Regulado en el art. 7 del RD 1192/2012, de 3 de agosto.

La condición de asegurado se extinguirá por:

- Dejar de cumplir las condiciones establecidas para adquirir la condición de asegurado. Extinguiéndose el primer día del segundo mes a aquél en que concurra la causa extintiva. Si se trata de la superación del límite de ingresos²⁷ establecido por el art. 2 del RD 1192/2012 de 3 de agosto, la extinción de la condición de persona asegurada se producirá con efectos del día uno de enero del año siguiente a aquél en que tal hecho se produzca.
- Fallecimiento.

La condición de beneficiario de una persona asegurada se extinguirá por:

- Dejar de cumplir las condiciones exigidas para adoptar la condición de beneficiario de una persona asegurada. El hecho de dejar de residir en territorio español no conllevará la pérdida de la condición de persona

²⁷ *Teniéndose en cuenta, para el límite de ingresos, los ingresos íntegros obtenidos por rendimientos del trabajo, del capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales. En todo caso se entiende, que no superan el límite de ingresos, los contribuyentes que no estén obligados a declarar por el Impuesto sobre la renta de las personas físicas.*

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

beneficiaria cuando así lo establezcan las normas internacionales en materia de seguridad social que resulten de aplicación. En este caso, se extinguirá el primer día del segundo mes siguiente a aquél en que concurra la causa de extinción.

- Pasar a ostentar la condición de persona asegurada. Extinguiéndose la condición de beneficiaria el día en que se adquiriera la condición de persona asegurada.
- Fallecimiento.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

3. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud

Regulada en el art. 8 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en su redacción dada por el RD-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.

Además también se encuentra regulada en el RD 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

La Ley 16/2003 en su art. 7.1, estableció la existencia de un catálogo de prestaciones, que tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención y comprende las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencia, farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario²⁸.

La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendido 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 sanitarias²⁹.

Con la modificación de la Ley 16/2003 de 28 de mayo por medio del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, se ha introducido una categorización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud para gestionar mejor la asistencia en

²⁸ Vid. Apartado II, a) BLASCO LAHOZ, J.F, *Modificaciones en materia de asistencia sanitaria, consecuencia del RD-L 16/2012, de 20 de abril, Revista de información Laboral nº 11 Noviembre de 2012.*

²⁹ Definición dada por el art. 8.1 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su redacción dada por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

España, ya que existe un entramado jurídico muy amplio que da lugar a dificultades en la aplicación de las normas, disminuyendo además la transparencia de las mismas.

La nueva articulación de la cartera común de servicios, busca el acceso a las prestaciones y el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y libre circulación de todos los ciudadanos.

3.1 Articulación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Se ha modificado la cartera común de servicios que existía hasta ahora, dando una nueva redacción del art. 8 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, a través del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

Es una **cartera de servicios común para todo el territorio español garantizándose a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud.**

Con ésta reformulación de la cartera de servicios común, el Gobierno pretende que todos los ciudadanos tengan acceso a las mismas prestaciones sanitarias, independientemente de la Comunidad Autónoma en la que residan.

Con éstas medidas **promueve la gratuidad e igualdad de derechos sanitarios en todas las comunidades autónomas.**

Y lo hace, estableciendo una redacción clara y que es específica de las tres modalidades en las que se articula.

Con la reformulación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, **se pretende además**³⁰, llegar a la homogeneidad entre los servicios de salud, así como hacia la claridad, transparencia e información a la ciudadanía

³⁰ *Objetivo recogido en el Capítulo IV de la exposición de motivos del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.*

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

para que pueda conocer con exactitud el alcance de la cobertura de sus derechos. Es decir, que cada ciudadano conozca los servicios a los que puede acceder, gracias a sus derechos.

Además se añaden los arts. 8 bis, 8 ter, 8 quater y 8 quinquies a la Ley 16/2003 de 28 de mayo, con el fin de dar claridad a las tres modalidades de la cartera, describiendo cada una de ellas individualmente.

Articulación:

- Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
- Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud.
- Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud.

Cada una de estas carteras comprende una serie de servicios específicos para cada una. El contenido de la cartera ésta desarrollado en el RD 1030/2006 de 15 de septiembre³¹, pero no se estructuraba en tres modalidades cómo ocurre con ésta modificación. Lo que le da homogeneidad y transparencia a la legislación.

³¹ *RD 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.*

3.2 Modalidades de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Cartera común básica de servicios asistenciales³²:

Incluye las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en los centros sanitarios o socio sanitarios, además del transporte sanitario urgente.

Se establece que estos servicios seguirán siendo financiados de forma pública como se hacía hasta la nueva regulación. El Gobierno cumple así, el compromiso de no establecer el copago en la asistencia sanitaria.

Cartera común suplementaria³³:

En ella estarán incluidas las prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria.

Y estas prestaciones estarán financiadas por las aportaciones correspondientes de los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Incluyéndose:

- La prestación farmacéutica.
- Prestación ortoprotésica.
- Prestación con productos dietéticos.
- El transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.

Se establece que para la **prestación ortoprotésica** y para la **prestación con productos dietéticos³⁴**, se aprobarán por Orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y a propuesta de la

³² Regulado en el art. 8 bis de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, en su redacción dada por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

³³ Regulado en el art. 8 ter de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, en su redacción dada por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

³⁴ Establecido en el art. 8 ter. 4 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, en su redacción dada por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Comisión de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final.

En éste sentido, podemos apreciar un recorte importante, ya que hasta ahora se aplicaba lo establecido en el Anexo VI del RD 1030/2006 de 15 de septiembre: la prestación ortoprotésica se facilita por los servicios de salud o dando lugar a ayudas económicas en los casos en que se establezca para tal.

Y con la nueva regulación contenida en el art. 8 ter de la Ley 16/2012 de 20 de abril **se establece un límite muy importante**, ya que su dispensación estará sujeta a la aportación del usuario, porque se aplicará primero lo regulado en un Real-Decreto ley que tiene rango de ley, y prima sobre un Real Decreto, que tiene menor rango (rango de reglamento).

En cualquier caso, las CCAA podrán decidir si financian o no éstos tipos de prestaciones.

Lo mismo ocurre con la **prestación de productos dietéticos**, regulada en el Anexo VII del RD 1030/2006 de 15 de septiembre. La nueva regulación establecida en el art. 8 ter. 4 de la Ley 16/2012 de 20 de abril, establece que éste servicio se financiará mediante la aportación correspondiente del usuario.

Otro cambio, bastante importante, está en la **financiación del transporte sanitario no urgente**, sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas.

En este caso, la regulación del transporte sanitario esta en el Anexo VIII del RD 1030/2006 de 15 de septiembre, en el que se dice que tendrán derecho a la financiación de este servicio, las personas enfermas o accidentadas cuando reciban asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, que por causas clínicas no puedan desplazarse mediante el transporte ordinario. No se hace diferencia entre transporte urgente y no urgente.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Y como consecuencia de la nueva regulación establecida en el art. 8 ter del RD-ley 16/2012 de 20 de abril, el transporte no urgente ahora será financiado por la aportación de los usuarios acorde con el determinado para la prestación farmacéutica.

Supone una diferencia entre un transporte u otro, que puede afectar a las condiciones de los usuarios que no puedan financiarse éste servicio.

Por otro lado, **la financiación de la prestación farmacéutica** se regirá por su normativa propia:

- La *Ley 29/2006 de 26 de julio*, de garantías y uso racional de los medicamentos, en su nueva redacción dada, por el *Capítulo IV del RD-ley 16/2012 de 20 de abril*, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Y por el *RD 823/2008 de 16 de mayo* por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano, modificado por el *RD-ley 16/2012 de 20 de abril*.

Las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, regulan el porcentaje de aportación del usuario en éstos servicios (desarrollado en el apartado 4.1 del trabajo).

Se tomará como base de cálculo para ello, el precio final del producto sin que se aplique ningún límite de cuantía a ésta aportación.³⁵

³⁵ Establecido por el art. 8 ter. 5 de la *Ley 16/2003 de 28 de mayo*, en su redacción dada por el *RD-Ley 16/2012 de 20 de abril*.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Cartera común de servicios accesorios³⁶:

Comprende las actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideren esenciales y/o que son de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico.

Su financiación será mediante aportación o reembolso por parte del usuario.

La persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, establecerá 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, así como las modalidades de aportación o reembolso.

Y también se señala que los servicios recogidos en ésta modalidad se harán efectivos cuando se aprueben por Orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Para que las actividades se incluyan en ésta modalidad de cartera, deberá estar suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento.

Así se pone de relieve, la importancia de los límites que se establecen para que dichas actividades sean incluidas en ésta modalidad. Contribuyendo a la **sostenibilidad** del sistema sanitario público, ya que se debe probar la inclusión de las actividades.

³⁶ Regulado en el art. 8 quater de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, en su redacción dada por la RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Por último, se establece que la aportación del usuario o en su caso, el reembolso, se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como referencia el precio final de facturación que se decida para el Sistema Nacional de Salud.

3.2.1 Desarrollo y actualización de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Regulado en el art. 20, 21.1 y 21.2 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, en su redacción dada por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

Se establece que el contenido de la cartera se determinará por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.

Teniendo en cuenta para su elaboración, la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.

Volviendo a hacer hincapié en que, no se incluirán aquellas prestaciones cuya **eficacia no esté lo suficientemente probada**. Hecho que se mantiene, ya que se encontraba regulado hasta ahora.

Acudiendo al hecho de que con la reforma se persigue la sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud, se puede decir, que así se protege para que no se malgaste el presupuesto destinado a cubrir las prestaciones incluidas en la Cartera Común de Servicios.

En lo referente a la **actualización de la cartera común de servicios**, se ha modificado el art. 21, apartados 1 y 2 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo.

Estableciéndose, que la actualización de la misma se llevará a cabo mediante orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Y el procedimiento para ello se desarrollará reglamentariamente.

Además, las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidos a evaluación como hasta ahora, pero lo que se ha modificado, es que esa evaluación será obligatoriamente con carácter perceptivo y previo a su utilización en el Sistema Nacional de Salud, por la Red española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Ya no será la responsable de esa evaluación, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III (en colaboración con otros órganos evaluadores a propuesta de las CCAA).

Algo que puede llegar a proteger, la inclusión en la cartera de servicios de técnicas, tecnologías o procedimientos con una eficacia que no esté debidamente probada.

3.3 Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.

En éste sentido, la cartera complementaria de las comunidades autónomas se encontraba regulada en el art. 11 del RD 1030/2006 de 15 de septiembre³⁷.

Y ahora se ha recogido en el art. 8 quinquies de la Ley 16/2003 de 28 de mayo en su redacción dada por el RD-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.

³⁷ RD 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

3.3.1 Competencia de las CCAA en éste ámbito.

Tal y como se establece en ese art. 8 quinquies, las CCAA tendrán la opción de aprobar, en el ámbito de sus competencias sus respectivas carteras de servicios. Deberán hacerlo incluyendo obligatoriamente la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, en sus tres modalidades (básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios), garantizándose a todos los usuarios.

Así se consigue la obligatoriedad por parte de las CCAA, de incluir al menos, las tres modalidades de la cartera, garantizándose a todos los usuarios independientemente de la CCAA en la que residan. Así se cumple con el objetivo de la reforma de garantizar las mismas prestaciones a todos los usuarios del territorio nacional.

Las **competencias** que tienen en éste ámbito, son la posibilidad de incorporación en sus carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Y lo harán estableciendo unos recursos adicionales necesarios para ello.

Para garantizar uno de los objetivos de la reforma, como es la **sostenibilidad del Sistema Sanitario Público**, se establece en art. 8.3 quinquies de la Ley 16/2003 de 28 de mayo³⁸, que las **CCAA destinarán los recursos económicos necesarios para financiar la cartera común de servicios**, siendo necesario para la aprobación de la cartera complementaria de una comunidad autónoma, la garantía previa de suficiencia financiera de la misma en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria. Además no entrarán en ningún caso, en la partida de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

³⁸ En su redacción dada por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Las CCAA deberán, con anterioridad a su incorporación, informar de forma motivada, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Una vez más se ponen de manifiesto las medidas tomadas, para garantizar la sostenibilidad financiera del Sistema Sanitario Público, ya que las CCAA tienen que informar con unos motivos suficientes, la inclusión de una cartera complementaria. Medida que no recogida antes, en el art. 11 del RD 1030/2006 de 15 de septiembre, donde se regula la cartera de servicios complementaria de las CCAA.

Además, tal y como se establecía hasta ahora, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad deberá conocer por parte de las CCAA, los servicios complementarios que no contemple la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, tras su efectiva incorporación.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tendrá la potestad³⁹ de poder emitir recomendaciones sobre el establecimiento de prestaciones complementarias a las comunes del Sistema Nacional de Salud, tal y como se establece en el art. 71.1 b) de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, donde se recogen las funciones del Consejo Interterritorial.

Por último, y como medida adicional, **la financiación completa de las carteras complementarias la asumirán⁴⁰, con cargo a sus presupuestos, las propias CCAA.** Costes asumidos, para cubrir esas prestaciones complementarias, de las personas que tengan la condición de asegurado.

Suponiendo un límite importante, ya que las personas que no tengan la condición de asegurado, no podrán beneficiarse de las prestaciones complementarias de las CCAA.

³⁹ Art. 8 quinquies. 5 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, en su redacción dada por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

⁴⁰ Art. 8 quinquies. 7 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, en su redacción dada por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

4. La prestación farmacéutica

Debido a que ha surgido un amplio debate acerca de la reforma sobre las medidas de la prestación farmacéutica, sobre todo porque **se ha modificado el sistema de aportaciones del usuario en farmacia**⁴¹, en éste apartado se trata de dar una visión sobre cómo afectan las nuevas medidas en la prestación farmacéutica, a los ciudadanos.

Las diferentes medidas adoptadas, argumentan desde el principio de austeridad y de racionalización en el gasto público en la oferta de medicamentos y productos sanitarios, la modificación del sistema de aportación por parte del usuario.

Desde la exposición de motivos del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, se establece que la modificación del sistema de aportación por parte del usuario, tiene el fin de conseguir, la adecuación al actual modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud por los Presupuestos Generales del Estado.

Se busca la sostenibilidad económica, con medidas para evitar la acumulación de medicamentos inservibles en los domicilios, a la vez que su indebida utilización.

4.1 Prescripción de medicamentos y productos sanitarios.

Regulado en el art. 85 de la Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su redacción dada por el art. 4.1 del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

⁴¹ Para conocer la situación anterior a la reforma, sobre la prestación farmacéutica, Vid. DOPICO PLAZAS, J.L, *La prestación farmacéutica en el ámbito del sistema nacional de salud: cambios normativos*, *Revista general de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, 2011 nº 26.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Hasta la reforma, las administraciones sanitarias fomentaban la prescripción de los medicamentos identificados por su principio activo en la receta médica.

A partir de la reforma, se pretende que esa prescripción se haga de forma, que beneficie a los pacientes, a la vez que protege la sostenibilidad del sistema.

Las prescripciones se harán de la siguiente manera:

- Procesos agudos: de forma general, por principio activo.
- Procesos crónicos: la primera prescripción, de forma general, por principio activo.
- Procesos crónicos cuya prescripción se corresponda con la continuidad del tratamiento: por denominación comercial siempre que ésta esté incluida en el sistema de precios de referencia o sea la de menor precio.

La prescripción **por denominación comercial sólo será posible** cuando se respete el principio de mayor eficiencia para el sistema y en el caso de los medicamentos considerados como no sustituibles.

Es decir, si ya se estaba fomentando la prescripción de **medicamentos genéricos**, desde la reforma, se establece la medida como obligatoria.

Si tenemos en cuenta, el gran despilfarro que se hace de los medicamentos en España, ésta será una de las medidas que contribuyan a la búsqueda de la sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud.

Ya que no sólo se insta a que la prescripción se haga por principio activo, sino que además, el farmacéutico dispensará el medicamento de menor precio, y en caso de igualdad, el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

4.2 Exclusión de la prestación farmacéutica, de medicamentos y productos sanitarios.

Mediante el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, se añade un art. 85 ter al art. 85 de la Ley 29/2006 de 26 de julio.

En él se recoge, la existencia de la exclusión de la prestación sanitaria, de algunos medicamentos.

Mediante resolución motivada, se actualizará la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.

Los motivos de la exclusión⁴²:

- El establecimiento de precios seleccionados.
- La convivencia con un medicamento sin receta con la que comparte principio activo y dosis.
- La consideración del medicamento como publicitario en nuestro entorno europeo.
- Que el principio activo cuente con un perfil de seguridad y eficacia favorable y suficientemente documentado a través de años de experiencia y un uso extenso.
- Por estar indicados en el tratamiento de síntomas menores.
- Por cumplir cualquiera de los criterios de no inclusión en financiación pública.

⁴² Recogido en el art. 85 ter. 2 de la Ley 29/2006 de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su redacción dada por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

4.3 Sistema de participación de los ciudadanos, la prestación farmacéutica.

4.3.1 Regulación hasta la reforma.

Hasta ahora, la regulación referida a la aportación de los ciudadanos la encontrábamos en el art. 3 del Anexo V, del RD 1030/2006 de 15 de septiembre⁴³.

En ella se hace distinción entre dos tipos de aportaciones:

Aportación normal: con carácter general, los usuarios aportan el 40% sobre el precio de venta al público, en el momento de dispensación del medicamento.

Aportación reducida: consiste en el pago de un 10% sobre el precio de venta al público, sin que el importe total de aportación pueda exceder de 2,64 € por envase. Se hará éste tipo de aportación en los siguientes supuestos:

- Medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas o graves.
- Efectos y accesorios pertenecientes a los grupos reglamentariamente establecidos.
- Medicamentos que proporciona el Sistema Nacional de Salud a través de receta oficial a los enfermos de SIDA.

Y estaban **exentos de aportación**:

- Pensionistas y colectivos asimilados, afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.

⁴³ RD 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 Anexo V hace referencia a la cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

- Tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- Productos cuya dispensación al usuario se realice en los centros o servicios asistenciales sanitarios.

4.3.2 Regulación a partir de la reforma.

Con la inclusión de un **nuevo art. 94 bis** a través del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, en la Ley 29/2006 de 26 de Julio, se establece que la aportación del usuario será proporcional a su nivel de renta, actualizándose anualmente.

Los criterios que se siguen para el pago de medicamentos son la renta, la edad y el grado de enfermedad.

Una gran diferencia con la regulación anteriormente establecida, ya que no se tenía en cuenta el nivel de renta de los usuarios a la hora de establecer las aportaciones del usuario en la prestación farmacéutica.

Otra de las grandes diferencias, es que ya no se excluye a los pensionistas en la aportación. A partir de la reforma estarán incluidos, de acuerdo con los límites establecidos (topes máximos mensuales).

En éste art. 94 bis, se señala que la aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.

Los que antes no pagaban nada, ahora aportarán esa cuota en el momento de recepción del medicamento.

Por primera vez, los parados de larga duración, no tendrán que aportar nada por la prestación farmacéutica, siempre que subsista su situación.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Se establece un esquema, con los porcentajes de aportación del usuario:

| | ACTIVOS | PENSIONISTAS | | |
|---|---------|--------------|------------------------|------------|
| Perceptores de rentas mínimas de inserción, parados sin prestaciones de desempleo. (1) | 0 % | 0% | | |
| Rentas inferiores a 18.000 € | 40 % | 10 % | Límite máx. de 8€/mes | |
| Rentas iguales o superiores a 18.000 € e inferiores a 100.000 € | 50 % | 10 % | Límite máx. de 18€/mes | |
| Rentas iguales o superiores a 100.000 € | 60 % | 60 % | Límite máx. de 60€/mes | |
| Medicamentos ATC-aportación reducida | 10 % | (2) | 10 % | (2) |
| Mutualistas y clases pasivas. (3) | 30 % | | | |

Fuente: web del Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.

(1): Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a las siguientes categorías⁴⁴:

- Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- Personas perceptoras de rentas de integración social.
- Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación. **(Nuevo)**.
- Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

(2): Aportación máxima resultante de la actualización del IPC a la aportación máxima vigente.

(3): El nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30 %⁴⁵.

⁴⁴ Recogido en el art. 94 bis. 8 de la Ley 29/2006 de 26 de julio, añadido por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

Un tema de actualidad a señalar, son las medidas adoptadas por diferentes CCAA, como es el caso de Cataluña y recientemente de Madrid, en cuanto a la decisión que tomaron de implantar una tasa⁴⁶ en la emisión de recetas médicas (el conocido como “euro por receta”).

⁴⁵ Recogido en el art. 94 bis. 9 de la Ley 29/2006 de 26 de julio, añadido por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

⁴⁶ En este sentido encontramos que el Tribunal Constitucional, ha emitido un auto: el nº 142/2013 de 4 de Junio ante el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Abogado del Estado, contra el art. 2.9, de la Ley de la Asamblea de Madrid 8/2012, de 28 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas en el que se establece una tasa de un euro por prestación de servicios administrativos complementarios de información, con ocasión de la emisión de recetas médicas y órdenes de dispensación, por los órganos competentes de la Comunidad de Madrid. En él, el TC acuerda mantener la suspensión de la vigencia del art. 2, apartado 9, de la Ley de la Asamblea de Madrid 8/2012, de 28 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

5. Conclusiones personales

A la primera de las conclusiones que llego tras conocer la regulación y los cambios introducidos con la reforma, es que el objetivo principal (por no decir el único), de la reforma es de tipo económico. Ya que a través de la exposición de motivos del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, como a lo largo de su articulado, se repite varias veces la consecución del fin que se busca con la reforma: **la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud**. Y dentro de esa sostenibilidad, lo principal es reducir el déficit de las cuentas públicas sanitarias.

Haciendo referencia al **marco de la condición de asegurado**, veo que con la nueva regulación que tal y como hemos visto en la exposición de motivos del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, apuntaban a la búsqueda de la universalidad, me parece que esa universalidad sigue sin conseguirse y ni siquiera se acercan a ella. Digo que no se acercan, porque es un término que significa que todos pueden tener acceso al Sistema Nacional de Salud, y como hemos visto, con la reforma quedan supuestos excluidos de éste beneficio (como son los extranjeros irregulares que sólo tienen derecho a una mínima parte de los servicios). Por lo tanto, no todas las personas están cubiertas por el Sistema Nacional de Salud, al delimitar “quién” y “quién no” tiene la condición de asegurado o de beneficiario de una personas asegurada (condiciones que garantizan el acceso a los servicios prestados por el Sistema Nacional de Salud).

Unas de las medidas que pueden llegar a ser beneficiosas, sobre todo para la sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud son aquéllas que se destinan a intentar erradicar el llamado “turismo sanitario”.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a la **reformulación de la cartera común de Servicios del Sistema Nacional de Salud**, me parece una medida acertada, en cuanto a que es necesario que los derechos a la asistencia sanitaria se cumplan en todas las CCAA y cada ciudadano pueda acceder a las mismas prestaciones en cualquier lugar, independientemente de la CCAA en la que resida. Posibilitando la libre circulación de los ciudadanos en todo el territorio nacional.

Por otro lado, analizando las distintas modalidades de la cartera y las prestaciones que cada una de ellas contiene, observo unos recortes importantes, ya que algunas de las prestaciones ya van a estar sujetas a la aportación de los ciudadanos⁴⁷. Considero que es importante, tener en cuenta el nivel de ingresos de los ciudadanos para estas situaciones, ya que puede que algunos de ellos no puedan permitirse pagar dichas prestaciones. Y en mi opinión, deberían establecerse unas medidas adecuadas, para que todos los ciudadanos que puedan necesitar éste tipo de prestaciones, tengan la posibilidad de acceder a ellas, en situaciones en las que no puedan pagar.

Por último, hago referencia a otro ámbito en el que creo que más se ha podido notar el malestar social a partir de la reforma: **las medidas sobre la prestación farmacéutica**.

Por un lado, me parece lógico que si se busca la sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud, se establezcan cambios para intentar que no se produzca una mala utilización, o un despilfarro de los medicamentos. Creo que ésta situación se puede mejorar, gracias a la obligación de la prescripción de los medicamentos por principio activo (los medicamentos genéricos).

Ya antes de la reforma se fomentaba ésta forma de prescribir los medicamentos, pero desde la propia experiencia personal, es una mera recomendación que posiblemente no se cumplía.

⁴⁷ Como la prestación ortoprotésica, la prestación con productos dietéticos o el transporte sanitario no urgente. Art. 8 ter de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, en su redacción dada por el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

A través de la exclusión de una serie de medicamentos (sin entrar en cuáles han sido excluidos y cuáles no), de la financiación pública, creo que también se puede contribuir a que no se malgasten los medicamentos, porque siendo un bien esencial, se deben utilizar correctamente.

En general, puedo decir que ante todo, las medidas tomadas a través, principalmente, del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, son **medidas de reducción en la atención sanitaria** (es decir, recortes). Aunque se puede descartar el que creo que es **el único beneficio importante para la población**, la aportación referente a los parados de larga duración sin prestaciones de desempleo, ya que anteriormente participaban en la financiación de la prestación farmacéutica, con un 40%.

Por otra parte, siendo un medicamento un bien esencial, se rompería esa equidad si se establecen cargos diferentes en función de la CCAA, como han hecho algunas de ellas. El País Vasco por ejemplo, lo ha rechazado y Cataluña impuso otro copago.

El objetivo de la reforma en cuanto a las medidas de la prestación sanitaria, mediante el capítulo V del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, es conseguir la equidad con un sistema más justo, en las aportaciones del usuario.

Viendo el nuevo sistema de porcentajes de aportación del usuario a la prestación farmacéutica, encuentro razonable que se tenga en cuenta el nivel de renta de los ciudadanos a la hora de establecer los porcentajes.

Pero discrepo totalmente con los baremos sobre el nivel de ingresos que se han utilizado, ya que no contribuyen en ninguna medida a la equidad entre los ciudadanos (en cuanto a la renta). Y si uno de los objetivos es tener en cuenta el nivel de ingresos de los contribuyentes estableciendo unos límites acordes con ése nivel, choca con los baremos establecidos porque puede dar lugar a que se rompa la equidad.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

- Por ejemplo, en el baremo de las rentas superiores a 18.000 € y entre 100.000 €, se ve claramente ésta contradicción, porque considero que no tiene nada que ver una renta de 20.000 € con una de 90.000€. No se puede establecer el mismo porcentaje, ante la clara diferencia de ingresos.

Otros de los cambios importantes que se han establecido, es **la introducción en la aportación, de los pensionistas**. En éste caso, claramente se busca una financiación, para contribuir con esa sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud, ya que los pensionistas son el mayor grupo de población usuaria de la prestación farmacéutica. Haciendo referencia a los baremos utilizados y teniendo en cuenta que la mayoría de la población pensionista, se encuentra por debajo de los 18.000 € de renta anuales, se puede llegar a perjudicar a éste grupo de población, con los límites establecidos.

Considero de vital importancia, que se establezcan unos límites máximos que garanticen la continuidad de los tratamientos de pacientes pensionistas con enfermedades crónicas o tratamientos de larga duración, también teniendo en cuenta el nivel de ingresos.

Como ya he mencionado anteriormente, y para concluir, puedo decir que las medidas tomadas a partir del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril y RD 1192/2012 de 3 de agosto, **son medidas de reducción en la atención sanitaria y que perjudican a los usuarios del Sistema Nacional de Salud, con apenas un supuesto beneficioso que puedo destacar.**

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

6. Bibliografía:

- Auto 142/2013, de 4 de Junio de 2013.
- BLASCO LAHOZ, J.F, Modificaciones en materia de asistencia sanitaria-consecuencia del RD-L 16/2012 de 20 de abril, Revista de Información Laboral nº 11 noviembre de 2012.
- DOPICO PLAZAS, J.L, La prestación farmacéutica en el ámbito del sistema nacional de salud: cambios normativos, Revista general de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, nº 26 2011.
- 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.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- RD-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar las sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- RD 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.
- RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional y el procedimiento para su actualización.
- RD 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.
- RD 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

- Tribunal Constitucional, Auto nº 142/2013 de 4 de Junio.

La reforma/reducción de la atención sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.
