



SECRETARIADO PERMANENTE - COMITÉ CONFEDERAL

BOLETÍN

LA SANIDAD PÚBLICA EN ENTREDICHO

**A PROPÓSITO
DEL REAL DECRETO-LEY 16/2012,
DE 20 DE ABRIL,
DE MEDIDAS PARA GARANTIZAR
LA SOSTENIBILIDAD
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Y MEJORAR LA CALIDAD
Y SEGURIDAD DE SUS PRESTACIONES**

INFORMATIVO

Nº 142

ENERO 2014

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA

- *Vinculación a la seguridad social y acceso universal.*

III. SOBRE EL RD-L 16/2012

- *Copago en farmacia hospitalaria 1 € por receta.*

IV. Contenido principal del RD-L 16/2012

Capítulo I. De la Asistencia Sanitaria

- *Personas beneficiadas.*
- *¿Quiénes se quedan fuera del sistema nacional de salud?*

Capítulo II. De la cartera de servicios del SNS.

Capítulo III. Medidas de cohesión y de garantía financiera del SNS.

Capítulo IV. Medidas sobre la prestación farmacéutica.

ANEXO: MODELO RECURSO COPAGO

I. INTRODUCCIÓN

En el contexto actual de crisis social a consecuencia de la crisis financiera surgida a partir de 2008, el Gobierno de España (el actual y el anterior) se encuentra llevando a cabo las políticas de ajuste ordenadas por la troika. Teniendo como resultado multitud de reformas (laborales, de pensiones, financieras, constitucionales etc.) cuyo objetivo es, supuestamente, garantizar la sostenibilidad del sistema, pero que en la práctica suponen importantes recortes en el conjunto de derechos de la ciudadanía.

La entrada en vigor el 24 de abril del Real Decreto Legislativo 16/2012 de medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (en adelante RD-L 16/2012)¹ y su posterior y crucial desarrollo reglamentario a través 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 Salud², ha supuesto que el derecho a la protección de la salud, se vea amenazado y suponga de facto un cambio estructural en el modelo de sanidad que se encontraba regulado en la legislación española, pasando de modelo de acceso universal a un modelo de personas aseguradas en el que se excluyen a los extranjeros sin autorización de residencia o trabajo. Así, ha supuesto el aumento en el copago farmacéutico (o más bien el repago farmacéutico, toda vez ya venían siendo financiados por los propios ciudadanos vía impuestos) y el establecimiento del copago en determinadas prestaciones sanitarias concretas que antes no tenían recargo económico.

Y todo ello, en base a los argumentos recogidos en la Exposición de Motivos del RD-L en el que se establece *“que debido a la grave dificultad económica del Sistema Nacional de Salud sin precedentes desde su creación, pérdida de eficacia en la gestión de los recursos disponibles, 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 los problemas persistan.”*

Pese a la gravedad esgrimida en la exposición de motivos de la situación económica, en gran medida apoyado en base a informe del Tribunal de Cuentas, no existe en el RD-L 16/2012 ninguna memoria económica o justificación que relacione las medidas adoptadas con la previsión de ahorro de los 7.000 millones de recorte que prevén realizar. Así, determinadas medidas como la exclusión de determinada

1 Publicado en el BOE el 24 de abril de 2012, con las correspondientes correcciones publicadas en el BOE de 15 de mayo de 2012.

2 Publicado en el BOE el 4 de agosto de 2012.

población extranjera no deja de ser sorprendente en relación al ahorro del gasto, toda vez se ha demostrado estadísticamente que la población extranjera y mucho más la que no se encuentra con autorización de residencia o trabajo, es la que menos usa los servicios públicos sanitarios.

En cuanto al “turismo sanitario”, uno de los argumentos esgrimidos para llevar a cabo la reforma, es notorio que la dificultad para cobrar a las personas extranjeras (fundamentalmente turistas) obedece a una incapacidad de llevar a cabo el mecanismo administrativo para proceder al cobro a los estados de origen tal y como lo determina la normativa europea.

Se ha de señalar que tanto la Junta de Andalucía como el Gobierno de Asturias y el País Vasco han presentado recurso de inconstitucionalidad frente a determinados artículos del RD 16/2012 admitidos a trámite por el Tribunal Constitucional. En términos generales, los recursos se basan tanto en conflictos de competencias autonómicas versus estatales y el derecho a la protección de todos reconocido en la Carta Magna.

Este real decreto viene a profundizar en la línea privatizadora que con la excusa de los recortes debido a la crisis, no hace sino continuar con el proceso de mercantilización ya escrito en el programa neoliberal desde hace más de tres décadas.

II. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA

Vinculación a la seguridad social y acceso universal.

Con carácter previo a entrar de lleno en las modificaciones que supone la entrada en vigor del RD-L 16/2012 y su correspondiente desarrollo, es necesario repasar de manera general la evolución de la Sanidad Pública en el sentido de quién la financia, quién dicta las normas y el alcance de la prestación sanitaria universal.

La intervención pública en los problemas de salud se remontan a la antigüedad en donde el control de las epidemias en las ciudades era una medida colectiva de salud pública. Las primeras entidades de salud pública se refieren al siglo XIX en donde se crea la Dirección General de Sanidad con normativa posterior que lo modifica manteniendo su esquema organizativo. En la Ley de 14 de diciembre de 1942 se establece el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), bajo el Instituto Nacional de Previsión, comenzando a instaurarse distintos sistemas sanitarios de protección individual, en el marco de la Seguridad Social. Es decir, el nacimiento de la prestación sanitaria individual se vincula al empleo y su financiación corre a cargo de las correspondientes cotizaciones empresariales y de los trabajadores a la Seguridad Social. Sistema que se mantiene y desarrolla la Ley General de la Seguridad Social de

1974, garantizando la prestación sanitaria a las “personas que o bien realicen una actividad profesional o puedan cumplir los requisitos exigidos en la modalidad contributiva, así como a los familiares o asimilados que tuvieran a cargo”. Todo ello con el fin de que “La asistencia sanitaria del Régimen General de la Seguridad Social tiene por objeto la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a **conservar o restablecer la salud de los beneficiarios de dicho régimen, así como su aptitud para el trabajo**”³.

La Constitución Española de 1978 es el punto de partida para un cambio de modelo, estableciéndose en su artículo 43 que los derechos a la protección de la salud corresponden a todos los ciudadanos. Así como que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Así, en el Título VIII prevé las competencias en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas.

En desarrollo de los artículos de la CE, entra en vigor la Ley General de Sanidad de 1986 (Ley 14/1986) que está vigente hoy día y que establece lo siguiente:

- Introduce la vocación de universalidad toda vez que establece como **titulares del derecho a la protección a la salud y a la asistencia sanitaria** a todos los ciudadanos españoles y extranjeros que residan en el territorio nacional. Para el caso de extranjeros no residentes, se aplican los distintos convenios y tratados internacionales.
- No sólo habla de derecho a la salud sino de la materialización del derecho a la “asistencia sanitaria”.
- Determina una **separación ministerial entre Sanidad y Seguridad Social**

Así mismo, el RD 63/1995 de 20 de enero **sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, recoge la universalización del derecho a la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.**

En síntesis, a partir del desarrollo constitucional de la Ley General de Sanidad de 1986, la asistencia sanitaria deja de ser una prestación contributiva del sistema de seguridad social para convertirse en un derecho de todos los ciudadanos residentes en España.

Pero no es hasta 1999 a través de la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999, en donde la Sanidad Pública rompe su

3 Ley General de la Seguridad Social 1974.

dependencia con la Seguridad Social así como su forma de financiación que a partir de entonces es a través de los Presupuestos Generales del Estado mediante transferencias a las autonomías así como por vía de determinados impuestos indirectos. Por tanto el Sistema Nacional de Salud no depende ni normativamente ni presupuestariamente de la Seguridad Social. No obstante, hay dos cuestiones que en la práctica contradicen lo anteriormente dicho:

1. En el ámbito formal: el Instituto Nacional de la Seguridad Social ha mantenido la competencia de afiliación al sistema sanitario a través del número de la seguridad social.
2. En el ámbito material: se han mantenido los criterios de acceso para hacer efectivo el derecho a la sanidad pública. Es decir, para tener tu tarjeta sanitaria tienen que seguir concurriendo determinados requisitos relacionados con estar cotizando o haberlo hecho o bien ser beneficiario del que cotiza. Los conceptos de cotizante o beneficiario para ser titulares del derecho a la salud, no dejan de ser contradictorios con la idea de un derecho universal como el derecho a la salud.

Por otro lado y continuando con el carácter de universalidad de la sanidad pública introducida por la Ley General de Sanidad de 1986, es necesario manifestar que incluso después de 1999 no es plenamente efectiva. Según el Ministerio de Sanidad un 0,6 %⁴ no accede al SNS ya que no cumple con los requisitos de estar cotizando a la Seguridad Social, ser beneficiario del mismo o bien porque no se encuentra en el reconocimiento del derecho de algunas leyes (L.O. 4/2000, de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, Ley de Integración Social de Minusválidos, Ley Reguladora de Objeción de Conciencia, Ley de Presupuestos del Estado para 1989 para personas sin recursos, Ley 26/1990 para personas receptoras de prestaciones no contributivas, etc.). La población excluida ascendía en torno a 276.000 personas, figurando los siguientes: **autónomos que cesan en su negocio** y no tienen trabajo y no reciben ningún tipo de prestación por parte de la Seguridad Social⁵, inmigrantes que han retornado a

4 Dato extraído de carta del Defensor del Pueblo en respuesta a una queja presentada por un trabajador autónomo después de tener que cerrar su empresa y quedarse sin prestación sanitaria.

5 Estas personas se encuadran entre las personas que no trabajan pero tienen suficientes recursos (por ejemplo una vivienda en propiedad) ya que El Real Decreto 1088/1989 de 8 de septiembre por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos, establece que se reconoce el derecho a las prestaciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los españoles que tengan establecida su residencia en territorio nacional y carezcan de recursos económicos suficientes. A estos efectos se entienden comprendidas las personas cuyas **rentas, de**

España y cuentan con pensiones de otros países, profesionales liberales inscritos en modalidades alternativas al RETA⁶ o personas que nunca cotizaron. Dicho esto, lo anteriormente expuesto quiebra el concepto de universalidad de la sanidad pública que la gran mayor parte de ciudadanía residente en España creía gozar en este estado.

El 6 de octubre de 2011 entró en vigor la Ley 33/2011 General de Salud Pública, que en su exposición de motivos recogía la intención de dotar de universalidad al sistema nacional de salud y establecía fechas para que los citados colectivos excluidos accedieran al mismo.

En esta coyuntura normativa de la evolución de la sanidad pública y su carácter de universalidad, se legisla el RD-L 16/2012 y su posterior desarrollo reglamentario, el Real Decreto 1192/2012 de 3 de agosto que 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, contraviniendo la Ley 22/2011 General de Salud Pública, cambiando el sistema y retrotrayéndolo a épocas anteriores a la Ley de 1986 General de Sanidad y CE.

Así, el RD de 3 de agosto que desarrolla el RDL 16/2012 deroga expresamente varias disposiciones normativas entre las que se encuentra el RD 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, el Decreto 1075/1970, de 9 de abril, sobre asistencia sanitaria a los trabajadores españoles emigrantes y a los familiares de los mismos residentes en territorio nacional y su normativa de desarrollo y el Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social, salvo el apartado dos de su artículo sexto, que mantiene su vigencia.

III. SOBRE EL RD 16/2012

El RD-L en cuestión y su RD de desarrollo, pese al título que nada tiene que ver con las medidas adoptadas, lleva a cabo un cambio sustancial en el sistema de salud quebrando aún más las notas de universalidad, naturaleza pública y gratuidad, toda vez que:

cualquier naturaleza, sean iguales o inferiores en cómputo anual al salario mínimo interprofesional.

6 Los abogados y procuradores deben recurrir a seguros privados de salud, salvo en Cataluña, Extremadura y en algunas zonas de Castilla y León, donde ya disfrutaban de sanidad pública gratuita gracias a normativas autonómicas.

- **El sistema ya no es universal** puesto que para tener acceso a la sanidad pública, se ha de tener la condición de persona asegurada o beneficiaria. Esto es, de una sanidad para todas las personas, se convierte en una sanidad con requisitos de acceso y excluyendo finalmente de la sanidad pública y gratuita a los extranjeros sin autorización de residencia o trabajo, así como dejando la puerta abierta a futuras exclusiones en normativas futuras. Ejemplo de esto último es la intención inicial del RDL 16/2012 de excluir no sólo a los extranjeros “sin papeles” sino a los españoles mayores de 26 años que no coticen y con ingresos inferiores a determinado patrimonio. Patrimonio que en el RD de desarrollo se fijó finalmente en 100.000 euros.
- Se da el primer paso para crear un sistema de sanidad con diferentes formas de acceso a través de distintos tipos de seguros.
- **Se quiebra el principio de gratuidad** al introducir tres bloques de medidas:
 - ▮ El denominado **copago farmacéutico según renta**.
 - ▮ **Exclusión de medicamentos actualmente financiados** como los indicados para síntomas de gravedad menor, los medicamentos que no necesiten receta, etc.
 - ▮ Se establece una **diferenciación entre las prestaciones sanitarias, estableciendo un copago en algunas de ellas** (transporte no urgente, prestación ortopédica, dietética etc.).

Así, al calor de las políticas de mercantilización de los servicios públicos y sus prestaciones y al margen del RD objeto de estudio del presente informe, se han tomado una serie de medidas que ahondan en el discurso a favor de las bondades de la gestión de lo privado con la excusa entre otras, del despilfarro producido en el sistema público de salud. Algunas medidas son las siguientes:

Copago en farmacia hospitalaria.

A raíz de una resolución de 10 de septiembre de 2.013, con entrada en vigor el 1 de octubre de 2.0013, se establece el copago a medicamentos de dispensación ambulatoria en el Hospital. Es decir, aquellos medicamentos que sólo se dispensan a pacientes no hospitalizados (sin tener la calificación de uso hospitalario) en las farmacias de los hospitales estando especialmente afectados aquellos medicamentos destinados a enfermedades crónicas graves como cáncer, esterilidad o hepatitis C.

A fecha de la edición del presente boletín en ninguna comunidad se aplica el nuevo copago impuesto por el Ministerio de Sanidad. Las razones son divergentes. Por un lado, algunas autonomías las consideran injustas por cuanto discriminan y penalizan económicamente a enfermos crónicos. En cambio, otras autonomías que aún estando de acuerdo con el copago, alegan ausencias de directrices claras y/o insuficiencia de infraestructura para llevarlo a cabo.

El coste que los pacientes tendrían que abonar ascendería a un 10% con un tope de 4,20 euros por cada medicamento.

1 € por receta.

Normativa autonómica suspendida cautelarmente por el TC

En el año 2012, tanto el gobierno autonómico de Cataluña como el de Madrid han aprobado diferentes normativas por las que se gravan con 1 euro la receta expedida por la Seguridad Social aparte del recargo establecido en el RD 16/2012.

La primera normativa que entró en vigor fue la catalana (el 23 de junio de 2.012) en el que se gravaba con 1 euro la receta que fuera comprada en cualquier farmacia del territorio catalán. La tasa estaba sujeta a un límite económico anual así como que se excluía a determinadas personas con un nivel de rentas determinadas.

La administración madrileña, siguiendo la vereda de la catalana, comienza a gravar las recetas farmacéuticas a partir del 2 de enero de 2.013. Así, tiene exentas determinados supuestos cumpliendo ciertos requisitos y con un límite máximo anual.

Debido a sendos recursos de inconstitucionalidad presentados por el gobierno central a ambas normativas autonómicas, evidenciando el conflicto interno en el Partido Popular, éstas normativas han corrido la misma suerte. El Tribunal Constitucional ha admitido los dos recursos, con la consecuencia automática como medida cautelar de la suspensión de ambas por períodos de cinco meses prorrogables hasta que no resuelva el fondo del asunto. Los fundamentos sobre los que se asientan sendos recursos de inconstitucionalidad versan sobre cuestiones de competencia estatal vs autonómica y vulneración de igualdad de la ciudadanía a la hora de acceder a una prestación farmacéutica.

IV. CONTENIDO PRINCIPAL DEL RD-L 16/2012

A continuación se citan las principales medidas objeto del presente RD-L y su RD 1192/2012 de desarrollo que suponen un recorte y un retroceso en el sistema universal de salud pública gratuita:

CAPÍTULO I.- DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA⁷

El RD-L establece que “se hace imprescindible regular la condición de asegurado con el fin de evitar algunas situaciones de prestación de asistencia sanitaria que están produciendo en la actualidad y que están debilitando de forma alarmante la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”. Para volver al sistema de asegurados y beneficiarios como titulares del acceso a la sanidad pública, se señala y responsabiliza a la población excluida (extranjeros sin permiso, españoles de más de 26 años sin cotizar, etc.) perpetuando la división entre la ciudadanía como forma de erosionar el conflicto social y manteniendo el discurso en el marco de la crisis de “los españoles primero”.

En el Capítulo I se define la condición de personas aseguradas y beneficiarias, siendo concretamente las siguientes:

Personas aseguradas⁸:

| | | |
|---|--|---|
| Por vinculación con el sistema de Seguridad Social (S.S.) | <p>a) Ser persona trabajadora por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliada a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.</p> <p>b) Ser pensionista.</p> <p>c) Ser perceptor o perceptora de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social: prestación o subsidio de desempleo, Remi etc.</p> <p>d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como persona demandante de empleo.</p> | |
| Sin vinculación con el sistema de Seguridad Social | <p>a) Español y española.</p> <p>b) Ciudadano o ciudadana de un país miembro de la UE, Espacio Económico Europeo o Suiza</p> <p>c) Persona extranjera titular de autorización para residir en España (con NIE en vigor)</p> | <p>Si se cumple al mismo tiempo los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que sean residentes autorizados: en posesión de DNI/NIE/Certificado Registro de Ciudadanos de la Unión (carta verde) ▪ Que acrediten no tener ingresos económicos superiores a 100.000 euros.⁹ |
| | <p>Menores de edad sujetos a tutela administrativa.</p> <p>En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.</p> | <p>Empadronados</p> |

⁷ Se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

⁸ Tabla extraída de instrucciones al RD-L 16/2012 de la Subdirección y Coordinación de Atención Primaria y Aseguramiento.

⁹ Artículo 2.1 b del RD 1192/2012 de 3 de mayo.

Personas beneficiarias:

- Cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, siempre que residan en territorio español.
- Ex cónyuge o separado judicialmente a cargo de la persona asegurada.
- Descendientes o personas asimiladas a éstas, de la persona asegurada o de su cónyuge, aunque estén separados judicialmente y se encuentren a cargo de la persona asegurada, y menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

Tendrán la consideración de personas asimiladas a los descendientes las siguientes:

- 1º. Los menores sujetos a la 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 este último caso, la tutela o el acogimiento se hubiesen producido antes del divorcio o de la nulidad matrimonial. No obstante, los menores sujetos a tutela administrativa tendrán la condición de personas aseguradas.
- 2º. Las hermanas y los hermanos de la persona asegurada.

Así mismo, se entenderá que los descendientes y personas a ellos asimiladas se encuentran a cargo de una persona asegurada si conviven con la misma y dependen económicamente de ella. A estos efectos, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- a. Se considerará que los menores de edad no emancipados se encuentran siempre a cargo de la persona asegurada.
- b. Se considerará que, en los casos de separación por razón de trabajo, estudios o circunstancias similares, existe convivencia con la persona asegurada.
- c. Se considerará que los mayores de edad y los menores emancipados no dependen económicamente de la persona asegurada si tienen unos ingresos anuales, computados en la forma señalada que superen el doble de la cuantía del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), también en cómputo anual.

Todas las personas a las que se refieren los apartados anteriores tendrán la consideración de beneficiarias siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:

- a. No ostentar la condición de personas aseguradas con base en el artículo 2.1 a), esto es: persona trabajadora que cotice en la Seguridad Social, ser pensionista, ser perceptor de cualquier prestación, subsidio por desempleo y otra de naturaleza similar o haberlas agotado, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.
- b. 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 a la de alta, cotizando en el correspondiente régimen de Seguridad Social español.

¿Quiénes se quedan fuera del sistema nacional de salud?

Las personas extranjeras sin autorización de residencia o trabajo. Así, el RD-L establece que las personas extranjeras sin autorización para residir o trabajar en territorio español recibirán asistencia sanitaria única y exclusivamente en las siguientes situaciones especiales:

- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- De asistencia al embarazo, parto y postparto.
- Solicitante de protección o víctima de trata seres humanos
- Con tarjeta sanitaria antigua, cualquier patología atendida antes del 31/8/12 que esté en seguimiento.

Para las personas extranjeras que no tengan la condición de persona asegurada o de beneficiaria y que por tanto se encuentran excluidas del sistema nacional de salud, al margen de la asistencia sanitaria en situaciones especiales citada anteriormente, únicamente podrán acceder al sistema nacional de salud si previamente suscriben un **convenio especial de asistencia sanitaria** que permitirá el acceso a la cartera de prestaciones mediante el pago de una contraprestación o precio público. Uno de los requisitos será el haber residido durante un período continuado mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de solicitud y estar empadronado. La contraprestación económica depende de la edad del suscriptor. Si

tiene menos de 65 años, la cuota mensual es de 60 euros y si el suscriptor tiene 65 o más años, la cuota sería de 157 euros. La normativa en la que se encuentra comprendido todas estas cuestiones es el RD 576/2013 de 26 de julio¹⁰.

Los convenios especiales suponen una forma más mercantilizar el sistema nacional de salud pasando por alto que los que se encuentran excluidos del sistema público de salud, ya contribuyen al mismo vía impuestos y vulnerando así el carácter de universalidad en la que se enmarca la normativa nacional.

A parte de los extranjeros sin autorización de residencia o trabajo, también se excluye de la sanidad pública a aquellas personas que sean beneficiarios de prestaciones de la Seguridad Social siempre y cuando tengan residencia en España, es decir, cuando no tengan estancias en el extranjero superiores a 90 días a lo largo de cada año natural.

A parte de los extranjeros sin autorización de residencia o trabajo, también se excluye de la sanidad pública a aquellas personas que sean beneficiarios de prestaciones de la Seguridad Social cuando sus estancias en el extranjero sean superiores a 90 días a lo largo de cada año natural. Esta medida se ha aprobado a través de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el 2.014¹¹ (BOE 26/12/2012), ahondando aún más en el sistema de exclusión y asegurados de la sanidad pública.

CAPÍTULO II.- DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL SNS

La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud que es el catálogo de prestaciones que cubre la sanidad pública, se modifica en torno a tres nuevas modalidades en las que se introduce la aportación económica y/o el repago económico de la persona usuaria:

¹⁰ Que establece los requisitos básicos del convenio especial de prestación des asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/201 de 3 de agosto.

¹¹ Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014 (BOE 26 de diciembre de 2.013) en su página 208 se incorpora una nueva disposición adicional, la sexagésima quinta, al Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social

- **Cartera común básica del SNS.** Comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o socio sanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

- **Cartera común suplementaria del SNS.** Incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario y usuaria. Concretamente se integran las siguientes prestaciones:
 - **Prestación farmacéutica.**
 - **Prestación ortoprotésica.**
 - **Prestación con productos dietéticos.**

Salvo la prestación farmacéutica que se rige de manera específica¹², para el resto de prestaciones el Ministerio de Sanidad establecerá los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección, sin que se aplique ningún límite de cuantía a la aportación del usuario.

También se incluirá 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.

- **Cartera común de servicios accesorios del SNS.** Se incluyen todas aquellas actividades, servicios, o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyudantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario. Estas actividades se aprobarán por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La aportación de la persona usuaria o en su caso el reembolso, se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica.

12 Ley 29/2006, de 26 de julio Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

CAPITULO III.- MEDIDAS DE COHESIÓN Y DE GARANTÍA FINANCIERA DEL SNS.

Se crea el Fondo de Garantía Asistencial, con carácter extra presupuestario, que en teoría se dedicara a compensar los gastos producidos en cada comunidad autónoma por personas residentes en otras distintas. El carácter extra presupuestario hace presumir la escasez de presupuesto real que pueda ostentar de cara a llevar a cabo las funciones que le han sido desempeñadas.

CAPITULO IV.- MEDIDAS SOBRE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA.

Las medidas recogidas en el presente capítulo se pueden dividir en dos bloques.

I. Sobre prescripción de fármacos:

Se exige la **prescripción por principio activo**. Esta medida ya estaba legislada.

- **Diferencia la prescripción de fármacos según sean procesos agudos y crónicos**, distinguiendo en este último si es primera prescripción o la continuidad del tratamiento. Mantiene la prescripción por principio activo en todos los procesos salvo con la continuidad del tratamiento de los procesos crónicos, que se podrá hacer mediante denominación comercial siempre y cuando se encuentre incluida en el sistema de precios de referencia o sea la de menor precio dentro de su agrupación homogénea.
- La distinción en base a que el proceso sea agudo, crónico o primera prescripción y continuidad del tratamiento en estos últimos, no es muy realista en la práctica ya que son procesos muy confusos entre sí, difícilmente distinguibles, lo que demuestra poco conocimiento real de la práctica sanitaria.
- **Usos fuera de indicación**. Hasta ahora se establecía que los usos fuera de indicación son responsabilidad del médico y que bastaba el consentimiento informado del paciente y su anotación en la historia clínica. A partir del Decreto lo que se propone es volver a un registro ya utilizado en el pasado y que según el personal sanitario se demostró inoperante.
- **Exclusión de la prestación farmacéutica de medicamentos y productos sanitarios**.

- ▮ Se establece el procedimiento a seguir por parte del órgano responsable de la prestación farmacéutica del Ministerio de Sanidad para actualizar la lista de medicamentos y así excluir los que determine de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. También establece el proceso para la nueva fijación de los medicamentos excluidos con las respectivas empresas farmacéuticas.

II. Financiación estatal de medicamentos:

● Financiación selectiva.

Una vez registrado y autorizado un medicamento, será necesaria la resolución expresa de la unidad responsable del Ministerio de Sanidad para que su financiación sea pública y se incluya en la prestación farmacéutica. Todo ello será a través de la financiación selectiva teniendo en cuenta los siguientes criterios: gravedad, duración y secuelas de las patologías para las que resulten indicados, necesidades específicas de ciertos colectivos, valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental, racionalización del gasto público e impacto presupuestario en el Sistema Nacional de Salud, existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas, etc. Este modelo de financiación selectiva se trata de una de las medidas más oportunas del decreto, ya que atiende criterios de salud pública y de grupos afectados a fin de seleccionar los medicamentos concernidos por la prestación farmacéutica.

● Exclusión de medicamentos actualmente financiados, siendo los siguientes grupos:

- ▮ No se incluirán en la prestación farmacéutica medicamentos sin receta.
- ▮ Medicamentos indicados en el tratamiento de síndromes y/o síntomas de gravedad menor, ni aquellos que no respondan a las necesidades terapéuticas actuales, entendiéndose por tal un balance/riesgo desfavorable en las enfermedades para las que estén indicadas.
- ▮ En el Decreto no se especifican pero pueden referirse a los medicamentos útiles para el control de síntomas como la fiebre (antitérmicos), dolor (analgésicos suaves), alergias leves (antihistamínicos), etc.

- Medicamentos que no se utilicen para el tratamiento de una patología determinada, ni los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos similares.

- **Aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. El llamado COPAGO.**

El porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:

- a. 60 % del PVP para usuarios con rentas \geq a 100.000 euros
- b. 50% del PVP para usuarios con rentas \geq a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros.
- c. 40 % del PVP para usuarios con rentas inferiores a 18.000 euros
- d. 10 % del PVP para usuarios que sean pensionistas de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

Los porcentajes anteriormente mencionados dedicados a las personas pensionistas y sus beneficiarios y beneficiarias, contarán con los siguientes TOPES:

- a) 10% del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida.
- b) Límite máximo mensual de 8 euros para los y las pensionistas cuya renta sea inferior a 18.000 euros o que no estén incluidos en los siguientes apartados c) y d).
- c) Límite máximo mensual de 18 euros para los y las pensionistas cuya renta \leq a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros.
- d) Límite máximo mensual de 60 euros para los y las pensionistas cuya renta sea superior a 100.000 euros.

El importe de las aportaciones que excedan estos límites será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral.

Estarán exentos de aportación, las personas usuarias y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

- a) Personas afectadas de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- b) Personas perceptoras de rentas de integración social.

- c) Personas receptoras de pensiones no contributivas.
- d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- e) Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Así, 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 %.

Se adjunta un modelo de recurso contra el copago farmacéutico, entre otros argumentos por considerar el copago inmoral e ilegal y ello porque el presupuesto para sanidad sale directamente de los impuestos de los ciudadanos, por lo que se estarían pagando nuevamente por esos servicios, y ello podría vulnerar lo establecido en la normativa tributaria.

Es un modelo que pueden presentar todos/as los ciudadanos/as en vía administrativa.

MODELO RECURSO COPAGO

AL (órgano correspondiente según la Comunidad Autónoma y con copia al Instituto Nacional de la Seguridad Social)

Don/Doña _____, mayor de edad, vecino/a de _____, con domicilio a efectos de notificaciones en _____, ante esta _____ comparezco y como mejor proceda en Derecho,

DIGO

PRIMERO.- Con fecha 1 de julio se inició el nuevo sistema de copago farmacéutico por renta establecido en el del RDL 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

El artículo 4.Cuarto del citado RDL 16/2012 establece que con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:

a) *Un 60 % del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.*

b) *Un 50 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.*

c) *Un 40 % para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.*

d) *Un 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en el apartado a)” y continúa diciendo:*

“(…) 8. Estarán exentos de aportación, los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

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

9. 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 %. (...)”.

Por tanto, podemos afirmar que se ha producido la adscripción mediante una resolución administrativa de cada uno de los ciudadanos usuarios del sistema, y en particular del firmante, en alguno de los seis niveles indicados con anterioridad, que por esa razón podrían determinar un determinando nivel distinto de aportación. Es esta adscripción unilateral la que es objeto del presente recurso.

El artículo 107 de la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común señala que: “(...) 1.- *Contra las resoluciones y los actos de trámite, si éstos últimos deciden directa o indirectamente el fondo del asunto, determinan la imposibilidad de continuar con el procedimiento, producen indefensión o perjuicio irreparable a derechos e intereses legítimos, podrán interponerse por los interesados los recursos de alzada y potestativo de reposición, que cabrá fundar en cualquiera de los motivos de nulidad o anulabilidad previstos en los artículos 62 y 63 de esta Ley (...)*”.

La adscripción del firmante en el nivel determinado de rentas en que ha sido incluido, genera a partir de ese momento la obligación de contribución prevista en el RDL 16/2012 y ello se ha hecho sin notificación alguna, ni fundamento alguno y sin que en consecuencia pueda ser sujeto a rectificación y en su caso, sujeto a recurso, situando al firmante en indefensión manifiesta.

En consecuencia, el acto administrativo por el que se adscribe al firmante a uno de los niveles previstos en el RDL 14/2012 ES NULO DE PLENO DERECHO por prescindir total y absolutamente del procedimiento legalmente establecido, de conformidad con lo previsto en el artículo 62.1. e) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del **Procedimiento Administrativo Común**

SEGUNDO.- Asimismo, la norma estatal también vulnera la distribución de competencias entre la Administración central (establecimiento de las bases y la coordinación general de la sanidad) y la Comunidad Autónoma, que en virtud del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma donde reside el firmante tiene atribuciones exclusivas en materia de regulación de la actividad farmacéutica. En este sentido, el Real Decreto-Ley incluye normas sobre los medicamentos que tiene que dispensar el farmacéutico sin dejar margen para la comunidad autónoma, y por tanto el sistema es ilegal y nulo de pleno derecho

TERCERO.- Por último, este ciudadano considera inmoral e ilegal dicho sistema y ello porque aunque se diga que la sanidad pública es gratuita, hay que decir que el presupuesto para sanidad salen directamente de los impuestos de los ciudadanos, por lo que se estaría pagando nuevamente por esos servicios, y ello podría vulnerar lo establecido en la normativa tributaria.

Además, dicho sistema provoca que numerosos pacientes dejen de comprar los medicamentos para la cura de enfermedades que pueden llegar a ser graves, con el resultado que a la postre tendrán sobre su salud y sobre la salud pública. Ello vulnera lo establecido en el art. 43 de la CE donde se reconoce el derecho a la Salud de todos los ciudadanos.

Por lo que antecede,

SOLICITA A ESE ORGANISMO que tenga por presentado este escrito y por instada la nulidad de pleno derecho o subsidiariamente la anulabilidad del acto administrativo por el que se ha adscrito *inaudita parte* al firmante en un nivel determinado de renta a los efectos de su aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria previstos en el RDL 16/2012, y previos los trámites legales oportunos con anulación de todos los actos posteriores, se declare la anulabilidad o nulidad de dicha adscripción.

En _____ a ____ de _____ de 2012.
Fdo. _____

**BOLETÍN
INFORMATIVO
Nº 142
ENERO 2014**

**COORDINACIÓN
SECRETARIADO
PERMANENTE
DEL
COMITÉ CONFEDERAL**

**REDACCIÓN
GABINETE
JURÍDICO CONFEDERAL**

**IMPRESIÓN
SERVICIOS REPROGRÁFICOS
COMITÉ CONFEDERAL**

**REDACCIÓN
SAGUNTO, 15 - 1º
28010 MADRID**

**TEL.: 91 593 16 28
FAX.: 91 445 31 32**

