TEMA 7

III. CONTENIDO DE LA ACCION PROTECTORA

El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud se recoge en el R.D.L 16/2012, de 20 de abril. Según esta norma, las prestaciones sanitarias se hacen efectivas mediante la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, la cual se articula de acuerdo con las siguientes modalidades:

a) Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional, que comprende: actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en centros sanitarios o sociosanitarios, y transporte sanitario urgente. Todos estos servicios están cubiertos de forma completa por financiación pública.

b) Cartera común suplementaria, que incluye todas aquellas prestaciones realizadas mediante dispensación ambulatoria. Están sujetas a aportación del usuario. Dentro de esta cartera se incluyen la siguientes prestaciones:
   - Prestación farmacéutica.
   - Prestación ortoprotésica
   - Prestación con productos dietéticos.
   - Transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas.

c) Cartera común de servicios accesorios del sistema Nacional de Salud, que incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de refuerzo para la mejora de una patología de carácter crónico. Como en el caso anterior, también están sujetos a aportación o a reembolso por parte del usuario.

En relación con la prestación farmacéutica, no se incluirán dentro de la misma los medicamentos sin receta, medicamentos que no se utilicen para el tratamiento de una patología claramente determinada, ni los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos similares. Tampoco se financiarán los medicamentos indicados en el tratamiento de síndromes o síntomas de gravedad menor, ni aquellos que, a pesar de haber sido autorizados de acuerdo con la normativa vigente, no respondan alas necesidades terpéuticas actuales (entendiendo por tal un balance beneficio/riesgo desfavorable en las enfermedades para las que estén indicados). Por último, existen medicamentos cuya dispensación gratuita en el ámbito del Sistema Nacional de Salud queda restringida a alguna de sus indicaciones terapéuticas.

Los medicamentos dispensados al paciente mediante la oficina o servicio de farmacia están sujetos a aportación del usuario. La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente. El porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:

a) Un 60% del PVP para los usuarios y sus beneficiarios con renta anual igual o superior a 100.000 € consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF.

b) Un 50% del PVP para los asegurados y sus beneficiarios con renta anual igual o superior a 18.000 € y menor a 100.000 € consignada como en el caso anterior.

c) Un 40% para los asegurados y sus beneficiarios que no se encuentran en ninguno de los casos anteriores.

d) Un 10% del PVP par los pensionistas de la Seguridad Social, exceptuando a las personas incluidas en el apartado a).

Con la finalidad de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a topes máximos de aportación.

Asimismo, estarán exentos de aportación, los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a alguna de las siguientes categorías:

a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativas específica.
b) Personas perceptoras de renta de inserción.
c) Personas perceptoras de pensión no contributiva.
d) Personas 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.

Dentro de las prestaciones sanitarias hay que tener en cuenta también los servicios de documentación e información sanitaria, es decir, la información al paciente y a sus familiares sobre sus situación, y de los derechos y obligaciones que le corresponden; la expedición de informes o certificados; entrega de copias de la historia clínica; informe de alta o de consultas externas; expedición de partes de baja, confirmación y alta; informes para la valoración de incapacidades; y certificados de nacimiento y defunciones.

El catálogo actual de prestaciones del Sistema público sanitario no puede considerarse cerrado, estando prevista la posibilidad de ampliar la cartera de servicios cuando aparezcan nuevas técnicas, productos o procedimientos que resultan eficaces a estos efectos. Asimismo, es posible suprimir alguna de estas prestaciones cuando se ponga de manifiesto su falta de efectividad o cuando pierda su interés sanitario como consecuencia del desarrollo tecnológico o científico.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta también que la Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, al menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios,

garantizándose a todos los usuarios del Sistema. Las CCAA podrán incluir en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para la cual establecerán los recursos adicionales necesarios. Para la aprobación de la cartera de servicios complementaria de un a CCAA, srá preceptiva la garantía previa de suficiencia financiera.

V. DINAMICA Y GESTIÓN DEL DERECHO

Reconocimiento y gestión. El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo corresponde al INSS, en tanto que la efectividad del derecho a la asistencia sanitaria corresponde a las Entidades competentes en cada CCAA, que podrán otorgar la prestación a través de sus propios servicios sanitarios o a través de conciertos con entidades públicas o privadas. En caso de desplazamiento a una CCAA diferente de la propia, se tiene derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los residentes de la CCAA donde se encuentre.

Por su parte, el INGESA gestiona esta prestación a las ciudades de Ceuta y Melilla.
También las MATEP pueden ocuparse de las prestaciones sanitarias mediante servicios propios (o mancomunados –servicios comunes a varias Mutuas), o a través de conciertos con otras Mutuas o instituciones públicas o privadas.

El alta es un requisito para acceder a la prestación de asistencia sanitaria. No obstante, no hay que olvidar la figura del alta presunta de asistencia sanitaria, ni tampoco las distintas situaciones de alta asimilada.

Duración. La asistencia sanitaria se otorgará durante todo el tiempo que sea necesario, y siempre que concurran los requisitos para consevar el derecho a recibirla.

Extinción. El derecho a la asistencia sanitaria se pierde en los siguientes supuestos:
-Cuando se trata de trabajadores o de beneficiarios de pensiones o subsidios: por defunción o pérdida de los requisitos previstos para ser titutlar.
- Cuando se trata de familiares o asimilados: por defunción, o cuando se extinga el derecho del familiar o beneficiario titular al cargo del que se encuentre, o cuando desaparezca alguno de los requisitos exigidos para ser beneficiario.

IV. REINTEGRO DE GASTOS MEDICOS.

Como regla general, no resulta admisible el reintegro de gastos médicos por utilización de servicios ajenos a la Seguridad Social dado que no hay un derecho del beneficiario a optar entre la medicina pública o la privada a cargo de la Seguridad Social. Por consiguiente, las entidades sanitarias públicas no están obligadas a reembolsar los gastos derivados de l uso de medios sanitarios ajenos al Sistema público sanitario.

No obstante, hay una excepción a esta regla general cuando se trate de situaciones de << *urgencia vital*>> (artículo 4.3 R.D 1030/2006).
Se considera que hay urgencia vital cuando hay una situación objetiva de riesgo producida:
- por una tardanza en la obtención de la asistencia de esos servicios,

- o por el hecho de que éstos no estén en condiciones de procurarla en la forma requerida, y se pongan en peligro la vida o la curación del enfermo (el reintegro se produce previa comprobación, de que no se pudieran utilizar oportunamente los Servicios públicos sanitarios).

* El T.S ha interpretado que dentro del supuesto de urgencia vital también hay que incluir el riesgo de pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desarrollo normal de la persona.

Quedan excluidos del concepto de urgencia vital:

- la simple demora en el tratamiento motivado por las listas de espera de la Seguridad Social.
- el abandono voluntario de la asistencia sanitaria pública
- la utilización sin más de la asistencia sanitaria privada sin la autorización previa por parte de las entidades públicas
- o viajar a un país extranjero para recibir asistencia médica, sin autorización previa y sin que se trate de un caso de urgencia vital.

Por su parte, la jurisprudencia ha extendido el derecho al reintegro de gastos por utilización de servicios sanitarios ajenos a la Seguridad Social:

- en aquellos casos en que tiene lugar una denegación injustificada de asistencia sanitaria, considerando asimilada a tal situación el error en el tratamiento o en el diagnóstico (previa comunicación de dicha situación a la Inspección Médica)
- o la huelga del personal sanitario.

La utilización de servicios ajenos por denegación injustificada requiere que se haya producido una solicitud previa del tratamiento y que dicha solicitud haya quedado desatendida. En estos casos, se debe comunicar la utilización de servicios ajenos a la Seguridad Social en el plazo de 15 días naturales siguientes al inicio de la asistencia. No se consideran incluidos en este supuesto de denegación injustificada:

-el rechazo de un tratamiento médico por motivos religiosos (negativa a recibir transfusiones de sangre por parte de Testigos de Jehová, por ejemplo).

- o la denegación de técnicas más avanzadas que no son conocidas en España o que no se prestan dentro del sistema.

Asimismo, se ha reconocido por parte de la jurisprudencia el derecho al reintegro cuando los servicios médicos ajenos han sido utilizados por indicación de la propia entidad pública sanitaria, mediante el órgano competente. La solicitud de reintegro debe ser formulada ante la entidad sanitaria obligada a prestar la asistencia. No se contempla ningún plazo para solicitar el reintegro, debiéndose entender que debe formularse dentro de un plazo razonable.

Autores: F. Ballester Laguna y, N. Sirvent Hernández: " *Lecciones y prácticas de Seguridad Social*".