

Particularidades y aspectos problemáticos de la cartera de servicios de la comunidad autónoma de andalucía¹

Particularities and problematic aspects of the portfolio of services of the autonomous community of andalusia

NATALIA TOMÁS JIMÉNEZ *Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Granada*

Resumen

El modelo constitucional prevé el traspaso de competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, permitiéndose así un sistema descentralizado en el que Estado debe asumir una importante labor de coordinación y de fijación de estándares mínimos que garanticen el acceso a la sanidad pública de los ciudadanos en unas condiciones de igualdad. No obstante, la realidad es que a efectos prácticos sí se producen desigualdades territoriales, puestas más intensamente de manifiesto tras la crisis económica acontecida en torno a 2008-2014, y los recortes que cada una de las Comunidades Autónomas adoptaron en materia sanitaria. En el estudio que se presenta a continuación se realiza un análisis de la puesta en práctica de la cartera de servicios común que se realiza en Andalucía, subrayándose algunas de las diferencias más importantes como las listas de espera, los tratamientos de reproducción asistida. Asimismo, también profundiza este estudio en la configuración jurídica de las carteras complementarias de servicios (de origen autonómico) y cuál ha sido el principal contenido otorgado en Andalucía a la misma.

Abstract

The constitutional model provides for the transfer of health competences to the Autonomous Communities, This allows for a decentralized system in which the State must take on an important task of coordinating and setting minimum standards to guarantee equal access to public health. The reality is, however, that territorial inequalities do occur in practical terms, most acutely evident after the economic crisis that took place around 2008-2014, and the cuts that each of the Autonomous Communities adopted in the area of health. In the study presented below, an analysis is made of the implementation of the common services portfolio carried out in Andalusia, highlighting some of the most important differences such as waiting lists and assisted reproduction treatments. It also deepens this study on the legal configuration of the complementary portfolios of services (of autonomic origin) and what has been the main content granted in Andalusia to it.

Palabras Clave

Sanidad; cartera común; carteras complementarias; Comunidad autónoma; medicamentos; prestaciones farmacéuticas; género

Keywords

Health; common portfolio; complementary portfolios; Autonomous Community; medicines; pharmaceutical benefits; gender

1. PREÁMBULO

El modelo constitucional prevé el traspaso de competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, permitiéndose así un sistema descentralizado en el que Estado debe asumir una importante labor de coordinación y de fijación de estándares mínimos que garanticen el acceso a la sanidad pública de los ciudadanos en unas condiciones de igualdad. No obstante, la realidad es que a efectos prácticos sí se producen desigualdades territoriales, puestas más intensamente de manifiesto tras la crisis económica acontecida en torno a 2008-2014, y los recortes que cada una de las Comunidades Autónomas adoptaron en materia sanitaria. Con carácter general se produjo una merma considerable en los recursos, especialmente en los humanos, y en las infraestructuras, mientras de manera paralela se incrementaba el proceso privatizador que ya estaba presente en buena parte de las

¹ Estudio realizado en el seno del Proyecto de Investigación B-SEJ-213-UGR18 “Retos de la modernización de la asistencia sanitaria en Andalucía: Cohesión interterritorial, envejecimiento y revolución digital. Proyectos I+D+i del Programa Operativo FEDER 2018. Junta de Andalucía-Consejería de Economía y Conocimiento. Universidad de Granada

CCAA. Estos problemas se han agudizado durante la pandemia, originándose entre otros efectos, la no atención de la mayoría de los enfermos con patologías distintas al Covid-19.

Si bien en los últimos años se había prometido un aumento de los fondos destinados a la sanidad pública, en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia aprobado por el Gobierno, la Sanidad Pública tenía una consideración menor ya que solo se le destinaban el 1,54% de los fondos previstos². Por otro lado, la mayoría de las CCAA han aumentado la partida presupuestaria destinada al gasto sanitario, pero resulta llamativo, por ejemplo, que la Junta de Andalucía haya incrementado el presupuesto que destina a externalizar parte de la sanidad pública en la privada en un 43%. De este modo, se logra una disminución de las listas de espera quirúrgicas, al ser derivadas a la sanidad privada, pero sin embargo se han aumentado las listas de espera para consultas externas, produciéndose un deterioro de la sanidad pública con la externalización de servicios³.

En el estudio que se presenta a continuación se realiza un análisis de la puesta en práctica de la cartera de servicios común que se realiza en Andalucía, subrayándose algunas de las diferencias más importantes como las ya indicadas listas de espera, pero también se observan otros indicadores y las interpretaciones que se realizan de aspectos que de forma interesada se consideran confusos por algunas Comunidades Autónomas, como son los tratamientos de reproducción asistida, restringiendo Andalucía el acceso a esta prestación a través de diferentes vías como la minoración del número de intentos permitidos, la exigencia de unos requisitos no establecidos en la norma estatal (recuento de folículos, hormona antimülleriana, la consideración de un Índice de Masa Corporal (IMC) no adecuado, etc.). Asimismo, también profundiza este estudio en la configuración jurídica de las carteras complementarias de servicios (de origen autonómico) y cuál ha sido el principal contenido otorgado en Andalucía a la misma.

2. SANIDAD Y POBLACIÓN ANDALUZA: UNA VISIÓN ESTADÍSTICA

Antes de abordar el estudio técnico-jurídico de la Cartera de Servicios de la Comunidad Autónoma de Andalucía es conveniente realizar algunas consideraciones previas de cómo es la población andaluza desde la perspectiva de la salud. Las previsiones del INE a 1 de enero de 2013, cifraban la población andaluza en 8.394.209 habitantes, siendo Andalucía la Comunidad Autónoma que más había crecido desde el 2010⁴. Con algunos altibajos, se mantiene un crecimiento más sostenido hasta julio de 2018, componiendo la población andaluza un total de 8.406.223 habitantes, y arrancando una tendencia de crecimiento más agudizada a partir de ese momento, que es lógicamente frenada por el Covid-19, determinándose de forma provisional por el INE la población andaluza en julio de 2021 en 8.500.808 habitantes, apreciando un ligero decrecimiento poblacional ya que en enero constaban 8.502.217 habitantes (-0.2%)⁵. Por tanto, se observa que la pandemia ha ralentizado ese ritmo de crecimiento ascendente hasta haberlo invertido en los últimos meses si bien es muy probable que vuelva a dispararse en los próximos años. En cuanto a las provincias andaluzas, Córdoba y Jaén son las provincias que han visto mermadas su población en los últimos años, mientras que el

² Así se denuncia en la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: *Los Servicios Sanitarios de las CCAA, 2022*. Disponible en: <https://fadsp.es/wp-content/uploads/2022/05/InformeCCAA22.pdf>, p. 2.

³ Así se denuncia en CCOO: *Informe CCOO Listas de Espera 2021*. Disponible en: <https://sanidad.ccoo.es/037dfb76e11046b743b4715991724bb3000057.pdf>, p. 5, concluyendo que se está produciendo un “intento decidido del gobierno de la Junta de Andalucía de maquillar las cifras globales de la lista de espera quirúrgicas, apoyándose primero en un infradiagnóstico de patologías y segundo en la derivación hacia la sanidad privada de patologías sin plazos (patología menos compleja)”. Esta externalización de servicios, para CCOO, “es una política inaceptable porque atenta directamente contra la sanidad pública andaluza, contra la equidad de los andaluces y andaluzas y solo se beneficia la sanidad privada, que no cesa de aumentar su margen empresarial a costa de los presupuestos públicos”.

⁴ Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales: *IV Plan Andaluz de Salud*, 2013, p. 9. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/IV_PAS_v9.pdf

⁵ INE: *Cifras de Población (CP) a 1 de julio de 2021*. Notas de prensa, 16 de diciembre de 2021. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/cp_j2021_p.pdf

resto, con pequeñas variaciones especialmente en los últimos años y explicadas seguramente por la pandemia, han mantenido un crecimiento muy suave. Concretamente, según datos de julio de 2021 Jaén tiene 623.981 habitantes y en 2013 ascendía a 661.716 habitantes. Córdoba cuenta con 779.009 habitantes en julio de 2021 mientras que en 2013 tenía 800.414 habitantes.

Sin duda, a pesar de los efectos de la pandemia, el crecimiento de la población andaluza se explica por ser una Comunidad Autónoma especialmente receptora de migraciones exteriores e interiores procedentes de otras CCAA. En este sentido, durante el primer semestre de 2021, Andalucía fue la tercera Comunidad Autónoma que más población migrante recibió del exterior (4.815 personas) y la segunda en cuanto a migraciones interiores (4.071 personas). Si bien la población extranjera suele presentar una mejor salud que la población española, principalmente por tener una menor edad este colectivo, es preciso estar atentos a un posible impacto en el sistema de salud cuando esta población vaya también envejeciendo, siendo necesario reforzar la atención primaria. Se ha considerado al sistema sanitario como un posible dispositivo de integración social que contribuya a reducir las desigualdades sociales en salud mediante la garantía de accesos y la prestación de una atención sanitaria de calidad a las poblaciones inmigrantes.

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta desde el punto de vista de la sanidad es la esperanza de vida de esta población. Si bien Andalucía presenta una elevada esperanza de vida, es de las más bajas en comparación con resto de las CCAA, habiendo descendido en 2021 a 81,54 años, rompiéndose, de igual modo que el resto de las CCAA por la pandemia, esa clara tendencia ascendente característica de las últimas décadas. En cuanto a las provincias andaluzas, destacan Málaga y Córdoba que superan los 82 años, mientras que el resto se sitúan en torno a los 81 años. Los índices de envejecimiento más elevados suelen coincidir con las zonas de mayor índice de ruralidad, afectando más intensamente la dependencia a las poblaciones pequeñas y con un perfil eminentemente femenino.

Estos datos son importantes ya que una población en crecimiento y envejecida (se ha hablado del “envejecimiento del envejecimiento”), supone un mayor gasto sanitario que la Comunidad Autónoma de Andalucía debe afrontar, determinando ello las decisiones que se adopten al respecto. Téngase en cuenta que, como señala el IV Plan Andaluz de Salud, tomando como referencia a la OMS, el nivel de salud varía de unas poblaciones a otras y estas situaciones de injusticia y desigualdad en la distribución del nivel de salud nunca se deben a circunstancias individuales, sino que surgen como resultado de las decisiones y prioridades políticas y económicas que se tomen en un momento histórico dado, requiriéndose para subsanarlo una perspectiva que asuma como eje vertebrador la Salud en todas las Políticas, es decir, la alianza entre todas las políticas de un mismo gobierno para lograr mejorar los determinantes estructurales de la salud, promoviendo el desarrollo armónico de todas las personas y grupos en la sociedad⁶. No obstante, es importante puntualizar que España es de los países de la Unión Europea que tienen una esperanza de vida en buena salud más elevada⁷, concretada en el año 2019 en 69.4 años para los hombres y 70.4 años para las mujeres, siendo la media en la UE de 64.2 y 65.1 respectivamente⁸. En ese sentido, y aunque no hay datos recientes, Andalucía ha venido siendo una de las Comunidades Autónomas con mayor incremento de la Esperanza de Vida Libre de Incapacidades y de Esperanza de vida en Buena Salud. Cuanto mayor sea el número de años ganados en buena salud, menor será la necesidad de recursos sanitarios y sociales vinculados a

⁶ Véase, Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales: *IV Plan Andaluz...*, op. cit., pp. 5 y ss.

⁷ El indicador de la esperanza de vida en buena salud se define como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad). Este indicador combina información de mortalidad y de morbilidad. La esperanza de vida en buena salud forma parte del Pilar Europeo de Derechos Sociales publicados por Eurostat.

⁸ Puede consultarse en, INE: *3.1.2. Esperanza de vida en buena salud*, 2021. Disponible en: <https://www.ine.es/uc/CvIo2JtY>

los cuidados de larga duración, y mucho mayor la calidad de vida de la población mayor en nuestra comunidad autónoma.

Respecto a cómo perciben su salud, un 8.2% de la población andaluza en 2020 percibió su estado como malo o muy malo, situándose en la tercera comunidad autónoma con resultados más negativos en este indicador, siendo la media española un 6.6%. No obstante, un 70.6% de la población andaluza percibió su salud como buena o muy buena⁹. Por otro lado, Andalucía ocupa la cuarta posición en la tabla de personas con enfermedades o problemas de salud de larga duración, con un 40.5% (año 2020)¹⁰. En cuanto a las personas con limitaciones en la actividad diaria en los últimos 6 meses, el 6.6% de la población andaluza presenta una limitación grave y un 18.4% limitada pero no grave, siendo resaltable que ocupa en ambos casos los primeros puestos del ranking en comparación con otras Comunidades Autónomas. Estos últimos datos apuntan a que la salud de la población andaluza debería mejorar en comparación con otros territorios nacionales.

Entre las características de la población andaluza se observa un menor sedentarismo, pero mayor presencia de sobrepeso y obesidad, en comparación con otras CCAA. Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del sistema circulatorio, tumores, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema nervioso y accidentes, son los problemas de salud que generan el mayor volumen de la atención sanitaria y sociosanitaria en Andalucía, por lo que resulta evidente que es necesaria una óptima planificación de servicios y recursos que garantice la equidad para el conjunto del territorio de Andalucía en el acceso a prestaciones preventivas, de cribados, rehabilitadoras, de procesos asistenciales, cuidados paliativos y a personas cuidadoras de las personas con discapacidad, contemplados en distintos Planes Integrales (Oncológico, Cardiopatías, Diabetes, Tabaquismo, Obesidad, Salud Mental, Accidentalidad, etc.)¹¹.

Por otro lado, en los últimos años se tiende a una transformación en la actividad del hospital, procurándose una reducción de los ingresos, estancias y actividad quirúrgica ligada al recurso cama y su reorientación en la atención a personas en estado agudo; combinándose con un incremento de la hospitalización de día y cirugía sin ingresos¹². Si bien no se han detectado patrones de desigualdad en el uso de servicios de hospitalización, urgencias, consumo de medicamentos, sí se observa un mayor acceso a servicios preventivos, como salud bucodental, revisiones ginecológicas o pruebas de cribado del cáncer entre las personas con nivel educativo más alto y menor dificultad económica. Igualmente, los servicios, como la consulta médica de Atención Primaria, son más usados por las personas de menor nivel educativo. Por tanto, el sistema sanitario público resulta potencialmente esencial para corregir desigualdades en el acceso a los servicios, lo que contrasta con la peligrosa derivación del gasto público sanitario andaluz hacia recursos privados.

3. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN UN ESTADO AUTONÓMICO

El Sistema Nacional de Salud es el modelo organizativo por el que ha optado el legislador en la Ley General de Sanidad para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. Tal y como se ha configurado se basa en la Teoría de Sistemas, integrando múltiples redes sanitarias públicas. Se trata de un modelo descentralizado en los Servicios de Salud de las CCAA, estando sometido a tensiones institucionales y financieras. La opción organizativa generalizada en el SNS para la actividad prestacional son los órganos especializados no personificados que gestionan la asistencia sanitaria en régimen de desconcentración. A ello responden las Áreas de Gestión Sanitaria en Andalucía¹³.

⁹ INE: *Indicadores de Calidad de Vida. 3.1.3. Salud autopercibida* Disponible en: <https://www.ine.es/uc/D93Bretx>

¹⁰ INE: *Indicadores de Calidad de Vida. 3.1.4. Morbilidad crónica. Personas con enfermedades o problemas de salud de larga duración.* Disponible: <https://www.ine.es/uc/k1VoxZ8h>

¹¹ Véase, Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales: *IV Plan Andaluz...*, op. cit., p. 32.

¹² Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales: *IV Plan Andaluz...*, op. cit., p. 34.

¹³ GIRELA MOLINA, B.: "Reformas fallidas en la gestión de la asistencia sanitaria: ¿vuelta al origen?". En VV.AA., Moreno Vida, M. N. Díaz Aznarte (Dir.): *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar: una*

La configuración de nuestro Estado autonómico debe respetar el principio de igualdad y el art 138. 2 CE establece claramente que “las diferencias entre los Estatutos de las distintas Comunidades Autónomas no podrán implicar, en ningún caso, privilegios económicos o sociales”. Lo relevante en este sentido es si en el escenario práctico hay una igualdad entre los ciudadanos en cada una de las CCAA, ya que pueden implantarse diferentes regímenes en la regulación y reconocimiento de derechos y libertades para los ciudadanos de esas CCAA, habiendo considerado el Tribunal Constitucional (STC 37/1987, de 27 de marzo) que “igualdad no es uniformidad”, por lo que las CCAA no tienen que tener exactamente las mismas competencias ni el mismo modo de ejercerlas ya que precisamente autonomía es la capacidad de cada región o nacionalidad “para decidir cuándo y cómo ejercer sus propias competencias en el marco de la Constitución y el Estatuto”¹⁴. Según el TC, el principio de igualdad proclamado en la Constitución Española no implica la identidad de las situaciones jurídicas de todos los ciudadanos en cualquier zona del territorio nacional, sino lo que queda garantizada con el establecimiento de unas condiciones básicas que constituyen un mínimo común denominador a partir del cual cada Comunidad podrá desarrollar sus propias competencias, sin perjuicio de que el Estado ejerza su competencia de coordinación general (STC 32/1983, de 28 de abril). En esta línea, el art. 149. 1. 1ª CE atribuye al Estado la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, añadiendo el TC que deben conjugarse la unidad y diversidad necesaria de cada Comunidad autónoma, junto con el principio de solidaridad establecido en los arts. 2 y 138 CE.

La CE atribuye competencias en materia de sanidad a las CCAA y los respectivos Estatutos de Autonomía así también lo han proclamado, por lo que éstas progresivamente han ido asumiendo competencias en esta materia, quedando la sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad interior y la legislación sobre productos farmacéuticos bajo la tutela exclusiva del Estado (arts. 148. 1. 21ª y 149.1. 16ª CE).

En lo referido a la Comunidad Autónoma de Andalucía, es preciso acudir a la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (en adelante, EAA), en cuyo art. 55 prevé expresamente que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios¹⁵. Corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal con efecto sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica, el régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público, así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica en materia sanitaria.

Por tanto, recae sobre la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva de los aspectos organizativos de los servicios sanitarios, mientras que los aspectos prestacionales serían de competencia compartida, pudiendo, no obstante, intervenir el Estado en la ordenación de aspectos organizativos desde su competencia sobre bases y coordinación en materia de sanidad interior¹⁶.

visión nacional y europea, Comares, Granada, 2019, pp. 157 y ss.

¹⁴ RUIZ LÓPEZ, F.: “Principios estatutarios y competencias en salud en el Estatuto de Andalucía”. En VV. AA., Pérez Gálvez, J. F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 411 y ss.

¹⁵ El EAA sigue la tendencia de incluir expresamente el reconocimiento de este derecho en su texto, “en la lógica de un propósito de constitucionalización territorial derivada”. Véase más ampliamente, RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El sistema multinivel de asistencia sanitaria: tensiones y desafíos en su articulación*, Comares, Granada, 2017, p. 98.

¹⁶ Así lo advierte, RUIZ LÓPEZ, F.: “Principios estatutarios y competencias...”, *op. cit.*, pp. 420-421.

Por otro lado, corresponde a Andalucía, en aras del artículo 149.1.16.^a CE y en exclusiva, la ordenación farmacéutica, y la ejecución de la legislación estatal en materia de productos farmacéuticos. Igualmente, le corresponde a la Comunidad Autónoma la investigación con fines terapéuticos, sin perjuicio de la coordinación general del Estado sobre esta materia. Asimismo, la Comunidad Autónoma participa en la planificación y la coordinación estatal en materia de sanidad y salud pública con arreglo a lo previsto en el Título IX.

En otro orden de ideas, aunque íntimamente relacionadas entre sí, es preciso aludir al art. 10. 3. 14º EAA que establece que la Comunidad Autónoma, en defensa del interés general, ejercerá sus poderes con el objetivo básico, entre otros, de “la cohesión social, mediante un eficaz sistema de bienestar público, con especial atención a los colectivos y zonas más desfavorecidos social y económicamente, para facilitar su integración plena en la sociedad andaluza, propiciando así la superación de la exclusión social”.

El art. 22 EAA enumera una serie de derechos que ya estaban reconocidos en la normativa básica estatal y la legislación de desarrollo autonómica, pero son así ascendidos a la categoría de derechos estatutarios. Entre los derechos enumerados¹⁷, han sido destacados por la doctrina por su carácter novedoso¹⁸, el derecho al consejo genético y la medicina predictiva y el derecho a acceder a cuidados paliativos.

En cuanto a la financiación, es importante tener en cuenta que la descentralización de la gestión de los servicios sanitarios y el traspaso de servicios y funciones efectuada por la Administración del Estado en materia de sanidad a favor de las distintas CCAA se ha visto acompañada de una nueva forma de financiación de la asistencia sanitaria, que abandonando la específica partida presupuestaria de la Seguridad Social se ha integrado en el sistema general de financiación autonómica junto al resto de las partidas presupuestarias¹⁹.

4. EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD Y SU CARTERA DE SERVICIOS

En el escenario de distribución de competencias expuesto, habiendo finalizado en el año 2002 el proceso transferencial de la asistencia sanitaria pública, conformándose el SNS de diecisiete sistemas autonómicos de salud, era necesario que apareciera la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud (art. 1). Con esta norma se pretende, entre otros objetivos, que se alcance un mismo nivel de las prestaciones para todos los ciudadanos, independientemente del territorio autonómico en el

¹⁷ El listado completo abarca los siguientes derechos: a) Acceder a todas las prestaciones del sistema. b) La libre elección de médico y de centro sanitario. c) La información sobre los servicios y prestaciones del sistema, así como de los derechos que les asisten. d) Ser adecuadamente informados sobre sus procesos de enfermedad y antes de emitir el consentimiento para ser sometidos a tratamiento médico. e) El respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad. f) El consejo genético y la medicina predictiva. g) La garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos. h) Disponer de una segunda opinión facultativa sobre sus procesos. i) El acceso a cuidados paliativos. j) La confidencialidad de los datos relativos a su salud y sus características genéticas, así como el acceso a su historial clínico. k) Recibir asistencia geriátrica especializada.

Asimismo, el art. 22.3 EAA dispone que “las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes”.

Concluye el art. 22.4 EAA precisando que “con arreglo a la ley se establecerán los términos, condiciones y requisitos del ejercicio de los derechos previstos en los apartados anteriores”.

¹⁸ RUIZ LÓPEZ, F.: “Principios estatutarios y competencias...”, *op. cit.*, p. 423.

¹⁹ PALOMAR OLMEDA, A.; VÁZQUEZ GARRANZO, J.: *La protección de la salud: la necesidad de recomposición del sistema (Lecciones aprendidas durante la pandemia y propósito de enmienda)*, Aranzadi, Navarra, 2021, p. 63.

que vivan o reciban la asistencia²⁰. Tal y como señala la Exposición de Motivos de la Ley 16/2003, se pretende establecer acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, concretándose este objetivo de equidad en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos. Repárese en que el reparto de competencias en torno a la determinación del contenido de las prestaciones sanitarias fue muy discutida, habiéndose planteado hasta el final la defensa de la competencia estatal exclusiva basada en el título competencia de Seguridad Social, imponiéndose finalmente la postura aprobada en la Ley 16/2003²¹, con el beneplácito del Tribunal Constitucional, que en la STC núm. 98/2004, de 25 de mayo, ha confirmado el nuevo orden en la distribución de competencias entre el Estado y las CCAA sobre el Sistema Sanitario Público, al situarlo en el marco de la sanidad (art. 43 CE y art. 149.1.16ª CE) y no en el de la Seguridad Social (art. 41 CE y 149.1.17ª CE) y al interpretar que, desde esta nueva posición, las CCAA puede ejercer sus competencias de desarrollo en la configuración de las prestaciones sanitarias, cerrándose así definitivamente la cuestión del paso de las prestaciones de la Seguridad Social a prestaciones del SNS²².

La cartera de servicios del sistema sanitario público ha sido aprobada mediante el mencionado Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, pretendiéndose garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, recogiendo los principios establecidos en la Constitución Española. Los servicios contenidos en dicha cartera no tienen la consideración de mínimos, sino de básicos y comunes, es decir, los fundamentales y necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud²³.

Por tanto, tal y como establece la Ley 16/2003, las carteras de servicios autonómicas comprenderán, en general²⁴:

- La cartera común de servicios del SNS en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, debiendo garantizarse éstas a todos los usuarios del mismo (así lo prevé expresamente el art. 8. 1 quinquies Ley 16/2003). En este sentido, conviene indicar que²⁵:
 - a) La cartera común básica de servicios asistenciales, según el art. 8 bis Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

²⁰ PALOMAR OLMEDA, A.; VÁZQUEZ GARRANZO, J.: *La protección de la salud...*, op. cit., p. 84.

²¹ VIDA FERNÁNDEZ, J.: “Sostenibilidad del sistema sanitario crisis económica, prestaciones sanitarias y medidas de ahorro”. *Derecho y Salud*, vol. 21, núm. 2, 2011, p. 21.

²² En este sentido, VIDA FERNÁNDEZ, J.: “Las carteras de servicios: concreción, racionalización y articulación del contenido de las prestaciones sanitarias”. *Derecho y Salud*, vol. 13, núm. 1, 2005, p. 30.

²³ <https://www.msbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/CarteraDeServicios.htm>

²⁴ Así las configura, por ejemplo, DÍAZ AZNARTE, M^a.T. “El sistema nacional de salud y las carteras de servicios común y complementarias: una visión crítica de la descentralización territorial en materia de asistencia sanitaria”. En VV.AA., Moreno Vida, M. N. Díaz Aznarte (Dirs.): *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar: una visión nacional y europea*, Comares, Granada, 2019, p. 130.

²⁵ Para un estudio más profundo véase en esta misma obra el capítulo anterior elaborado por la Profesora Raquel Vida Fernández.

- b) La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario, incluyéndose expresamente la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, la prestación con productos dietéticos, y 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 (art. 8 ter Ley 16/2003).
- c) La cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario (art. 8 quáter Ley 16/2003).
- La cartera de servicios complementaria de la comunidad autónoma, consistente en incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios; debiendo destinar los recursos económicos necesarios para asegurar la financiación de la cartera común de servicios, siendo preceptiva, para la aprobación de la cartera de servicios 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 (art. 8. 2 quinquies Ley 16/2003).

En consecuencia, las Comunidades Autónomas podrán elaborar sus propias carteras de servicios que, al menos, deberán incluir la común del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de que los Servicios de Salud que no puedan ofrecer alguno de los servicios contemplados en la cartera común en su ámbito geográfico deban establecer los mecanismos necesarios para remitir al usuario que lo precise al centro donde le pueda ser facilitado, en coordinación con el Servicio de Salud que lo facilite.

En este sentido, corresponde al Servicio Andaluz de Salud velar por la efectiva implementación de la cartera común de servicios del SNS en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios en Andalucía, pudiendo impulsar también su propia cartera complementaria. Teniendo en cuenta este marco general, procede señalar que la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud garantiza prestaciones comunes para la atención integral y en condiciones de equidad a los usuarios de nuestro sistema sanitario público; así, contiene programas, procedimientos, técnicas y tecnologías que suponen una mejora de la salud y están basadas en la mejor evidencia científica disponible. La cartera de servicios también incluye la oferta que es propia de la sanidad pública de Andalucía y la que se realiza al Sistema Nacional de Salud a través de los Centros, Servicio y Unidades de Referencia²⁶. No obstante, pueden apreciarse que la descentralización del Estado y el traspaso de las competencias en materia de Sanidad ha favorecido que cada Comunidad Autónoma gestionara su propio sistema de salud, detectándose diferencias entre cada una de ellas, pudiendo hablarse de Comunidades Autónomas a distintas velocidades y con diferencias en la organización, tanto en lo referente a la cartera común de servicios como en la cartera complementaria, siendo en ambos casos fundamentalmente limitante el gasto sanitario asignado. Si bien la normativa generada a principios de este siglo referida a la materia sanitaria, como la Ley 16/2003 o el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, entre otras, pudieron ser consideradas en su momento como normas reformistas, quizás demasiado ambiciosas, en la actualidad se ha considerado que hubo una falta de implementación efectiva de las mismas. De haberse actuado diligentemente, se podrían haber solucionado algunos de los problemas de gestión presentes²⁷, teniendo en cuenta que la situación

²⁶ <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios>

²⁷ PALOMAR OLMEDA, A.; VÁZQUEZ GARRANZO, J.: *La protección de la salud...*, op. cit., p. 88.

que tenemos deriva de la reducción y mal financiación, pero también de problemas en la gestión y organización.

4.1. La Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud en Andalucía: luces y sombras de un modelo descentralizado

Ya antes del COVID-19 los estudios alertaban de un incremento en el gasto sanitario si se pretendía dar cobertura universal a todas las prestaciones sanitarias en condiciones de equidad. Entre las razones de ello están el aumento de la esperanza de vida con el consiguiente envejecimiento de la población, la cronicación de las enfermedades, el incremento de la innovación tecnológica y científica, una mayor información a la población, gastos necesarios para ajustar el ejercicio de la actividad sanitaria a la normativa vigente (por ejemplo, a la LO de Protección de Datos, etc.), la judicialización de la medicina, etc.²⁸. Ciertamente, una parte importante del gasto sanitario de las CCAA viene condicionada por decisiones del gobierno central, lo que implica una limitación para ellas, pero, por otro lado, la sanidad supone, por su volumen de gasto, la primera de las funciones atribuidas a las Administraciones regionales en España. Este último aspecto ha supuesto que en la última década las propias CCAA hayan tratado de restringir el gasto sanitario, cada una de una manera diferente y afectando a distintos servicios. Las vías principales por las que han tratado de materializar esta reducción se han basado en las reducciones salariales, la caída de efectivos en las categorías profesionales inferiores, los recortes en los precios de los medicamentos y la práctica supresión de las inversiones. Andalucía, precisamente, ha sido una de las comunidades autónomas, que, por su elevado déficit, ha tenido que realizar ajustes más intensos en sus servicios sanitarios²⁹. Téngase en cuenta que Andalucía se situaba en 2013 como la Comunidad Autónoma con menor gasto sanitario público por habitante y en el 2022 los números no son más alentadores, situando a Andalucía sólo por delante de Madrid, cifrado en 1388,86 el presupuesto sanitario per cápita por habitante³⁰. Más allá del debate (necesario) de si esa financiación puede considerarse suficiente para cubrir de forma eficiente la cartera de servicios en un modelo de prestación sanitaria universal y gratuito, y sin duda, la cuestión de la financiación sanitaria debe ser planteada en el marco de un pacto social sobre el nivel de prestaciones sanitarias públicas que pueden ser financiadas atendiendo a la sostenibilidad global de las finanzas públicas³¹; desde una perspectiva práctica es posible apreciar diferencias territoriales en algunos aspectos de la cartera común de servicios del SNS como, por ejemplo, las listas de espera o la dotación de equipos especializados que obligan a repensar sobre el principio de igualdad. Si se observan las conclusiones del Informe *Los Servicios Sanitarios de las CCAA* (2022), Andalucía, con 70 puntos, está entre las Comunidades Autónomas que tienen unos servicios sanitarios deficientes, rozando la entrada en la categoría de los “peores servicios sanitarios”. Concretamente, según la valoración global que atiende a diferentes elementos, en Andalucía se ha venido observando en los

²⁸ Así lo manifiesta PÉREZ GÁLVEZ, J.F.: “El cierre de grandes corporaciones o franquicias en España: una crisis sanitaria que deja indefensos a los ciudadanos”. En VV. AA., Pérez Gálvez, J.F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, p. 37.

²⁹ Así se recoge en NAVARRO ESPIGARES, J.L.: “La financiación sanitaria en Andalucía”. En VV. AA., Pérez Monguió, J. M^a, Fernández Ramos, S. (Coords.): *El derecho de salud pública y políticas sociales e igualdad de Andalucía*, Junta de Andalucía, Instituto Andaluz de Administración Pública, 2016, pp. 305 y ss. Indica este autor que Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Cataluña o Andalucía han practicado las reducciones más importantes; en el lado opuesto, País Vasco, Madrid, Castilla y León o Galicia, con ajustes más suaves.

³⁰ Así se refleja en Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: *Los Servicios Sanitarios...*, *op. cit.*, 2022, p. 11.

Asimismo, téngase en cuenta que según los datos de 2020 era la Comunidad con menos gasto sanitario público por habitante, recogiéndose una cuantía 1.398 euros por habitante. Véase Ministerio de Sanidad: *Estadística de Gasto Sanitario Público*, 2020, p. 9.

³¹ En este sentido, NAVARRO ESPIGARES, J.L.: “La financiación sanitaria en...”, *op. cit.*, p. 327 y ss., planteándose si esto es sostenible o insostenible.

últimos años un claro declive en comparación con el resto de las CCAA, y si bien en el año 2022 ha remontado dos posiciones, se encuentra en la posición cuarta empezando por la cola³².

Como datos más resaltables pueden citarse, entre otros, que Andalucía tenga, en comparación con otras CCAA:

- el menor número de camas por mil habitantes (2,33); 1,75 si se observan las pertenecientes al SNS, también en último lugar de la lista.
- 0,09 quirófanos por mil habitantes, situada en el tercer cuartil de la lista.
- 31,95 equipos de tomografía axial computarizada (TAC) y resonancias magnéticas (RM) por millón de habitantes, ocupando así la décima posición en comparación con otras CCAA.
- 1,51 médicos de atención especializada por cada mil habitantes, en la última posición de la lista.
- 128 días de promedio de espera en lista de espera quirúrgica, lo que la sitúa en la mitad del ranking prácticamente cercana a la media nacional fijada en 123 días; y 105 días de promedio de espera en lista de espera de consultas especialista, relegándola en este caso a la cuarta posición por la cola y lejos de los 89 días de media nacional de demora³³. No obstante, es destacable que la espera para una intervención quirúrgica en Andalucía ha bajado un 20% con respecto a junio de 2020, recuperándose así la situación previa a la pandemia y asemejándose a las cifras de 2019 ya que el Covid-19 supuso un colapso en las listas de espera³⁴.

Estos datos reflejan que de facto se producen diferencias territoriales entre las CCAA en la prestación de los servicios incluidos en la cartera común del SNS, a pesar de la predicada igualdad constitucional y legal. Valga como ejemplo que en el País Vasco la demora en la lista de espera de consultas para especialista es de 34 días, mientras que en Andalucía es de 105 días.

Asimismo, desde esta perspectiva, también es posible constatar diferencias territoriales en el interior de una misma Comunidad Autónoma, observándose oscilaciones importantes en los tiempos de demora en las listas de espera entre provincias.

Demora en listas de espera por provincia. Andalucía. Diciembre 2021

Provincia	Demora media (días) en listas de espera quirúrgicas	Demora media (días) en listas de espera de consultas externas
Almería	188	89
Cádiz	108	107
Córdoba	108	56
Granada	172	123
Huelva	109	111
Jaén	159	153
Málaga	124	104
Sevilla	120	81
Andalucía	134	105

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el Servicio Andaluz de Salud³⁵

³² Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: *Los Servicios Sanitarios...*, op. cit., 2022. Disponible en: <https://fadsp.es/wp-content/uploads/2022/05/InformeCCAA22.pdf>, p. 7 y ss.

³³ Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS - S.G. Información Sanitaria: *Sistema de Información de listas de espera del SNS (SISLE-SNS). Situación a 31 de diciembre de 2021*, Ministerio de Sanidad.

³⁴ Diario de Sevilla: *La espera para una intervención quirúrgica en Andalucía baja un 20% con respecto a junio de 2020*. 16 noviembre 2021. Disponible en: https://www.diariodesevilla.es/andalucia/listas-espera-operacion-andalucia_0_1629738576.html

³⁵ Pueden consultarse estos datos en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/derechos-y-garantias/tiempos-de-respuesta-asistencial-listas-de-espera>

Puede señalarse, muy significativamente, los 56 días de la provincia de Córdoba en las listas de espera de consultas externas y los 153 días de Jaén, siendo precisamente en Córdoba la única provincia que en líneas generales, y en extremis, podría estar respetándose lo dispuesto en el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que establece en su art. 4 para las primeras consultas de asistencia especializada un plazo máximo de garantía de 60 días y en los procedimientos diagnósticos, 30 días.

Asimismo, también resulta muy llamativa las diferencia entre los 188 días cuantificados en la provincia de Almería para las listas de espera quirúrgicas y los 108 días de Cádiz o Córdoba, debiendo tenerse en cuenta que el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en su art. 3, reconoce el derecho a la atención en un tiempo máximo de 180 días para un total de 700 técnicas quirúrgicas, un plazo que se ha reducido a 120 días por la Orden de 20 de diciembre de 2006, para los 11 procesos asistenciales más comunes, que incluyen 71 técnicas, y a 90 días para determinados procedimientos quirúrgicos relacionados con la cirugía cardíaca por la Orden de 2 de junio de 2016. Por tanto, atendiendo a ese régimen jurídico de garantías, se presumen que difícilmente se está cumpliendo en todas y cada una de las provincias que conforman la Comunidad Autónoma dichos plazos.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que si se superan los tiempos máximos de espera previstos por la norma, se puede acudir a la vía privada, si bien el Tribunal Supremo se ha mostrado restrictivo en este ámbito (STS 4 abril 2007), no bastando la simple existencia de listas de espera y el retraso en la prestación de la asistencia sanitaria, debiendo concurrir también un elemento esencial en estos casos como es la urgencia vital (STSJ Madrid 24 octubre 2006), observándose que la evolución de la enfermedad puede variar significativamente mientras se alarga el período de espera para el acceso a los servicios sanitarios³⁶. La mayoría de las CCAA han articulado regulaciones específicas que permiten a los pacientes recurrir a medios ajenos al SNS una vez transcurrido el plazo máximo sin que se haya producido la correspondiente actuación. Concretamente, en Andalucía se prevé que, en el supuesto de incumplimiento de plazo máximo de respuesta quirúrgica, el Servicio Andaluz de Salud estará obligado al pago de los gastos derivados de la intervención en los términos fijados en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, pudiendo el paciente requerir el tratamiento en un centro sanitario privado (art. 11 Decreto 209/2001). Asimismo, la Orden de 18 de marzo de 2005 por la que se establecen normas para la aplicación de la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos y sobre el funcionamiento de los Registros de Procesos Asistenciales, de Demanda de Primeras Consultas de Asistencia Especializada y de Demanda de Procedimientos Diagnósticos del Sistema Sanitario Público de Andalucía, prevé que si se superan los plazos establecidos normativamente se pueda recurrir a la atención en un centro privado sin que ello le suponga coste alguno al paciente³⁷. No obstante, debe advertirse que el recurso automático a las entidades privadas una vez superados sin más estos plazos entraña el efecto colateral de que se destinen recursos públicos a la gestión de las listas de espera a la sanidad privada, originándose así una peligrosa vía de escape de la sanidad pública que debe ser restringida a través de la dotación correspondiente, en tiempo y forma, de medios (personales, técnicos, etc.) a la sanidad pública.

³⁶ MARTÍNEZ NAVARRO, J.A.: “El derecho al acceso a la asistencia sanitaria: el reintegro de los gastos sanitarios”. En VV. AA., Pérez Gálvez, J. F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 370-371.

³⁷ RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud tras las últimas reformas*, Laborum, Murcia, 2018, pp. 168 y ss.; RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El derecho a la protección de la salud: las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social*, Universidad de Granada, Granada, 2015, p. 395.

En otro orden de ideas, también cabe la posibilidad de que una Comunidad Autónoma interprete de forma restrictiva la cartera común de servicios. Es el caso, por ejemplo, de los tratamientos de reproducción asistida, incluidos en la Cartera de servicios comunes de atención especializada (Anexo III, bloque 5.3.8 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización), materia en la que se ha observado que muchas comunidades incumplen el mínimo establecido en la cartera básica común del Sistema Nacional de Salud. No todas las CCAA interpretan del mismo modo aspectos importantes como los límites de edad, el número de oportunidades para quedarse embarazada o, incluso, en el estado físico que debe tener la mujer para someterse a los tratamientos, originándose diferencias importantes según la Comunidad Autónoma en la que residas³⁸:

- En cuanto a la edad: El RD 1030/2006, Anexo III apartado 5.3.8.2, requiere entre los criterios generales de acceso a tratamientos de RHA, que las mujeres sean mayores de 18 años y menores de 40 años y los hombres mayores de 18 años y menores de 55 años en el momento del “inicio del estudio del paciente”. Ese límite de edad baja a 38 en el caso de inseminación con semen de pareja. Esos límites de edad cobran aun más importancia si se tiene en cuenta las extensas listas de espera que hay para acceder a esta prestación, que llegan en algunos casos hasta los tres años, lo que implica que en muchas ocasiones cuando llega tu turno te excluyan por la edad en algunas CCAA, al observarse interpretaciones muy restrictivas de lo que debe entenderse por ese “inicio del estudio del paciente”. Por ejemplo, en Madrid y País Vasco si cumples 40 años entre ciclo y ciclo, interrumpen el tratamiento; y en el caso de Andalucía, también se hace una interpretación diferente a la norma al requerirse tener menos de 40 años al incluirse en la lista de espera (de 38 si es con esperma de pareja) para inseminación y para in vitro, menos de 40 años en el “momento de la indicación de tratamiento”.
- Número de intentos: estableciendo la norma estatal un número diferente según el tratamiento (inseminación artificial con semen propio, con semen donado, fecundación in vitro, etc.), pero que en el caso Andalucía, los ciclos máximos son menos de lo que marca la cartera común, estableciéndose requisitos adicionales como el nivel de la hormona antimülleriana (AMH) para acceder al siguiente ciclo o el recuento de folículos que se observen en las ecografías³⁹.
- La condición física de la persona que se va a someter al tratamiento, exigiéndose por ejemplo en Andalucía, el no consumo de tóxicos en ambos miembros de la pareja o tener un IMC adecuado, considerado así en la mujer que va a recibir el tratamiento es mayor de 19 y menor de 30. Debe solicitarse una interconsulta a Endocrinología y Nutrición en caso de IMC no adecuado y valorarse el riesgo del tratamiento de RHA, y deben realizarse las indicaciones pertinentes para conseguir un peso saludable⁴⁰.

4.2. Las Comunidades Autónomas y sus carteras complementarias de servicios

4.2.1. La cartera complementaria de servicios: su régimen jurídico desde una perspectiva general

Como ya se ha indicado, el art. 8. 2 quinquies Ley 16/2003 prevé la posibilidad de que las Comunidades Autónomas creen su cartera de servicios complementaria, consistente en la incorporación en sus carteras de servicios de una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera

³⁸ ÁLVAREZ DEL VAYO, M.; BELMONTE, E.; BERNARDO, Á.; TORRECILLAS, C.; TUÑAS, O.; GAVILANES, M. Á.: *La odisea de acceder a la reproducción asistida pública según donde vivas*. Civio.es. 2021. Disponible en: <https://civio.es/medicamentalia/2021/11/16/diferencias-en-reproduccion-asistida-por-comunidades-autonomas/>

³⁹ Servicio Andaluz de Salud: *Guía de Reproducción Humana Asistida. Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Junta de Andalucía, Sevilla, 2022. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2022/Guia%20RHA_SSPA_2022.pdf, p. 17 y ss.

⁴⁰ Servicio Andaluz de Salud: *Guía de Reproducción Humana Asistida...*, op. cit., pp. 10 y ss.

común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios. El art. 11.2 RD 1030/2006, de 15 de septiembre, precisa (en la misma línea que el art. 8. 4 quinquies Ley 16/2003) que, en todo caso, estos servicios complementarios, que deberán reunir los mismos requisitos establecidos en el artículo 5, no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Esa remisión al art. 5 RD 1030/2006, implica que en la definición de la cartera complementaria cada Comunidad Autónoma debe tener en cuenta “la seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad y utilidad terapéuticas de las técnicas, tecnologías y procedimientos, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo” (art. 5.1 RD 1030/2006), atendiendo a los criterios y requisitos que este precepto prevé⁴¹. La fijación de estas exigencias o estándares básicos que deben respetar todas las Comunidades Autónomas para la determinación de sus carteras complementarias de servicios pueden contribuir a una mayor homogeneidad entre las mismas, frenándose así, al menos parcialmente, condicionantes políticos que pueden alterar sustancialmente el contenido de estas carteras complementarias⁴². No obstante, la realidad y el tiempo ha demostrado que en ocasiones han sido contaminadas por el oportunismo político, no habiendo sido suficiente lo previsto en el RD 1030/2006.

Por otro lado, debe advertirse que la configuración normativa de la cartera común de servicios es muy amplia por lo que el margen de actuación con el que cuentan las Comunidades Autónomas para la delimitación de su cartera complementaria se ha visto reducido, adquiriendo aun más relevancia su carácter precisamente complementario ya que está llamada a mejorar o completar la cartera común⁴³. Incluso se ha razonado sobre la incoherencia de crear catálogos autonómicos ya que el catálogo de prestaciones del SNS es “general, relativamente abstracto y prácticamente omnicompresivo”, por lo que sería difícil encajar una nueva prestación⁴⁴, sino más bien alguna técnica, tecnología o procedimiento nuevo, que es precisamente a lo que alude el art. 8. 2 quinquies Ley 16/2003 al referirse a la cartera complementaria. No obstante, nada impide que finalmente se desarrolle como una nueva prestación si se atiende al procedimiento correspondiente establecido en la Ley 16/2003 y en el RD 1030/2006, refiriéndose expresamente estas normas al “establecimiento por parte de las comunidades autónomas de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones comunes del Sistema

⁴¹ En ese sentido, por ejemplo, el art. 5. 3 RD 1030/2006, contempla, entre otras cuestiones, que deberán cumplir todos los requisitos siguientes: a) Contribuir de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, al autovalimiento o a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento. b) Aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada, respecto a otras alternativas facilitadas actualmente. c) Cumplir las exigencias que establezca la legislación vigente en el caso de que incluyan la utilización de medicamentos, productos sanitarios u otros productos.

Igualmente, deberían excluirse, en virtud del art. 5.4 RD 1030/2006:

a) aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos: 1.º Cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada. 2.º Que se encuentren en fase de investigación clínica, salvo los autorizados para uso compasivo. 3.º Que no guarden relación con enfermedad, accidente o malformación congénita. 4.º Que tengan como finalidad meras actividades de ocio, descanso, confort, deporte o mejora estética o cosmética, uso de aguas, balnearios o centros residenciales u otras similares.

b) La realización de reconocimientos y exámenes o pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros.

⁴² En este sentido, VIDA FERNÁNDEZ, J.: “Las carteras de servicios: concreción...”, *op. cit.*, pp. 25-26, que ya advertía del carácter altamente político de la fijación del contenido de las prestaciones sanitarias a través de las carteras de servicios y reclamaba una norma que dotara de una cierta uniformidad al respecto. A ello debería haber contribuido el RD 1030/2006, pero no lo ha hecho con el éxito deseado.

⁴³ Véase, RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones...*, *op. cit.*, pp. 239 y ss.; Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El derecho a la protección de la salud...*, *op. cit.*, pp. 492 y ss.

⁴⁴ VIDA FERNÁNDEZ, J.: “Las carteras de servicios: concreción...”, *op. cit.*, p. 32, subrayando que no debe confundirse e incluirse en la categoría de prestación lo que en realidad es una técnica, tecnología o procedimiento.

Nacional de Salud”. Concretamente, el procedimiento para incorporar una nueva técnica, tecnología o procedimiento en la cartera complementaria autonómica requiere, tal y como establece los arts. 8 quinquies Ley 16/2003 y 11 RD 1030/2006, que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud conozca, debata, y, en su caso, emita recomendaciones, sobre el establecimiento por parte de las comunidades autónomas de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en el artículo 71.1.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. De este modo, la Ley 16/2003 prevé que el Consejo Interterritorial del SNS actúe como órgano coordinador entre las CCAA y la Administración General del Estado, pretendiéndose con la intervención del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud reforzar la igualdad y equidad en el territorio nacional. No obstante, y si bien este órgano ha contribuido al fomento del consenso y a la difusión de experiencias y al aprendizaje mutuo entre niveles de gobierno⁴⁵, considerándose como el órgano básico de cohesión; ha resultado insuficiente en lo que a la cartera de servicios complementaria se refiere al ser su papel meramente consultivo y no vinculante, apreciándose una debilidad evidente en esta misión.

Por otro lado, las Comunidades Autónomas también deberán poner en conocimiento del Ministerio de Sanidad los servicios complementarios no contemplados en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud que hubieran sido incorporados a la cartera de servicios específicos de la comunidad autónoma, que se recogerán en el sistema de información contemplado en el art. 12 RD 1030/2006. Con este doble control, del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Sanidad, se trata de velar por la consecución de la equidad en el acceso a las prestaciones de cualquier usuario, con independencia de la Comunidad Autónoma en la que resida, garantizándose el funcionamiento cohesionado del sistema público sanitario⁴⁶.

Otro factor importante en la cartera complementaria de cualquier Comunidad Autónoma es el requisito de su financiación por la propia Comunidad, encajando así con lo establecido por el Tribunal Constitucional (STC núm. 98/2004, de 25 mayo), que argumenta que “la uniformidad mínima estatal que asegura un nivel mínimo homogéneo (nivel de suficiencia) de las prestaciones sanitarias, puede ser susceptible de mejora por parte de las CCAA, en virtud de su competencia sustantiva y de su autonomía financiera”, pudiendo cada Comunidad Autónoma añadir lo que considere pertinente en el ejercicio de sus competencias, pero subrayándose el respecto al mínimo común denominador marcado por el Estado (STC núm. 22/2012, de 16 de febrero). Deberá la Comunidad Autónoma asumir con cargo a su propio presupuesto la dispensación de esa técnica, tecnología o procedimiento para las personas que tengan la condición de asegurado o de beneficiario (arts. 8 quinquies, apartado séptimo, Ley 16/2003), ya sea desplazado o residente. La garantía relativa a la capacidad financiera es un requisito reiterado en este ámbito, siendo preceptiva para la aprobación y el mantenimiento posterior de las respectivas carteras complementarias la garantía previa de suficiencia financiera en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria, habiendo considerado la STC núm.139/2016, de 21 de julio, que concurre la constitucionalidad de esta garantía previa de exigencia financiera a la luz de las exigencias del art. 135. 1 CE y la doctrina constitucional en materia de estabilidad presupuestaria. Afirma expresamente que “dicha garantía se vincula, en el caso concreto, a la necesidad de establecer los recursos adicionales necesarios para la implantación de la ya mencionada cartera complementaria de servicios así como a su no inclusión en la financiación general de las prestaciones del SNS (Fundamento Jurídico 12º)”⁴⁷. También cabe la posibilidad de que una Comunidad Autónoma opte por financiar íntegramente una concreta prestación sobre la que legislación estatal fija la obligación de un copago en la Cartera común básica, pudiendo ser una mejora del mínimo que alcance o no la financiación por completo⁴⁸.

⁴⁵ PALOMAR OLMEDA, A.; VÁZQUEZ GARRANZO, J.: *La protección de la salud...*, op. cit., pp. 84-85.

⁴⁶ RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El derecho a la protección de la salud...*, op. cit., p. 495.

⁴⁷ RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones...*, op. cit., p. 243.

⁴⁸ RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El derecho a la protección de la salud...*, op. cit., p. 497.

Lógicamente, un efecto inevitable de todo ello será que las Comunidades Autónomas que cuenten con más fondos podrán ofrecer una cartera complementaria más amplia, y también una realización más ventajosa para sus usuarios de las prestaciones comprendidas en la cartera común de servicios, en comparación con aquellas Comunidades que tengan menos recursos económicos (y/o decidan dirigirlos a otros objetivos). Es una realidad que no todas las Comunidades se encuentran en las mismas condiciones económicas, pero tampoco tienen las mismas necesidades sanitarias ya que éstas pueden variar en función de las características propias de la región, sus peculiaridades demográficas, etc. Por tanto, el ejercicio por las CCAA de sus competencias sobre prestaciones sanitarias en sus respectivas carteras de servicios puede y debe dar lugar a diferencias entre las CCAA en el contenido de las mismas, que serán el resultado del legítimo ejercicio del ámbito de autonomía que les reconoce la Constitución y de sus propias opciones políticas. Efectivamente, el principio de autonomía reconocido a las CCAA ampara esta interpretación y el de unidad de la nación española no lo impide, no debiendo caer en la errónea identificación entre igualdad y equiparación o en una confusión de igualdad y uniformidad, que no son lo mismo⁴⁹. Al Estado le corresponde velar porque se cumplan en el ámbito autonómico “las condiciones básicas de igualdad” (como, por ejemplo, unos tiempos máximos de listas tanto diagnósticas como quirúrgicas, fijando tiempos máximos para el acceso a las prestaciones y las alternativas correspondientes una vez superados los tiempos máximos, pudiendo las Comunidades Autónomas introducir normas adicionales mejorando las condiciones fijadas en la normativa básica)⁵⁰; pero todas las Comunidades Autónomas pueden establecer prestaciones complementarias o adicionales en materia de asistencia sanitaria y farmacia, sin que las diferencias o divergencias generadas por tales prestaciones impliquen automáticamente una iniquidad y una ruptura de los principios de igualdad básica de todos los ciudadanos y de cohesión⁵¹. No obstante, es preciso también mantener los principios de coordinación y cohesión del SNS, sin que la descentralización (amparada constitucional y estatutariamente) pueda ser excusa para justificar una ruptura de nuestro modelo de Estado social autonómico, que primero ha de ser Estado, y por ende, solidario y equitativo⁵², debiéndose ampliar y robustecer las funciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano estatal de coordinación y de puesta en común de las políticas sanitarias de las Comunidades Autónomas.

4.2.2. La cartera complementaria del Servicio Andaluz de Salud

Como resultado de lo expuesto anteriormente, las Comunidades Autónomas han ido aprobando desde la década de los noventa diversas normas legales y reglamentarias regulando cuestiones que inciden directamente en el ámbito de las prestaciones de salud pública y de asistencia sanitaria, de las que se derivan desigualdades, tanto de carácter cuantitativo como cualitativo, respecto de los

⁴⁹ Se muestra claramente partidario de la viabilidad de estas diferencias, Vida Fernández, J.: “Las carteras de servicios: concreción...”, *op. cit.*, p. 33-34, compartiendo la postura del Tribunal Constitucional al rechazar la interpretación literal del art. 139 CE que afirma que todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado, que conduce a la negación del Estado autonómico. Desde esta posición, la igualdad no impone que todas las CCAA ostenten las mismas competencias, ni menos aún que tengan que ejercerlas de una manera y con un contenido y unos resultados idénticos o semejantes; reclamándose que sean más cuidadosos en el destino de sus presupuestos autonómicos y que respondan antes sus electores de estas decisiones.

⁵⁰ En este sentido, BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “La igualdad básica, la coordinación y la cooperación interterritorial: Fundamentos del Sistema Nacional de Salud”. *Derecho y Salud*, vol. 10, núm. 2, 2002, pp. 130 y ss., exponiendo que “condiciones básicas de igualdad” no es sinónimo de uniformidad absoluta y total en el contenido del derecho a la protección de la salud de las personas, contenido que, por tanto, puede variar en cada Comunidad Autónoma, sin que esas desigualdades sean iniquidades.

⁵¹ Insistiendo en estos planteamientos, BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “Anotaciones a la ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud”. *Derecho y Salud*, vol. 11, núm. 2, 2003, p. 129.

⁵² MONEREO PÉREZ, J.L.; MOLINA NAVARRETE, C.: “La protección de la salud. Configuración y delimitación técnica: la asistencia sanitaria como acción protectora del sistema de Seguridad Social”. En VV. AA., MONEREO PÉREZ, J.L. (Dir.): *Las contingencias comunes protegidas por la Seguridad Social: Estudio de su régimen jurídico*, Comares, Granada, 2008, p. 402.

distintos ámbitos territoriales autonómicos⁵³, amparadas por la configuración constitucional aludida y posteriormente por los diversos Estatutos de Autonomía y normativa comentada en materia de sanidad. En lo que Andalucía se refiere, se ha considerado concretamente que el RD 1030/2006 posibilita que prestaciones excluidas en el Sistema Nacional de Salud y/o que no sean financiadas con cargo a fondos de los Presupuestos Generales del Estado destinados a la sanidad, puedan ser consideradas como prestación de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y financiadas con sus propios recursos; por lo que cada Administración Sanitaria puede establecer en su ámbito de actuación aquellas prestaciones destinadas a la protección de la salud de colectivos con factores de riesgo específicos y que precisan para que sean efectivas una dotación presupuestaria específica. En base a estas consideraciones, la Junta de Andalucía ha mejorado algunas prestaciones o ha incorporado nuevas prestaciones en su Sistema Sanitario Público que financia con fondos propios. Debe tenerse en cuenta que se trata de un listado dinámico, sujeto a actualizaciones que implican inclusiones novedosas y a veces la exclusión de las mismas o incluso su incorporación a la Cartera Común. Por ejemplo, Andalucía fue pionera en incluir la financiación pública de la píldora poscoital desde 2001⁵⁴, habiéndose ido sumando posteriormente otras CCAA (también la distribuyen gratuitamente con recursos propios Aragón, Baleares, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia y Navarra); e incluso el Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, aprobado por el Consejo de Ministros el 17 de mayo 2022, prevé la inclusión en la Cartera Común de Servicios para evitar el acceso desigual a los métodos anticonceptivos, que “dependía del lugar de residencia, dado que las Comunidades Autónomas proporcionaban recursos y prestaban servicios para la administración de anticonceptivos y establecen directrices sobre su acceso de conformidad con sus políticas de salud sexual y reproductiva”. Igualmente, el DIU de cobre lo financian todas las comunidades salvo Baleares, Cataluña, Madrid y Murcia⁵⁵.

Según la página de la Junta de Andalucía⁵⁶, entre estas mejoras se encuentra la cirugía de cambio de sexo, con larga tradición en esta Comunidad Autónoma y de posible incorporación a la Cartera Común, la prestación ortoprotésica o la financiación de medicamentos excluidos por el Estado, pudiendo también incluirse en esta cartera complementaria las mejoras en la salud bucodental infantil previstas en Andalucía.

A) Medicamentos excluidos de la financiación en el Real Decreto 1663/1998: “el contramedicamentazo” y su posterior derogación en 2012

En el ámbito de las desigualdades objetivas de carácter cuantitativo, destaca la mejora de la prestación farmacéutica efectuada en Andalucía. La Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (derogada por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios), en su art. 94 y la Disposición Adicional Séptima, recogía como competencia estatal la exclusión de medicamentos de la financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o estatales afectos a Sanidad, dejando, por tanto, a las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias la decisión de la financiación de dichos medicamentos con cargo a fondos propios. En la misma línea, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en su Disposición Adicional Quinta establecía que “lo dispuesto en este Real Decreto no afecta a las actividades y prestaciones sanitarias realizadas por las Comunidades

⁵³ BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: Cuestiones en torno a la igualdad”. *Derecho y Salud*, vol. 10, núm. 1, 2002, pp. 15-28.

⁵⁴ https://elpais.com/diario/2001/05/09/sociedad/989359209_850215.html

⁵⁵ Así se referencia en SÁENZ ROYO, E.: “La prestación sanitaria en el Estado autonómico: las incongruencias entre el modelo competencial y su financiación”. *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 119, 2020. <https://doi.org/10.18042/cepc/redc.119.04>, p. 135.

⁵⁶ Así se recoge expresamente en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/prestaciones-sanitarias-sspa.html>

Autónomas, con cargo a sus propios recursos o mediante precios, tasas u otros ingresos, con arreglo a sus Estatutos de Autonomía y normas de desarrollo”. En ese contexto, se aprueba por el Estado el Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad; “respondiendo” a ello el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía con la aprobación del Decreto 159/1998, de 28 de julio, por el que se regula la prestación de determinados medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, posibilitándose la financiación de los mismos cuando hayan sido prescritos por los facultativos adscritos al Sistema sanitario Público de Andalucía.

El llamado “contramedicamentazo” es justificado por la Comunidad Autónoma que, en uso de sus competencias y en aras a preservar los principios de solidaridad y equidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se ha adoptado las medidas necesarias para que los ciudadanos andaluces no se vean afectados por el recorte de la prestación farmacéutica llevada a cabo, financiando con fondos propios los medicamentos excluidos por la norma estatal (el RD 1663/1998, de 24 de julio)⁵⁷. De este modo, Andalucía asumía el coste de los 661 fármacos excluidos, recibiendo gratis los pensionistas y el resto de los usuarios sólo aportaría el 40% de su coste, como ocurría con las medicinas no descartadas por el Ministerio. El TC avaló estas mejoras autonómicas, confirmándose en la STC núm. 98/2004, de 25 de mayo el nuevo orden en la distribución de competencias entre el Estado y las CCAA, considerando que las prestaciones básicas estatales pueden ser completadas por las CCAA (como ya venían haciendo algunas de ellas) mediante medidas como los llamados “medicamentazos” (financiación autonómica de medicamentos excluidos por el Estado de la financiación pública), atención a la salud bucodental, prestación de determinados productos dietéticos, etc.⁵⁸

No obstante, en 2012, en plena crisis económica, se produjeron una serie de recortes en sanidad y la Junta de Andalucía dejó sin efecto, y sin previo aviso, el denominado “contramedicamentazo”, dejando de financiar desde septiembre de 2012 los 661 fármacos que fueron excluidos del pago de la Seguridad Social en 1998 por el Ministerio de Sanidad, tratándose en su mayoría de antihemorroidales, laxantes, vitaminas del grupo B, corticoides para infiltraciones, y expectorantes y mucolíticos; debiendo aportar el usuario en estos casos el cien por cien, salvo algunas excepciones⁵⁹.

Por tanto, actualmente en Andalucía rigen las normas estatales en este ámbito y la aportación de las personas usuarias y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria se define en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones y el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, regula la financiación pública de dicha prestación⁶⁰; con la excepción establecida en el Decreto 415/2008, de 22 de julio, por el que se garantiza a la población infantil menor de un año el derecho a la prestación farmacéutica gratuita del sistema sanitario público de Andalucía.

El Decreto 415/2008, de 22 de julio, que puede considerarse como una iniciativa pionera, se encuadra en el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas y prevé que las niñas y los niños andaluces con

⁵⁷ Navarra también reaccionó en términos similares aprobando el Decreto Foral 258/1998, de 1 de septiembre, por el que se establece la prestación complementaria de determinados medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Foral de Navarra.

⁵⁸ En este sentido, VIDA FERNÁNDEZ, J.: “Las carteras de servicios: concreción...”, *op. cit.*, p. 31.

⁵⁹ https://sevilla.abc.es/andalucia/sevi-medicamentazo-andalucia-junta-201209040000_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

⁶⁰ Téngase en cuenta que incluso se ha eliminado la controvertida subasta de medicamentos en Andalucía. Concretamente, a través de la Ley de Presupuestos del año 2021 el Parlamento aprobó la modificación de la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía con el fin de eliminar la obligatoriedad de realizar las convocatorias de selección de medicamentos,

menos de un año tengan acceso gratuito a los medicamentos y productos sanitarios prescritos por su médico o médica de familia, o por su pediatra, importe que será asumido por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, reforzándose así la protección de la salud en la primera infancia y ayudando a afrontar los gastos económicos derivados de la llegada de un hijo o una hija. Para acceder a esta prestación los bebés deberán ser identificados con la tarjeta sanitaria individual cuando acudan a su consulta de medicina de familia o pediatría. En caso de no disponer aún de la tarjeta, se puede utilizar el justificante de haberla solicitado o el documento de reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria⁶¹. Desde agosto de 2008 hasta julio de 2017 la implantación de esta mejora autonómica ha beneficiado a 929.806 menores que han accedido gratuitamente a los medicamentos y productos sanitarios prescritos por su médico, suponiendo un ahorro de las familias de 11,7 millones de euros, habiéndose dispensado más de 7,7 millones de recetas de medicamentos para menores de un año.

B) La prestación Ortoprotésica en Andalucía y su actualización a través de la Orden de 29 de junio de 2022

La prestación ortoprotésica es una de las modalidades en que se articula la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Concretamente, dentro de cartera suplementaria de servicios, según los arts. 8 y 8 ter de la Ley 16/2003, estableciendo el Anexo VI del RD 1030/2006 que el contenido de la prestación ortoprotésica comprende tanto prótesis quirúrgicas como ortoprótesis externas (prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y ortoprótesis especiales).

En Andalucía, su regulación general data del Decreto 195/1998, de 13 de octubre, que también estableció el Catálogo general de ortoprotésica, permitiendo el Decreto 195/1998 la exención de aportación por parte del usuario cuando accede a todos los productos incluidos en su Catálogo y siempre que el precio de venta sea inferior o igual al importe máximo que recoge el Catálogo General de Ortoprotésica. De este modo, y como una mejora objetiva de carácter cuantitativo, muchas Comunidades Autónomas, entre ellas Andalucía, han desarrollado esta prestación en términos de amplitud combatiendo restricciones legales y jurisprudenciales⁶², siendo una materia que ha requerido de una especial actualización y confeccionándose una prestación más completa cuyas mejoras podrían reconducirse, en cada caso, a la cartera complementaria autonómica. No obstante, la cartera común de servicios también ha reforzado últimamente esta prestación y con la entrada en vigor de la Orden SCB/45/2019, de 22 de enero y de la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, los servicios de salud de las comunidades autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (INJUSA), y las mutuas de funcionarios (ISFAS, MUFACE y MUGEJU) han adaptado sus catálogos de prestaciones ortoprotésicas a lo dispuesto en ellas, llevándose a cabo actualmente la adaptación a la Orden SND/44/2022, de 27 de enero, de protésica.

Por tanto, todas las comunidades autónomas, desde el 1 de enero de 2020, deben, al menos, incluir en sus catálogos de prestaciones los productos contemplados en las señaladas órdenes, si bien las comunidades autónomas con suficiencia financiera podrán mejorar sus catálogos de prestaciones ortoprotésicas con otros productos; habiendo optado algunas comunidades autónomas por la publicación de normas con sus nuevos catálogos, mientras que otras hacen aplicación directa de lo dispuesto en las señaladas órdenes, que modifican, además, los códigos y descripciones de los productos, que son los que deben constar en las prescripciones médicas (es el caso de la Comunidad Foral de Navarra, Galicia, Principado de Asturias, Región de Murcia, Ceuta y Melilla).

En este sentido, y también tal y como permite la Disposición Final Primera del Decreto 195/1998, de 13 de octubre, por el que se regula la prestación ortoprotésica en Andalucía, su contenido ha ido actualizándose, siendo preciso atender a la Orden de 29 de junio de 2022, por la que

⁶¹ <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/medicamentos-gratis-menores-ano.html>

⁶² RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El derecho a la protección de la salud...*, op. cit., p. 560.

se actualiza el Catálogo General de Productos para la prestación ortoprotésica en Andalucía (BOJA 4 julio 2022, núm. 126)⁶³. Entre las mejoras más significativas y que ya son tradicionales en Andalucía se encuentran la financiación que le corresponde al usuario en:

- las ortesis (la cartera común exige la aportación del usuario de cantidades que suelen oscilar entre los 12 y 30 euros);
- los calzados ortopédicos para grandes deformidades, incluidas las plantillas que hayan sido prescritas (la cartera común exige la aportación del usuario de 36 euros y no incluye las plantillas);
- y las prótesis especiales (la cartera común exige la aportación del usuario de cantidades que suelen oscilar entre los 12 y 30 euros).

No obstante, la Orden de 29 de junio de 2022, por la que se actualiza el Catálogo General de Productos para la prestación ortoprotésica en Andalucía, también contiene recortes en comparación con su norma anterior. Muy criticado está siendo que se haya dejado de cubrir las plantillas ortopédicas con carácter general. Concretamente, establece la norma en el Grupo 06 12 Ortesis de miembro inferior. Subgrupo: 06 12 03 Ortesis de pie, que las plantillas ortopédicas exclusivamente serán financiadas para alguna de estas situaciones clínicas:

- Pacientes con pie patológico neuropático o diabético que presenten riesgo de ulceración.
- Pacientes con graves deformaciones dolorosas del pie por enfermedad reumática.
- Pacientes con importantes secuelas dolorosas tras cirugía del pie, durante un periodo máximo de 24 meses.

Este cambio supone un recorte importante ya que implica que sólo se van a financiar un número muy reducido de casos y patologías, sin distinguir entre umbrales de renta (lo que supondrá una carga importante para algunas familias que tendrán que decidir si utilizarlas o no), constituyendo un nuevo e importante retroceso en la cobertura que presta el sistema sanitario público andaluz, pudiendo anunciar el inicio de una ola de recortes. Asimismo, como ha denunciado la Coordinadora Andaluza de Mareas Blancas, este tipo de recortes pueden desencadenar complicaciones en la salud de las personas que finalmente tendrá que asumir el sistema de Seguridad Social de forma más gravosa, a través de bajas laborales y más gastos sanitarios, sumándose la carga de sufrimiento de las personas que no se puedan permitir pagarse las plantillas⁶⁴.

⁶³ Tal y como se recoge por la Federación Española de Ortesistas y Protesistas en su página web (<https://fedop.org/area-de-socios/legislacion-del-sector/cuales-son-los-catalogos-de-prestaciones-ortoproteticas-de-cada-una-de-las-comunidades-autonomas/>), han elaborado sus propios catálogos de prestaciones ortoprotésicas: Aragón (Resolución de 20 de diciembre de 2019, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria); Canarias (Orden de 30 de diciembre de 2019); Cantabria (Resolución publicada en el Boletín Oficial de Cantabria número 124, de 28 de junio de 2022); Castilla-La Mancha (Resolución de 13/07/2022, de la Secretaría General); Castilla y León (Orden SAN/1340/2019, de 20 de diciembre, por la que se actualiza el Catálogo General de Prestaciones Ortoprotésicas); Cataluña; Comunidad Valenciana; Comunidad de Madrid (Decreto 84/2021, de 30 de junio); Extremadura (Resolución de 24 de mayo de 2022, del Vicepresidente Segundo y Consejero); Islas Baleares (Resolución de la Consejera de Salud de 25 de abril de 2019); La Rioja (Resolución de 5 de diciembre de 2019, de la Consejería de Salud); y País Vasco.

⁶⁴ FACUA Andalucía y la Coordinadora Andaluza de Mareas Blancas han denunciado públicamente esta medida. Desde Mareas Blancas se advierte: “no atender adecuadamente los problemas de la marcha son múltiples. La cronificación del dolor, el aumento de peso por falta de actividad física y otras posibles complicaciones de miembros inferiores y columna que al final acabarán provocando un mayor gasto al sistema (bajas laborales, cirugías...), además de la carga de sufrimiento a las personas que no se puedan permitir pagarse las plantillas”. Véase, El Independiente de Granada: *Salud deja de cubrir las plantillas ortopédicas*. 27 julio 2022. Disponible en: <https://www.elindependientedegranada.es/ciudadania/salud-deja-cubrir-plantillas-ortopedicas>

También resulta llamativo un desajuste entre lo que el RD 1030/2006 prevé respecto a la cartera común y lo establecido por la nueva Orden de 29 de junio en Andalucía en el bloque de las prótesis auditivas. Concretamente, se refiere a los audífonos para pacientes hipoacúsicos (Subgrupo 22 06 00), estableciendo la norma estatal una limitación en el sentido de que “las administraciones sanitarias competentes vincularán la financiación de los audífonos y de los moldes adaptadores a programas de detección precoz, tratamiento completo y seguimiento de la hipoacusia, así como al estilo de vida de los pacientes”; mientras que la Orden andaluza no prevé tal limitación, pero sí que restringía la edad para acceder a estas prótesis hasta los 22 años, habiendo sido equiparada a partir del 1 de julio de 2022 a los 26 años previstos en la norma estatal.

La Junta de Andalucía venía ampliando la financiación respecto a algunas sillas de ruedas pero la norma estatal ya mejoró esta cobertura, encontrándose incluidas de igual modo⁶⁵, si bien la regla general han sido los recortes en la prestación ortoprotésica como se viene denunciando en los últimos años. Por ejemplo, la Orden de 26 de junio de 2014, por la que se recortan los importes de financiación en el Catálogo General de Ortoprotésica de Andalucía de manera unilateral que supuso la reducción lineal del 12,45% en los importes máximos de financiación de todos los productos ortoprotésicos⁶⁶.

C) Cirugía de Cambio de Sexo

a) Andalucía: una Comunidad pionera

Todo lo referido a la cirugía de cambio de sexo y los gastos médicos ocasionados por ella ha estado rodeado de una amplia problemática en nuestro sistema⁶⁷. La cirugía de cambio de sexo estaba expresamente excluida de la financiación pública por el Real Decreto 63/1995, por el que se regula la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, y fue precisamente Andalucía la primera en financiarla mediante una proposición no de Ley aprobada el día 11 de febrero de 1999 en el Pleno del Parlamento andaluz, a iniciativa del PSOE y respaldada por el Partido Andalucista e IU, con la abstención del PP, en la que se insta a la Junta a que incluya dentro de las prestaciones del SAS la operación para el cambio de sexo. De este modo, el Servicio Andaluz de Salud ya debía asumir los gastos de las operaciones quirúrgicas para el cambio de sexo, creándose una unidad especializada de tratamiento psicológico y endocrinológico de los transexuales, un colectivo que aquel momento se cifraba en unas 350 personas en Andalucía, según las estadísticas⁶⁸. En 1999 se crea una Unidad de Trastornos de Identidad de Género en el Hospital Universitario “Carlos Haya” de Málaga, compuesta por un equipo multidisciplinar (Psiquiatría, Endocrinología y Cirugía Plástica), siendo un centro de referencia a nivel nacional al ser la primera Unidad dentro del sistema público español en dar respuesta a la atención sanitaria de las personas transexuales.

Es importante subrayar la importancia de la opción que adoptó Andalucía en un marco general en el que en base al RD 63/1995 estaban excluidas expresamente de la cartera general las operaciones de cambio de sexo, salvo en casos de intersexualidad patológica (véase el Anexo III, apartado 5, excluía “la cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos”, y

⁶⁵ Así se recogía por BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: Cuestiones en torno a la igualdad”. *Derecho y Salud*, vol. 10, núm. 1, 2002, pp. 23, que precisaba que las sillas de rueda de material ligero estaban expresamente excluidas por la Orden de 18 de enero de 1996, y sí que eran abonadas por la Junta de Andalucía.

⁶⁶ Ortopedia López: *La Junta de Andalucía recorta un 12.5% los importes de las prestaciones de Ortopedia*, 14 julio 2014. <https://www.ortopedialopez.com/blog/la-junta-de-andalucia-recorta-un-12-5-los-importes-de-las-prestaciones-de-ortopedia/>

⁶⁷ Puede verse un estudio al respecto en GARCÍA VALVERDE, M.D.: “Transexualidad y cirugía de cambio de sexo. Situaciones amparadas por la legislación española”. En VV. AA., Rivas Vallejo, M^a.P. y García Valverde, M^a. D. (Dir.): *Derecho y Medicina. Cuestiones jurídicas para profesionales de la Salud*, Cizur Menor (Navarra), Aranzadi, 2009, p. 344 y ss., planteándose el debate de si el tratamiento es eficaz y de si en ese caso debe ser cubierto o no por el SNS teniéndose en cuenta la escasez de recursos.

⁶⁸ <https://www.elmundo.es/elmundo/1999/febrero/11/ciencia/sexo.html>

el apartado 3 que excluía “la cirugía estética que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita”, siendo esta última una de las vías utilizada por la persona transexual)⁶⁹. Asimismo, debe tenerse en cuenta que los tratamientos clínicos de reasignación sexual, tanto quirúrgicos como hormonales, tienen un elevado coste que a veces no pueden asumir las personas que lo requieren, viéndose obligadas a recurrir a la medicina privada para obtener el tratamiento médico o quirúrgico necesario, o incluso al auto-tratamiento hormonal no controlado con el consiguiente alto riesgo de aparición de complicaciones o efectos secundarios perjudiciales para su salud⁷⁰.

Posteriormente, se aprueba el RD 1030/2006 que deroga al RD 63/1995, eliminando así los hipotéticos obstáculos jurídicos que podían oponerse para sufragar autónómicamente este tratamiento; pero tampoco se incluye el proceso de cambio de sexo en el listado de prestaciones comunes, sin perjuicio de que cada Comunidad Autónoma pueda decidir si financia o no este tratamiento, debiendo atender para ello al procedimiento establecido en el art. 11 RD 1030/2006. En ese nuevo contexto normativo, varias Comunidades Autónomas se sumaron a la iniciativa de Andalucía y crearon sus propias Unidades de tratamiento (por ejemplo, el Principado de Asturias o la Comunidad de Madrid) o firmaron los correspondientes convenios de colaboración con el Sistema Andaluz de Salud para la realización de estos tratamientos a los ciudadanos de sus Comunidades Autónomas (por ejemplo, Extremadura o Aragón).

b) La Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía

En la consolidación del reconocimiento de derechos a este colectivo, se ha aprobado en Andalucía la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía. Ha sido la primera comunidad en España en reconocer este derecho, considerándose un triunfo del colectivo transexual, contándose en su aprobación con la unanimidad de los partidos presentes entonces en el Parlamento (PSOE, PP e Izquierda Unida). De este modo, se ha convertido en la primera comunidad que incluía la asistencia sanitaria de las personas transexuales en su cartera de servicios, si bien de facto ya lo había hecho desde 1999 con la referida unidad centralizada para toda la región específica para estos tratamientos (ubicada en el hospital de Málaga), y progresivamente también se habían ido habilitando unidades de tratamiento especializado en las ocho provincias.

La Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía, dedica su art. 10 a la asistencia sanitaria a través del Servicio Andaluz de Salud, incluyendo diversos contenidos como el reconocimiento de que todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin que pueda haber discriminación ni segregación por motivos de identidad de género, garantizándose por el Sistema Sanitario Público de Andalucía el acceso a la cartera de servicios existentes a todas las personas incluidas en el ámbito de aplicación de esta Ley, conforme a su identidad de género. Asimismo, recibirán la atención adecuada a su identidad de género y cuando existan diferentes dependencias por razón de sexo ocuparán aquella que se corresponda con lo solicitado.

Establece la Ley 2/2014 que la Consejería competente en materia de salud establecerá un procedimiento asistencial de atención a las personas transexuales que contendrá los criterios, objetivos y estándares de atención recogidos en las recomendaciones internacionales en la materia, que en todo caso han de ser compatibles con los principios inspiradores de esta Ley. Dicho procedimiento se elaborará en colaboración con personas transexuales y entidades que las representan. El Servicio

⁶⁹ En este sentido, GARCÍA VALVERDE, M.D.: “Transexualidad y cirugía de cambio...”, *op. cit.*, p. 348, aludiendo a que esta interpretación ha sido confirmada por el Tribunal Supremo, pues los Tribunales Superiores de Justicia de las distintas Comunidades Autónomas no habían marcado una doctrina clara y única al respecto.

⁷⁰ Así lo advierte GARCÍA VALVERDE, M.D.: “Transexualidad y cirugía de cambio...”, *op. cit.*, p.

Andaluz de Salud facilitará el acceso a la cartera de servicios existentes conforme al proceso asistencial establecido, dentro de sus competencias, procurando la máxima proximidad entre las personas usuarias y los centros sanitarios, siempre que se garantice la calidad y seguridad en la atención.

Se reconoce expresamente en la norma que el Sistema Sanitario Público de Andalucía proporcionará el proceso de reasignación sexual conforme a su cartera básica de servicios, dentro del marco de sus competencias (art. 10. 5), incluidos los tratamientos que tiendan a la modulación del tono y timbre de la voz (art. 10. 7). Esta última inclusión expresa no ha estado exenta de polémica, habiendo zanjado la cuestión el Acuerdo de 26 de marzo de 2015, de la Subcomisión de Seguimiento Normativo, Prevención y Solución de Controversias de la Comisión Bilateral de Cooperación Administración General del Estado-Comunidad Autónoma de Andalucía, al establecer que “ambas partes coinciden en interpretar el artículo 10.7 de la Ley 2/2014 en el sentido de que la Consejería competente en materia de salud considerará en su cartera de servicios complementarios, dentro del marco de sus competencias, los tratamientos que tiendan a la modulación del tono y timbre de la voz, por cuanto no constituyen para las personas transexuales una cuestión estética o cosmética, sino su correspondencia y adecuación a su identidad de género”.

Con el Acuerdo de 5 de diciembre de 2017, del Consejo de Gobierno, se aprobó el primer Informe Bienal de la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía, acordándose su remisión al Parlamento, en el que se refleja que dos años después de la aprobación de la ley, se ha producido un incremento notable de las solicitudes para cambio de sexo: 4.900 consultas de endocrinología de mayores de 14 años, y 201 de menores de 14 años⁷¹.

En ese Informe Bienal 2015-2016, se recoge que, en materia de atención sanitaria, la Consejería de Salud ha realizado, entre otras, las siguientes actuaciones:

- Elaboración de Instrucciones para la organización asistencial de la atención a las personas transexuales de Andalucía, que fueron remitidas a los Centros Sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante, SSPA), enviándose posteriormente las instrucciones a los Centros Sanitarios del SSPA para la organización asistencial de la atención a las personas transexuales menores de 14 años.
- Publicación del Circuito de derivación a las Unidades de Atención a Personas Transexuales (en adelante, UAPT) en la Cartera de Atención Primaria.
- El Proceso Asistencial Integrado (en adelante, PAI) de Atención Sanitaria a Personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia y el PAI Atención Sanitaria a Personas Transexuales Adultas responden tanto a un deber ético con las personas y asociaciones de personas transexuales como al mandato de la Ley 2/2014, de 8 de julio. Se tiene presente a lo largo de todo el PAI la despatologización de la transexualidad, la cartera de Servicios del SAS y los derechos que se consolidan en la mencionada Ley. Posteriormente se definió el propósito de ambos PAI y se estableció el recorrido de la persona por el SSPA, identificando el ámbito, Atención Primaria (AP) o la Atención Hospitalaria, referida en este caso a la UAPT.
- Se modificó la Cartera de Procedimientos de Obstetricia y Ginecología para incluir un apartado de “Procedimientos relacionados con la atención a personas transexuales”.

⁷¹ Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Acuerdo%20primer%20informe%20bienal%20Ley%202_2014.pdf, p. 10.

- Se ha modificado la Cartera de Procedimientos de Cirugía Plástica y Reparadora, incluyendo un apartado de “Procedimientos de Cirugía Plástica y Reparadora relacionados con la atención a las personas transexuales”.

Por otro lado, se ha criticado que comparando la Ley andaluza con otras leyes autonómicas puede considerarse a ésta de imprecisa, ya que otras normas autonómicas, de forma acertada, concretan que no se podrá condicionar el derecho a recibir otros tratamientos complementarios, como fotodepilación del vello fácil, la tirocondroplastia o la mejora del tono y modulación de la voz, a la realización previa del tratamiento hormonal o de los tratamientos plástico-quirúrgicos. Otras normas también prevén que no se podrá condicionar la asistencia sanitaria especializada a un examen psicológico. Sin embargo, la norma andaluza sólo indica de forma insuficiente que ninguna persona será obligada a someterse a tratamiento, procedimiento médico o examen psicológico que coarte su libertad de autodeterminación de género (art. 5.2)⁷². No obstante, posteriormente, se ha previsto, según la *Guía de información sobre atención sanitaria a las personas transexuales*, publicada por la Junta de Andalucía en 2018, que para garantizar el modelo de atención sanitaria definido en los Procesos Asistenciales, el SSPA incluye en su cartera de servicios⁷³:

- Tratamiento hormonal de supresión del desarrollo puberal y seguimiento continuado.
- Tratamiento hormonal cruzado y seguimiento continuado.
- Intervenciones quirúrgicas (histerectomía, cirugía mamaria, gonadectomía, penectomía, genitoplastia) y seguimiento postquirúrgico.
- Tratamientos de voz.
- Acompañamiento y apoyo psicoemocional.
- Información y asesoramiento sobre recursos sociales.
- Información sobre aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Todos los tratamientos e intervenciones se realizan según una serie de criterios clínicos y requisitos legales, y como en cualquier otra situación en la que se solicite atención sanitaria, debe contactar en Atención Primaria, y en función de la edad con Pediatría o Medicina de Familia.

c) Marco estatal: el Proyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI

Es importante tener en cuenta que el Consejo de Ministros ha aprobado el 27 de junio de 2022 el Proyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, acordando su remisión a las Cortes Generales para la correspondiente tramitación. Se trata de una ley muy demandada por el conjunto del movimiento LGTBI que desde 2014 ha conseguido que numerosas comunidades autónomas legislen a este respecto en el ámbito de sus competencias (trece de ellas tienen ley LGTBI y/o trans, alguna más la están tramitando), como es el caso analizado de Andalucía⁷⁴. Se reclamaba una ley estatal que establezca un suelo de

⁷² PÉREZ MONGUIÓ, J.M^a.: “Transexualidad en Andalucía”. En VV. AA., Pérez Monguió, J. M^a., Fernández Ramos. S. (Coords.): *El derecho de salud pública y políticas sociales e igualdad de Andalucía*, Junta de Andalucía, Instituto Andaluz de Administración Pública, 2016, pp. 490-491.

⁷³ Consejería de Salud. Junta de Andalucía: *Guía de información sobre atención sanitaria a las personas transexuales*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2018. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/guia_transexuales.pdf, p. 16.

⁷⁴ Entre las Comunidades Autónomas que de forma reciente han aprobado su normativa en esta materia pueden destacarse, entre otras, la Ley 5/2022, de 6 de mayo, de Diversidad Sexual y Derechos LGTBI en Castilla-La Mancha; o la Ley 2/2022, de 23 de febrero, de igualdad, reconocimiento a la identidad y expresión de género y derechos de las personas trans y sus familiares en la Comunidad Autónoma de La Rioja, cuyos arts. 16 y ss. van referidos a las medidas en el ámbito de la salud, conteniendo una redacción bastante completa al respecto, como, por

derechos uniforme para todo el territorio y que clarifique algunas cuestiones, además de que regule las cuestiones que son competencia del Estado. La llamada “Ley Trans” contempla medidas generales y específicas de actuación de los poderes públicos con el fin de “promover la igualdad efectiva de las personas trans en diferentes ámbitos: laboral, de la salud y educativo”. En el concreto ámbito de la salud, se garantiza la despatologización del procedimiento, en línea con la eliminación impulsada por la OMS de que la transexualidad deja de ser un trastorno mental y del comportamiento y, en sí, una enfermedad para ser trasladada al capítulo de “condiciones relativas a la salud sexual”. Desde esta perspectiva, se plantea la atención sanitaria a las personas trans “conforme al principio de no patologización”. Además, también se prevé que la cartera de servicios comunes del SNS incorpore los tratamientos hormonales y quirúrgicos para las personas trans (así se plasma en la Exposición de Motivos Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI), aunque ello ya se encuentra recogido en la cartera de servicios complementaria de algunas Comunidades Autónomas. Para ello, la Ley Trans establece que los profesionales sanitarios deben contar con “formación suficiente, continuada y actualizada” para prestar “especial atención” a los problemas de salud asociados a las personas trans en función de “las prácticas quirúrgicas a las que se someten, tratamientos hormonales y su salud sexual y reproductiva”⁷⁵. Para contribuir a ello, se elaborarán y desarrollarán protocolos y procedimientos específicos para la atención de las personas trans, estableciéndose servicios especializados conformados por equipos multidisciplinares de profesionales, que realicen, entre otras, algunas de las siguientes funciones: a) informar, apoyar y acompañar en todo el proceso de transición a las personas trans; b) prestar apoyo a la atención ambulatoria y a los centros especializados territorializados; c) llevar a cabo labores de investigación, estadística y seguimiento del conjunto del sistema (art. 53 Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI). Por tanto, de aprobarse finalmente esta norma, se incluiría en la cartera de servicios comunes del SNS, en las condiciones que se establezcan, además del tratamiento hormonal, prestaciones como terapia de voz, cirugías genitales, mamoplastias, mastectomías y material protésico, incluido el acompañamiento en todos los aspectos de la salud física y mental de la persona; desvaneciéndose así esas diferencias territoriales que pueden apreciarse actualmente según cómo esté confeccionada la cartera complementaria de servicios autonómica.

ejemplo, el art. 17. 4 que establece que, dentro de sus competencias, el sistema sanitario público de la Comunidad Autónoma de La Rioja ofertará a las personas trans:

“a) Asesoramiento sexológico.

b) Tratamiento farmacológico y hormonal en el proceso de transición hacia el género sentido.

c) Tratamientos quirúrgicos de cirugía de exéresis de mama y de genitales, de implante de prótesis mamarias y reconstructiva de genitales y otros tratamientos médicos o quirúrgicos para la modificación corporal que aseguren su congruencia con la identidad de género de la persona, incluyendo los necesarios para la modificación del tono y timbre de voz cuando se requieran.

d) Acompañamiento psicológico solo si el usuario o, en su caso, los representantes legales lo solicitasen, previo o durante las fases de hormonación y cirugías, para llevar a buen término el proceso de transición hacia el género sentido y la adherencia al tratamiento hormonal.

e) Acceso a las técnicas de reproducción asistida, incluyendo como beneficiarias a todas las personas transexuales con capacidad gestante y a sus parejas, en las mismas condiciones que el resto de las personas usuarias.

f) Acceso a las técnicas de congelación de tejido gonadal y células reproductivas para su futura recuperación, en las mismas condiciones que el resto de las personas usuarias, antes del inicio de cualquier tratamiento que pudiera comprometer su capacidad reproductora”.

En términos similares, la Ley 2/2021, de 7 de junio, de igualdad social y no discriminación por razón de identidad de género, expresión de género y características sexuales de la Comunidad Autónoma de Canarias, o la Ley 4/2018, de 19 de abril, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad Autónoma de Aragón, entre otras.

⁷⁵ CORDERO, P.: “El Gobierno aprueba la Ley Trans: las 7 claves sanitarias que implicarán al SNS”. *Consalud.es*, 27 junio 2022. Disponible en: https://www.consalud.es/politica/gobierno-aprueba-ley-trans-7-claves-sanitarias-implicaran-sns_117039_102.html

d) La atención bucodental infantil en Andalucía

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, prevé en el apartado 9 del Anexo II, sobre cartera de servicios comunes de atención primaria, las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención de la salud bucodental. Esta prestación se ha caracterizado por ser especialmente restringida su cobertura, debiendo destacarse que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha aprobado en junio de 2022 el Plan de Salud Bucodental del Sistema Nacional de Salud, dotado con 44 millones, para ampliar la Cartera de Servicios de salud bucodental. El Plan pretende homogeneizar las prestaciones de atención bucodental en el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso, independientemente del lugar de residencia, ya que precisamente esta prestación había sido objeto de diferentes coberturas por las carteras complementarias autonómicas. También se persigue aumentar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque fundamentalmente preventivo y priorizando a los colectivos infanto-juvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas con cáncer del territorio cervicofacial; sumándose a la Cartera Común de Servicios los barnices de flúor de alta concentración, los selladores de fosas y fisuras que impiden la aparición de las caries y las limpiezas de boca, empastes en la dentición definitiva, los tratamientos no agresivos en los dientes de leche, las reconstrucciones y endoncias ante traumatismos y malformaciones, adaptándolos a su edad, desde el nacimiento hasta los 14 años⁷⁶.

No obstante, como se indicaba, las Comunidades Autónomas ya venían financiando a través de su cartera complementaria distintos tratamientos de salud bucodental infantil⁷⁷, pudiendo destacarse el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regulaba la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que ha venido garantizando la asistencia dental básica y los tratamientos especiales a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Esta norma ha sido sustituida por el Decreto 521/2019, de 23 de julio, por el que se regula la prestación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que incluye una regulación más detallada y completa de la asistencia dental a este colectivo que la referida en el apartado 9 del Anexo II del RD 1030/2006. Por ejemplo, están incluidas actualmente en Andalucía (y no lo estaban en la cartera común de servicios aunque parece que sí lo estarán tras la implantación progresiva (hasta 2024⁷⁸) del Plan de Salud Bucodental del Sistema Nacional de Salud recién aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS), la extracción de piezas dentarias temporales (dientes de leche), las tartrectomías (limpieza) cuando se detecte cálculo y/o pigmentaciones extrínsecas en dentición permanente y los tratamientos especiales relativos a los trastornos del grupo incisivo-canino a causa de malformaciones o traumatismos especificados en el Anexo I del Decreto 521/2019, de 23 de julio, por el que se regula la prestación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Por otro lado, la norma andaluza abarca a los niños y niñas de entre 6 y 15 años residentes en Andalucía, mientras que la cobertura estatal prevista en el Plan de

⁷⁶ <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2022/150622-darias-bucodental.aspx>

⁷⁷ Las CCAA han desplegado una función de ampliación fundamental en el ámbito de la salud bucodental de los menores. Puede verse en este sentido, RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones...*, op. cit., p. 283.

⁷⁸ Se ha establecido que antes del 31 de diciembre de 2022, las comunidades autónomas, junto con el apoyo del Ministerio de Sanidad, deberán implantar en su cartera de servicios la atención a mujeres embarazadas, a personas con discapacidad y a la población infantojuvenil de 6 a 14 años fijada en el Plan. Antes del 30 de junio del 2023, deberá estar implementada en todas España la atención infantojuvenil de 0 a 5 años. Y antes del 31 de diciembre de 2024, la estrategia prevé la implementación de la atención bucodental a personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial, así como a las personas sometidas a tratamiento quimioterápico por tumores de otra región del organismo. Así se recoge en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/la-nueva-cartera-bucodental-fija-precios-de-atencion-a-ninos-y-embarazadas-8619>

Salud Bucodental del Sistema Nacional de Salud recién aprobado comprende al colectivo infantil desde el nacimiento hasta los 14 años.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ DEL VAYO, M.; BELMONTE, E.; BERNARDO, Á.; TORRECILLAS, C.; TUÑAS, O.; GAVILANES, M. Á.: *La odisea de acceder a la reproducción asistida pública según donde vivas*. Cívio.es. 2021. Disponible en: <https://civio.es/medicamentalia/2021/11/16/diferencias-en-reproduccion-asistida-por-comunidades-autonomas/>
- BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “Anotaciones a la ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud”. *Derecho y Salud*, vol. 11, núm. 2, 2003, pp. 123-140.
- BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “La igualdad básica, la coordinación y la cooperación interterritorial: Fundamentos del Sistema Nacional de Salud”. *Derecho y Salud*, vol. 10, núm. 2, 2002, pp. 125-156.
- BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: Cuestiones en torno a la igualdad”. *Derecho y Salud*, vol. 10, núm. 1, 2002, pp. 15-28.
- Diario de Sevilla: *La espera para una intervención quirúrgica en Andalucía baja un 20% con respecto a junio de 2020*. 16 noviembre 2021. Disponible en: https://www.diariodesevilla.es/andalucia/listas-espera-operacion-andalucia_0_1629738576.html
- DÍAZ AZNARTE, M^a.T. “La estructura de gestión de la asistencia sanitaria en España. Descentralización y papel de las Comunidades Autónomas”, en VV. AA. Monereo Pérez, J. L.; Rivas Vallejo, P.; Moreno Vida. M. N.; Francisco Vila Tierno, F.; Álvarez Cortés, J. A. (Dir.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia covid-19*, Aranzadi Thomson Reuters, Navarra, Tomo I, 2021, pp. 429-454.
- DÍAZ AZNARTE, M^a.T. “El sistema nacional de salud y las carteras de servicios común y complementarias: una visión crítica de la descentralización territorial en materia de asistencia sanitaria”. En VV.AA., Moreno Vida, M. N. Díaz Aznarte (Dir.): *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar: una visión nacional y europea*, Comares, Granada, 2019, pp. 119-134.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: *Los Servicios Sanitarios de las CCAA*, 2022. Disponible en: <https://fadsp.es/wp-content/uploads/2022/05/InformeCCAA22.pdf>
- GARCÍA VALVERDE, M. D.: “Transexualidad y cirugía de cambio de sexo. Situaciones amparadas por la legislación española”. En VV. AA., Rivas Vallejo, M^a. P. y García Valverde, M^a. D. (Dir.): *Derecho y Medicina. Cuestiones jurídicas para profesionales de la Salud*, Cizur Menor (Navarra), Aranzadi, 2009, pp. 340-357.
- GIRELA MOLINA, B.: “El sistema sanitario público de Andalucía”. En VV.AA., Monereo Pérez, J. L., Serrano Falcón, C. (Dir. y Coords.): *Derecho Social en la Comunidad Autónoma de Andalucía*, Comares, Granada, 2009, pp. 359-396.
- GIRELA MOLINA, B.: “Reformas fallidas en la gestión de la asistencia sanitaria: ¿vuelta al origen?”. En VV.AA., Moreno Vida, M. N. Díaz Aznarte (Dir.): *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar: una visión nacional y europea*, Comares, Granada, 2019, pp. 157-192.

- MARTÍNEZ NAVARRO, J.A.: “El derecho al acceso a la asistencia sanitaria: el reintegro de los gastos sanitarios”. En VV. AA., Pérez Gálvez, J. F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 353-373.
- Ministerio de Sanidad: *Estadística de Gasto Sanitario Público*, 2020.
- MONEREO PÉREZ, J.L.; MOLINA NAVARRETE, C.: “La protección de la salud. Configuración y delimitación técnica: la asistencia sanitaria como acción protectora del sistema de Seguridad Social”. En VV. AA., Monereo Pérez, J. L. (Dir.): *Las contingencias comunes protegidas por la Seguridad Social: Estudio de su régimen jurídico*, Comares, Granada, 2008.
- NAVARRO ESPIGARES, J.L.: “La financiación sanitaria en Andalucía”. En VV. AA., Pérez Monguió, J. M^a., Fernández Ramos. S. (Coords.): *El derecho de salud pública y políticas sociales e igualdad de Andalucía*, Junta de Andalucía, Instituto Andaluz de Administración Pública, 2016, pp. 287-330.
- PALOMAR OLMEDA, A.; VÁZQUEZ GARRANZO, J.: *La protección de la salud: la necesidad de recomposición del sistema (Lecciones aprendidas durante la pandemia y propósito de enmienda)*, Aranzadi, Navarra, 2021.
- PÉREZ GÁLVEZ, J.F.: “El cierre de grandes corporaciones o franquicias en España: una crisis sanitaria que deja indefensos a los ciudadanos”. En VV. AA., Pérez Gálvez, J. F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 21-172.
- PÉREZ MONGUIÓ, J.M^a.: “Transexualidad en Andalucía”. En VV. AA., Pérez Monguió, J. M^a., Fernández Ramos. S. (Coords.): *El derecho de salud pública y políticas sociales e igualdad de Andalucía*, Junta de Andalucía, Instituto Andaluz de Administración Pública, 2016, pp. 457-508.
- RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud tras las últimas reformas*, Laborum, Murcia, 2018.
- RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El sistema multinivel de asistencia sanitaria: tensiones y desafíos en su articulación*, Comares, Granada, 2017.
- RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El derecho a la protección de la salud: las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social*, Universidad de Granada, 2015.
- RUIZ LÓPEZ, F.: “Principios estatutarios y competencias en salud en el Estatuto de Andalucía”. En VV. AA., Pérez Gálvez, J. F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 407- 424.
- SÁENZ ROYO, E.: “La prestación sanitaria en el Estado autonómico: las incongruencias entre el modelo competencial y su financiación”. *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 119, 2020, pp. 119-149. <https://doi.org/10.18042/cepc/redc.119.04>
- Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS - S.G. Información Sanitaria: *Sistema de Información de listas de espera del SNS (SISLE-SNS). Situación a 31 de diciembre de 2021*, Ministerio de Sanidad.
- Servicio Andaluz de Salud: *Guía de Reproducción Humana Asistida. Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Junta de Andalucía, Sevilla, 2022. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2022/Guia%20RHA_SSPA_2022.pdf
- VIDA FERNÁNDEZ, J.: “Sostenibilidad del sistema sanitario crisis económica, prestaciones sanitarias y medidas de ahorro”. *Derecho y Salud*, vol. 21, núm. 2, 2011, pp. 13-34.

- VIDA FERNÁNDEZ, J.: “Las carteras de servicios: concreción, racionalización y articulación del contenido de las prestaciones sanitarias”. *Derecho y Salud*, vol. 13, núm. 1, 2005, pp. 19-34.
- VV. AA., Pérez Gálvez, J. F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019.
- VV. AA., Pérez Monguió, J. M^a., Fernández Ramos, S. (Coords.): *El derecho de salud pública y políticas sociales e igualdad de Andalucía*, Junta de Andalucía, Instituto Andaluz de Administración Pública, 2016.