

## La regulación de las siempre postergadas prestaciones ortoprotésicas: implantes quirúrgicos, prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y ortoprótesis especiales<sup>1</sup>

### Regulation of long-delayed orthotic and prosthetic services: surgical implants, external prostheses, wheelchairs, orthotics and special ortho-prostheses

HENAR ÁLVAREZ CUESTA

TITULAR DE DERECHO DEL TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
UNIVERSIDAD DE LEÓN

#### Resumen

El artículo analiza críticamente la cambiante regulación de las prestaciones ortoprotésicas, que incluyen los implantes quirúrgicos, las prótesis externas, las sillas de ruedas, las ortesis y las ortoprótesis especiales. Estas forman parte del derecho a la protección de la salud y como tal figuran en el catálogo del Sistema Nacional de Salud. Aparecen divididas entre la cartera de servicios comunes y la cartera común suplementaria ambulatoria. Dicha diferencia acarrea consecuencias en la financiación de las mismas, su gratuidad o la asunción por el beneficiario de una parte del coste (copago). Por último, finaliza con un rápido bosquejo de la regulación llevada a cabo por las Comunidades Autónomas al respecto.

#### Abstract

The article critically analyses the ever-changing regulation of orthotic and prosthetic services, which include surgical implants, external prostheses, wheelchairs, orthotics and special ortho-prostheses. These are part of the right to health protection and as such appear in the portfolio of the Spanish national health system. They are split between the portfolio of common services and the portfolio of supplementary outpatient care. This difference leads to consequences in the funding of these services, their cost-free status or the need for the patient to pay part of the cost (co-payment). Finally, it concludes with a brief outline of the regulation carried out by the Spanish regions in this regard.

#### Palabras clave

prestación ortoprotésica; asistencia sanitaria; salud pública; copago

#### Keywords

Orthotic and prosthetic services; healthcare; public health; co-payment

## 1. LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El derecho a la protección de la salud aparece previsto en el art. 43 CE, donde encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Dada su ubicación como uno de los Principios rectores de política social y económica es al legislador al que

<sup>1</sup> Investigación realizada en el marco del Proyecto DER2017-83864-R: “La sostenibilidad como idea rectora de las políticas públicas y de la prestación de servicios públicos para el bienestar de los ciudadanos”.

corresponde efectuar su concreción, sin que quepa calificar su contenido como programático, sino de “auténtico derecho orientado hacia el valor de la dignidad humana”<sup>2</sup>.

Con el fin de cumplir el mandato constitucional, la normativa en materia de asistencia sanitaria integra un conjunto de prestaciones, entre ellas, conviene destacar la denominada “prestación ortoprotésica”. Además, comprende, de conformidad con el art. 7 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Las siguientes páginas están dedicadas a analizar la cambiante, confusa y poco adaptada regulación de la prestación ortoprotésica<sup>3</sup>, integrada en el catálogo del Sistema Nacional de Salud, el cual tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. De hecho, el art. 10.14 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, reconoce el derecho “a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado”.

Dicha prestación ha sido considerada como complementaria o especial, en tanto supone “un elemento adicional, juzgado necesario para la consecución de una asistencia sanitaria completa y adecuada”<sup>4</sup> y quizá por tal carácter ha sufrido numerosas modificaciones y cambios interpretativos<sup>5</sup>.

La Ley 16/2003 define, en su art. 17, la prestación ortoprotésica: “consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien de modificar, corregir o facilitar su función” y “comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente”. La virtualidad de esta fórmula abierta radica en el signo “progresivo” capaz de proporcionar “un sólido argumento a favor de una prestación de calidad y no una interpretación meramente economicista que es la que ha primado hasta la fecha”<sup>6</sup> (y sigue primando).

---

<sup>2</sup> FERRANDO GARCÍA, F.M.: “Prestación farmacéutica y factores condicionantes del acceso al tratamiento adecuado”, *RDS*, núm. 79, 2017, p. 113, citando a APARICIO TOVAR, J.: *La Seguridad Social y la protección de la salud*, Madrid (Civitas), 1989, p. 48.

<sup>3</sup> QUIRÓS HIDALGO, J.G.: “La silla de ruedas eléctrica como prestación complementaria ortoprotésica, de obligada facilitación o reintegro por parte de la Seguridad Social”, *AS*, núm. 164, 2003 (BIB 2003\614).

<sup>4</sup> AA.VV. (MARTÍN VALVERDE, A. Y GARCÍA MURCIA, J., DIR. Y COORD.): *Tratado práctico de Derecho de la Seguridad Social*, Cizur Menor (Thomson/Aranzadi), 2008, p. 671.

<sup>5</sup> Sobre su *iter* legislativo y judicial, por todos, LANTARÓN BARQUÍN, D.: *Asistencia sanitaria: contenido, claves y principios*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2007 y QUIRÓS HIDALGO, J.G.: “La silla de ruedas eléctrica como prestación complementaria ortoprotésica, de obligada facilitación o reintegro por parte de la Seguridad Social”, cit.

<sup>6</sup> RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones del sistema nacional de salud tras las últimas reformas*, Murcia (Laborum), 2018, p. 304 y OLARTE ENCABO, S. Y ALMENDROS GONZÁLEZ, M.A.: “Otras prestaciones sanitarias del sistema: las antes llamadas prestaciones sanitarias complementarias”, en AA.VV.: *Comentario práctico a la legislación reguladora de la sanidad en España*, Granada (Comares), 2007, p. 348.

Asimismo, anticipa su carácter “dual”, pues puede ser facilitada directamente por los servicios de salud o suponer ayudas económicas<sup>7</sup>, de acuerdo con lo previsto en el mencionado precepto: “esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las Administraciones sanitarias competentes”.

No solo el carácter dual en la forma de la prestación, sino en su asunción completa o parcial a modo de “copago” como sucede con la prestación farmacéutica. En este sentido, y al igual que sucedió con aquella, el RD-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, introduce dos nuevos preceptos en la Ley 16/2003 y configura la cartera común básica y la cartera común suplementaria.

Así, el art. 8.bis delimita la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, la cual 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”.

Por su parte, el art. 8.ter incluye en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud “todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario”. Situadas dentro del catálogo, las prestaciones ortoprotésicas forman parte de estas prestaciones suplementarias de la asistencia sanitaria junto con la prestación farmacéutica y con productos dietéticos. También gozará de esta consideración 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.

En fin, el apartado 4 del art. 8.ter Ley 16/2003 prevé el desarrollo de dicho precepto (a excepción de la prestación farmacéutica que se regirá por su normativa) por “Orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final”. A este respecto, el porcentaje de aportación del usuario se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo para ello el precio final del producto y sin que se aplique el mismo límite de cuantía a esta aportación.

Por tanto, los “dolosos” “recortes” llevados a cabo por el RD-Ley 16/2012<sup>8</sup>, de 20 abril, obligan a diferenciar entre una cartera común suplementaria, que incluye la prestación ortoprotésica realizada mediante dispensación ambulatoria, sujeta a aportación del usuario, y

<sup>7</sup> RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones del sistema nacional de salud tras las últimas reformas*, cit., p. 304.

<sup>8</sup> BLASCO LAHOZ, J.F.: “La prestación farmacéutica y la nueva cartera común de servicios”, *AS*, núm. 13, 2013 (BIB 2013\1252).

la prestación ortoprotésica proporcionada en centros sanitarios sin aportación del usuario y que comprende básicamente los implantes quirúrgicos.

Conviene observar a este respecto cómo la clasificación en uno u otro nivel (tal y como sucede con la prestación farmacéutica) “no obedece a criterios cualitativos ni a factores intrínsecos de la prestación relacionados con el carácter esencial del servicio, sino a una decisión financiera”<sup>9</sup> ciertamente cuestionable.

## **2. CONCEPTO DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA EN LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES**

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, recoge, dentro del contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a las prestaciones de salud pública, las proporcionadas para atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario, respectivamente, en los Anexos I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII.

La participación de las Comunidades Autónomas y de otras administraciones sanitarias públicas en la definición y actualización de las prestaciones y la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud está prevista en el art. 9 RD 1030/2006 y se articulará a través de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, así como de los comités y grupos de trabajo de ella dependientes”.

En cuanto hace a la prestación ortoprotésica analizada, el Anexo VI del RD 1030/2006 vuelve a transcribir lo previsto en el art. 17 de la Ley 16/2003, pero respecto a su régimen, cabe entender derogados los aspectos referentes a la aportación del usuario recogidos en dicho Anexo por la disposición derogatoria única del RD 1506/2012, de 2 de noviembre más adelante examinado.

Dicho Anexo dedica un apartado a cada una de las concretas prestaciones que integran la prestación ortoprotésica. De este modo, los apartados 6, 7, 8, 9 y 10 del Anexo están referidos a los implantes quirúrgicos, las prótesis externas, las sillas de ruedas, las ortesis y las ortoprotésis especiales incluidos en la cartera común de prestación ortoprotésica, incorporando, en su caso, sus condiciones de uso o el tipo de discapacidad o indicación clínica que justifica su prescripción.

En el apartado 6 se establecen las divisiones de los implantes quirúrgicos, últimamente objeto de controversia sobre su control, codificadas con dos dígitos y los grupos codificados con cuatro dígitos, así como los respectivos desgloses alcanzando diferentes niveles de desagregación que permiten agrupar productos con características similares. En el caso de los apartados 7, 8, 9 y 10 el contenido de la cartera común viene determinado por los

<sup>9</sup> FERRANDO GARCÍA, F.M.: “Prestación farmacéutica y factores condicionantes del acceso al tratamiento adecuado”, cit. y CABEZA PERERIRO, J.: “Servicios suplementarios y accesorios”, en AA.VV.: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*, Murcia (Laborum), 2016, p. 564.

grupos (cuatro dígitos) y subgrupos (seis dígitos). Los códigos homologados (codificación de 9 dígitos) que se recogen en dichos apartados se utilizarán únicamente para el sistema de información de la prestación ortoprotésica.

Antes de entrar a definir y evaluar, establece una exclusión genérica: “no constituyen parte de esta prestación los efectos y accesorios, ni los artículos ortoprotésicos destinados a uso deportivo, ni los utilizados con finalidad estética, ni aquellos de los que se realice publicidad dirigida al público en general”.

A continuación, sigue la división ya clásica de las prestaciones ortoprotésicas, incluyendo como tales los implantes quirúrgicos, las prótesis externas, las sillas de ruedas, las ortesis y las ortoprotésis especiales.

-- Así, entiende por implante quirúrgico el “producto sanitario diseñado para ser implantado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica y destinado a permanecer allí después de dicha intervención”. El implante “sustituye total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica que presenta algún defecto o anomalía, o que tiene finalidad diagnóstica”. Dichas prótesis pueden ser cardíacas y vasculares<sup>10</sup>, implantes digestivos, genitourinarios, neurológicos, oftalmológicos, otorrinolaringológicos, reparadores, del aparato respiratorio, osteoarticulares, vasculares, quirúrgicos diagnósticos y, también comprende a los dispositivos implantables para la administración de fármacos, como las bombas de infusión de morfina y reservorios implantables<sup>11</sup>.

En todo caso, las administraciones sanitarias responsables de la gestión de los implantes quirúrgicos establecerán el procedimiento de adquisición de los mismos por las vías que consideren más adecuadas en cada caso para garantizar su provisión a los pacientes con la máxima eficiencia.

-- La prótesis externa es el “producto sanitario que requiere una elaboración y/o adaptación individualizada y que, dirigido a sustituir total o parcialmente un órgano o una estructura corporal o su función, no precisa de implantación quirúrgica en el paciente”.

El establecimiento de catálogo con productos autorizados introduce un criterio de certeza acerca de la inclusión o no de determinados productos, aspectos sobre los que ha tenido ocasión de pronunciarse la jurisprudencia, a veces de forma muy concreta, sobre la no inclusión de grúa hidráulica<sup>12</sup>; sobre la no inclusión de plantillas ortopédicas<sup>13</sup>; sobre la no inclusión de prótesis dentarias por razones estéticas (apartado 7 del Anexo VI del RD 1030/2006)<sup>14</sup>, pero sí cuando son piezas perdidas por efectos de tratamiento para curación de proceso canceroso<sup>15</sup>.

<sup>10</sup> STSJ Asturias 30 abril 1999 (Sentencia núm. 1017/1999).

<sup>11</sup> AA.VV. (MARTÍN VALVERDE, A. Y GARCÍA MURCIA, J., DIR. Y COORD.): *Tratado práctico de Derecho de la Seguridad Social*, cit., p. 670.

<sup>12</sup> STS 26 mayo 1994 (Rec. núm. 1937/1993).

<sup>13</sup> STS 11 junio 1998 (Rec. núm. 3169/1997).

<sup>14</sup> AA.VV. (MARTÍN VALVERDE, A. Y GARCÍA MURCIA, J., DIR. Y COORD.): *Tratado práctico de Derecho de la Seguridad Social*, cit., p. 670.

<sup>15</sup> STSJ Murcia 3 marzo 2014 (Rec. núm. 845/2013).

El apartado VI.7 RD 1030/2006 comienza excluyendo “las estructuras y articulaciones elaboradas en titanio y/o fibra de carbono y/o con control por microprocesador)”, para, a continuación, enumerar las incluidas, como las prótesis de miembro superior, incluidas las mioeléctricas para pacientes mayores de dos años amputados unilaterales o bilaterales, prescritas exclusivamente por los servicios de Rehabilitación de los hospitales en la forma en que determinen las Comunidades Autónomas, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las Mutualidades de Funcionarios en su respectivo ámbito de gestión, a los pacientes que cumplan determinados requisitos (tener suficiente capacidad mental y de control mioeléctrico que les permita el manejo de la prótesis de forma segura y eficaz; desarrollar actividades de la vida diaria o laborales en las que la utilización de la prótesis mioeléctrica les supondría una ventaja respecto al uso de una prótesis funcional o pasiva; participar en un programa de rehabilitación para su adiestramiento; y disponer de un entorno familiar o supervisión externa que favorezca un uso adecuado y continuado de la prótesis en los niños y personas dependientes); prótesis de miembro inferior; prótesis distintas a las prótesis de miembros (como las corneales, de mama o del paladar); o ayudas para la audición.

-- La silla de ruedas es el “vehículo individual para favorecer el traslado de personas que han perdido, de forma permanente, total o parcialmente, la capacidad de deambulación y que sea adecuado a su grado de discapacidad”.

Históricamente, la jurisprudencia se ha venido refiriendo a los vehículos para inválidos, considerando como tales a las sillas de ruedas, definidas como los vehículos individuales para favorecer el traslado de personas que han perdido, de forma permanente, total o parcialmente, la capacidad de deambulación y que sean adecuados a su grado de invalidez<sup>16</sup>.

El actual apartado VI.8 RD 1030/2006 enumera las sillas de ruedas manuales, recambios y accesorios incluidos, y excluye aquellas con ruedas grandes delanteras maniobradas por los dos brazos, las sillas de ruedas propulsadas con el pie, las sillas de ruedas de fibra de carbono y/o titanio y las sillas de ruedas con motor, salvo las expresamente previstas.

Tras varios pronunciamientos en sede judicial sobre la cobertura prestacional de las sillas eléctricas<sup>17</sup> y pese a la existencia de alguna sentencia que entendía “únicamente exigible el tipo medio o normal de tales medios traslativos, como es la silla de ruedas convencional”<sup>18</sup> (si bien con votos particulares que consideraron exigible directamente el suministro de una silla de ruedas eléctrica cuando exista en el beneficiario “una auténtica situación de necesidad, que no de mera conveniencia o pura opción por el mejor medio de locomoción, que existiría cuando se vea impedido o sea difícil el uso de la silla de ruedas convencional”<sup>19</sup>), este apartado reconoce el derecho a sillas de ruedas con motor eléctrico y dirección eléctrica para pacientes con limitaciones funcionales graves del aparato locomotor

<sup>16</sup> CONTRERAS TORRES, A.: *El sistema nacional de salud: sujetos protegidos y contenido del derecho a la prestación de asistencia sanitaria*, Valencia, Tesis doctoral, 2016, pp. 540.

<sup>17</sup> SSTs 31 marzo 2000 (Rec. núm. 158/1999) y 27 marzo 2001 (Rec. núm. 1955/2000) o SSTSJ Cataluña 18 junio 2015 (Rec. núm. 2402/2015) y Castilla y León/Burgos 2 marzo 2017 (Rec. núm. 102/2017).

<sup>18</sup> STS 28 septiembre 1995 (Rec. núm. 3800/1994).

<sup>19</sup> STS 22 junio 1994 (Rec. núm. 2684/1993).

por enfermedad, malformación o accidente que cumplan determinados requisitos (incapacidad permanente para la marcha independiente; incapacidad funcional permanente para la propulsión de sillas de ruedas manuales con las extremidades superiores; y suficiente capacidad visual, mental y de control que les permita el manejo de sillas de ruedas eléctricas y ello no suponga un riesgo añadido para su integridad y la de otras personas.

-- La ortesis es el “producto sanitario de uso externo, no implantable que, adaptado individualmente al paciente, se destina a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o del esqueleto”. De nuevo, el apartado VI.9 excluye las elaboradas con fibra de carbono e incorpora las ortesis de columna vertebral (con excepción de las fajas preventivas); ortesis de miembro superior; de miembro inferior (excluidas las ortesis de pie ni las rodilleras en tejido elástico sin flejes); y los calzados ortopédicos.

El casco corrector de plagiocefalia postural, aun cuando no esté expresamente mencionado en el catálogo de la cartera de servicios, cabe entenderlo incluido por analogía con las prótesis faciales, cuando va precedido de prescripción médica del especialista de los servicios públicos de salud lo cual evidencia la existencia de una malformación<sup>20</sup>.

-- En fin, la ortoprótesis especial es el “producto sanitario no implantable que sustituye una estructura corporal o su función o facilita la deambulación sin que pueda considerarse incluido en los apartados anteriores”<sup>21</sup>. El Apartado VI.10 RD 1030/2006 especifica las siguientes: ayudas para caminar manejadas por un brazo; ayudas para caminar manejadas por los dos brazos; ayudas para la terapia circulatoria; ayudas para la prevención de las úlceras por presión (ayudas antidecúbitos); y equipamiento para el entrenamiento del movimiento, la fuerza y el equilibrio para pacientes lesionados medulares, parálisis cerebral, traumatismos craneoencefálicos, mielomeningocele, distrofias musculares progresivas y enfermedades neurodegenerativas.

El acceso a la prestación ortoprotésica se hará garantizando las necesidades sanitarias de los pacientes, en la forma que establezca al efecto la administración sanitaria competente en la gestión de la prestación.

En fin, con carácter general trata de garantizar la adecuada elaboración y adecuación de la prestación prescrita al paciente, pero lo hace remitiéndose a los requisitos en su caso elaborados por la administración sanitaria competente al efecto, sin establecer garantía común y básica. Asimismo, vuelve a acudir al término vago de la “legislación vigente que les resulte de aplicación” para fijar los requisitos de los productos sanitarios incluidos como prestación ortoprotésica para poder ser suministrados y utilizados y para imponerlos a los establecimientos sanitarios elaboradores de ortoprótesis a medida y los que las adaptan individualizadamente con el fin de que se salvaguarde una correcta elaboración y adecuación de la prestación prescrita al paciente.

<sup>20</sup> STS 12 febrero 2014 (Rec. núm. 394/2013).

<sup>21</sup> Enumeración contenida en AA.VV. (MARTÍN VALVERDE, A. Y GARCÍA MURCIA, J., DIR. Y COORD.): *Tratado práctico de Derecho de la Seguridad Social*, cit., p. 671.

Este umbral de exigencia de la prestación habría que situarlo, a juicio de determinada doctrina legal, “muy discutible jurídicamente”<sup>22</sup>, “no en un tipo ideal u óptimo, sino más bien en un tipo real, esto es, respecto de las prestaciones que resulten más usuales y de nivel medio”, entendiéndose esta corriente cómo deberían descartarse, “como regla general o por principio, que se presenta como indiscutible o inexcusable cuando no es sino fruto del apriorístico y eficientista criterio de la limitación de recursos económicos disponibles, la inclusión de aquellos medios de locomoción que resulten pioneros en el campo de la técnica”<sup>23</sup>.

En todo caso, atribuye la prescripción de los productos incluidos en la prestación ortoprotésica a los médicos de atención especializada, especialistas en la materia correspondiente a la clínica que justifique la prescripción. Atribución esta que no deja de suscitar dudas y, a la postre, conflictos e ineficiencias, en tanto la necesidad de seguir un largo camino que tiene como meta el especialista, contando con las largas listas de espera, puede impedir el acceso a una prestación como esta que supone un salto cualitativo en la calidad de vida de los beneficiarios.

Con mayor detalle impone, para las prótesis externas, las sillas de ruedas, ortesis y ortoprotésis especiales, la entrega al usuario del certificado de garantía y de una hoja informativa con las recomendaciones precisas para la mejor conservación del mismo en condiciones de utilización normal y las advertencias para evitar su mal uso, de acuerdo con lo que establezca en cada caso la administración sanitaria competente. Además, cuando se trate de productos que requieren una adaptación específica al paciente, prevé que:

- a) Correrán a cargo del establecimiento cuantas rectificaciones imputables a la elaboración y adaptación sean precisas.
- a) En la elaboración de los productos, el establecimiento se ajustará siempre a las indicaciones consignadas por el especialista prescriptor.
- b) En los casos que se determine, una vez obtenida la prestación por el usuario, el especialista prescriptor comprobará que el artículo se ajusta rigurosamente a sus indicaciones y se adapta perfectamente al paciente.

En el caso de artículos susceptibles de renovación, ésta puede concederse, cuando no sea debida al mal trato del usuario, en las condiciones que al efecto se determinen por la administración sanitaria competente en la gestión de la prestación<sup>24</sup>. Además para aquellos productos susceptibles de renovación que requieren una elaboración y/o adaptación individualizada, se debe tener en cuenta la edad del paciente para fijar el periodo de renovación, de modo que se adecue a la etapa de crecimiento de los niños y a los cambios morfológicos derivados de la evolución de la patología.

<sup>22</sup> MOLINA NAVARRETE, C.: “Art. 108. Otras prestaciones sanitarias”, en AA.VV.: *Comentario a la Ley General de la Seguridad Social*, Granada (Comares), 1999, p. 2246.

<sup>23</sup> Criticando dicha interpretación, MOLINA NAVARRETE, C.: “Art. 108. Otras prestaciones sanitarias”, en AA.VV.: *Comentario a la Ley General de la Seguridad Social*, cit., p. 2246.

<sup>24</sup> Al respecto STSJ País Vasco 24 enero 2017 (Rec. núm. 2584/2016).

En fin, en el caso de los implantes quirúrgicos se ha de facilitar a los pacientes una hoja informativa con las instrucciones, así como las recomendaciones, contraindicaciones y precauciones que deben tomarse en su caso.

### **3. CARTERA COMÚN SUPLEMENTARIA AMBULATORIA DE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA**

El RD 1506/2012 “pretende hacer efectivas las previsiones recogidas en el mencionado RD-Ley 16/2012, al fijar las bases para determinar el contenido de la prestación ortoprotésica suplementaria ambulatoria y la correspondiente aportación de los usuarios, así como para el establecimiento de los importes máximos de financiación en toda la prestación ortoprotésica”, de acuerdo con la habilitación prevista en el art. 124 de la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. De acuerdo con su propia Exposición de Motivos, “esta norma va dirigida fundamentalmente a facilitar el acceso a una prestación más racional, eficiente y equitativa a los pacientes que requieran un producto ortoprotésico, mediante la fijación de criterios para la inclusión en la Oferta de los productos más idóneos para cubrir sus necesidades y el establecimiento de importes máximos de financiación”.

Para ello, crea la Oferta de productos ortoprotésicos susceptibles de financiación por el Sistema Nacional de Salud y establece los criterios para la inclusión de los productos en dicha Oferta. Todo ello con el objetivo de proporcionar una prestación más racional a los usuarios del Sistema Nacional de Salud. En todo caso, la fijación de los importes máximos de financiación de los productos ortoprotésicos incluidos en la Oferta del Sistema Nacional de Salud corresponde a una orden ministerial donde se fijan unos tipos de productos con características similares, dentro de cada código homologado en el caso de ortoprotésis externas, o de cada subgrupo, en el caso de implantes quirúrgicos, asignando a cada tipo un importe máximo de financiación. “La determinación de los tipos de productos para toda la prestación ortoprotésica podrá hacerse paulatinamente, a medida que se disponga de la oportuna información, iniciándose por los códigos homologados de ortoprotésis externas y por los subgrupos de implantes quirúrgicos que se seleccionen en función del consumo y de la facilidad y factibilidad de su abordaje” (Exposición de Motivos).

El objeto de esta norma radica en fijar las bases para determinar el contenido y aportación de la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica y establecer importes máximos de financiación para cada tipo de producto incluido en la prestación ortoprotésica (art. 1).

A continuación, su art. 2 define determinados conceptos incorporados por la propia norma:

1.- La cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica es el “conjunto de prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y ortoprotésis especiales de dispensación ambulatoria y sujetas a aportación del usuario, financiadas por el Sistema Nacional de Salud, incluyendo aquellos productos que según la normativa de la correspondiente comunidad autónoma estén sometidos a régimen de préstamo o alquiler”.

2.- El producto ortoprotésico es cada una de las marcas comerciales de un producto sanitario que tenga la consideración de implante quirúrgico u ortoprótesis externa, de acuerdo con lo regulado en el Anexo VI del RD 1030/2006. En el caso de productos a medida, se considera como producto ortoprotésico la denominación genérica que describe el producto.

3.- La oferta de productos ortoprotésicos del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de productos ortoprotésicos susceptibles de ser financiados por el Sistema Nacional de Salud y “recogerá aquellos productos pertenecientes a los códigos homologados del catálogo común de ortoprótesis externas y a los subgrupos de implantes quirúrgicos que cumplan los criterios para ser susceptibles de ser financiados por el Sistema Nacional de Salud” (art. 4 RD 1506/2012).

En su desarrollo, se ha dictado la Orden SSI/566/2014, de 8 de abril, la cual crea y regula un sistema informatizado para la recepción de comunicaciones por parte de las empresas de los productos ortoprotésicos que consideran reúnen los requisitos para ser clasificados dentro de los apartados que conforman la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud. Con este fin, y en atención al contenido de la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica, se establecerán subdivisiones que servirán de base, en el futuro, para determinar los tipos de productos previstos en el RD 1506/2012. “Para ello, se regula el procedimiento para la comunicación de forma voluntaria por parte de las empresas de la información sobre los productos ortoprotésicos al citado Sistema informatizado, determinando las características que han de reunir tanto las empresas que los comuniquen como los productos que van a ser comunicados. En cualquier caso, la comunicación no implica ningún derecho sobre la futura inclusión del producto en la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica. No obstante, el hecho de comunicar la información de un producto implica que la empresa se compromete a mantenerla actualizada e informar de su situación de comercialización. Para reducir las cargas administrativas a las empresas, se desarrollará una aplicación informática para sustentar la recepción de comunicaciones de productos ortoprotésicos que tratará de simplificar al máximo la comunicación de la información prevista en esta norma. Esta aplicación se pone a disposición de las empresas a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, siendo las propias empresas las que cargarán la información, comprometiéndose a garantizar la veracidad de los datos facilitados” (Exposición de motivos de la Orden).

La citada Orden prevé en su artículo 4.1 que mediante Resolución del Director General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia se establecerán, en atención a los grupos y subgrupos de cada uno de los apartados de sillas de ruedas, prótesis externas, órtesis y ortoprótesis especiales, subdivisiones que agrupen productos ortoprotésicos con similares características, diseños y funcionalidades, a utilizar para comunicar de forma voluntaria al SIRPO los productos de los diferentes apartados de la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica.

Al respecto, se han publicado las Resoluciones de 6 de mayo y de 16 de julio de 2014, por las que se desarrollan las clasificaciones a utilizar para el SIRPO de sillas de ruedas y ortesis y la Resolución de 22 de agosto de 2014, por la que se desarrolla la clasificación de ortoprótesis especiales para el Sistema informatizado, todas ellas actualizadas por Resolución

de 19 de enero 2016, en las que se indica, exclusivamente a efectos de su utilización en SIRPO, el modo de elaboración de cada tipología de producto, diferenciando aquellas que requieren un ajuste básico, las que precisan una adaptación individualizada al paciente y las que se elaboran a medida, así como sus componentes, accesorios y recambios.

4.- El importe máximo de financiación es la “cuantía máxima fijada para cada tipo de producto a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, incluyendo en su caso, la aportación del usuario. Cuando se trate de ortoprotésis externas que se facilitan a través de establecimientos de ortopedia, el importe máximo de financiación incluirá los márgenes de la distribución y de los establecimientos dispensadores y los impuestos, así como costes de adaptación o elaboración individualizada, en su caso. Cuando se trate de implantes quirúrgicos, se referirá al precio de venta de la empresa incluyendo impuestos”.

El art. 5 RD 1506/2012 ordena atender, para el establecimiento de importes máximos de financiación, entre otros aspectos, a las características de diseño de los productos, su funcionalidad y prestaciones, a los grupos de población a los que van destinados, a las ventajas que representan en cuanto al tratamiento, recuperación y calidad de vida de los pacientes, a sus precios, a su consumo, al coste-beneficio que pueda proporcionar al sistema sanitario, así como a los importes financiados recogidos en los correspondientes catálogos de las Comunidades Autónomas, INGESA, Instituto Social de la Marina y mutualidades de funcionarios. En el caso de los implantes quirúrgicos también se tendrán en consideración la adecuación a la técnica quirúrgica y la facilitación de la implantación. En el caso de productos a medida, se establecerá un importe máximo de financiación para los tipos del genérico que describa el producto, el cual incluirá los costes de elaboración a medida, la adaptación al paciente, los márgenes del establecimiento y los impuestos.

Estos importes máximos de financiación se tendrán en cuenta, entre otros criterios, para decidir sobre la inclusión de un producto ortoprotésico en la Oferta del Sistema Nacional de Salud, de nuevo el criterio utilizado es puramente económico. Hasta el punto que no se incluirán en la Oferta y, por consiguiente, no serán financiados aquellos productos cuyo precio propuesto al Sistema Nacional de Salud supere el importe máximo de financiación que le corresponda a su tipo de producto. No obstante, si a un usuario le indica el especialista un determinado tipo de producto de ortoprotésis externas incluido en cartera de servicios, podrá adquirir con cargo al Sistema Nacional de Salud un producto correspondiente a dicho tipo que no se encuentre incluido en la Oferta exclusivamente por superar el importe máximo de financiación, si así lo prevé la normativa aplicable. En ese caso, el usuario abonará la diferencia entre el importe máximo de financiación correspondiente al tipo de producto y el precio de venta del producto adquirido, además de la aportación que le corresponda, aplicada sobre el importe máximo de financiación de su tipo de producto (art. 5 RD 1506/2012).

El Comité asesor para la prestación ortoprotésica es el encargado de valorar cada año, en función de la evolución del consumo, las variaciones de los precios de Oferta, los costes de los productos ortoprotésicos, su coste-beneficio, así como aquellos otros factores que puedan tener incidencia en el coste, la conveniencia de realizar una revisión de los importes máximos de financiación, con el fin de adaptarlos a la realidad sanitaria de cada momento, a la situación socioeconómica y a las necesidades de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, cuando concurren circunstancias excepcionales que determinen una

variación sustancial en el coste de los productos ortoprotésicos, tanto si se trata de su aumento como su disminución, valorará si procede una revisión de los importes máximos de financiación para los tipos de productos afectados. Tras esta valoración, el Comité asesor elaborará la propuesta que corresponda, que elevará a la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación y, previo acuerdo del Consejo Interterritorial, el Ministerio de Sanidad, decidirá si procede o no la revisión de los importes (art. 6 RD 1506/2012).

La Orden SPI/1117/2011, de 26 de abril, regula el Comité Asesor para la Prestación Ortoprotésica, adscrito a la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Este Comité es el órgano coordinador entre las administraciones sanitarias implicadas en la gestión de esta prestación y tendrá como finalidad la coordinación de las actuaciones y el seguimiento de la prestación ortoprotésica. Su actividad estará vinculada a la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, regulada en el artículo 9 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, la cual, a su vez, depende del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las funciones de este Comité serán las siguientes:

- a) Elaborar, aprobar y modificar el reglamento de régimen interior de funcionamiento del propio Comité.
- b) Proponer la inclusión de nuevos productos o grupos de productos o la modificación de las condiciones de uso de los ya incluidos o su exclusión.
- c) Proponer los requisitos mínimos comunes que deben reunir los artículos, dirigidos a garantizar la calidad de esta prestación.
- d) Proponer criterios comunes para la elaboración de los correspondientes catálogos de prestación ortoprotésica por las Comunidades Autónomas, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y las Mutualidades de Funcionarios en sus respectivos ámbitos de gestión, de forma que se garantice a los pacientes la equidad en esta prestación, en tanto “es un principio básico de estas prestaciones complementarias el que se garantice la equidad en el acceso a la prestación, así como su eficiencia”<sup>25</sup>.
- e) Proponer los criterios para fijar y revisar los importes máximos de financiación de esta prestación de acuerdo con lo regulado en artículo 124 de la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, así como hacer propuestas de las modificaciones a las ayudas económicas al paciente en esta prestación.
- f) Proponer y coordinar el sistema de información que permita el seguimiento de esta prestación.

---

<sup>25</sup> OLARTE ENCABO, S. Y ALMENDROS GONZÁLEZ, M.A.: “Otras prestaciones sanitarias del sistema: las antes llamadas prestaciones sanitarias complementarias”, cit., p. 347.

- g) Detectar las dificultades que pudieran surgir en el cumplimiento de la normativa sobre esta materia y resolver las dudas sobre su aplicación e interpretación.
- h) Emitir informe, cuando sea requerido para ello por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud o las administraciones sanitarias representadas en el Comité, sobre las cuestiones que afecten a la prestación ortoprotésica.
- i) Servir de cauce permanente de colaboración, comunicación e información entre los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, la Administración General del Estado y otros agentes implicados en la gestión de esta prestación.
- j) Aquellas otras que puedan serle confiadas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad o por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para la debida coordinación entre las administraciones sanitarias en materia de prestación ortoprotésica.

5.- El precio de oferta, por su parte, es el “precio propuesto por la empresa y aceptado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para cada producto ortoprotésico ofertado al Sistema Nacional de Salud, que ha de ser igual o inferior al importe máximo de financiación. Incluye impuestos y, en el caso de la prestación ortoprotésica suplementaria, también los márgenes de distribución y de los establecimientos dispensadores, así como costes de adaptación o elaboración individualizada”.

6.- Los responsables de prestación ortoprotésica son las Administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), Instituto Social de la Marina cuando proceda y Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y Mutualidad General Judicial (MUGEJU) en el caso de pacientes ambulatorios, así como los correspondientes hospitales en el caso de pacientes ingresados.

7.- El catálogo de prestación ortoprotésica es la “relación de productos ortoprotésicos o tipos de productos que cada responsable de prestación ortoprotésica selecciona de la Oferta para facilitar la prestación ortoprotésica en su respectivo ámbito de gestión”<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> El art. 8 RD 1506/2012 detalla el procedimiento para su inclusión, alteración y exclusión de la Oferta de productos ortoprotésicos, que se llevará a cabo por orden del Ministerio de Sanidad a propuesta de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. “La empresa que desee que un producto ortoprotésico sea incluido en la Oferta para su financiación por el Sistema Nacional de Salud deberá solicitarlo al Ministerio de Sanidad [...], para lo cual deberá remitir a la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, una solicitud expresa de inclusión en la Oferta y asignación de código identificativo”. “Esta dirección general determinará si el producto es susceptible o no de ser incluido en la Oferta y, en el caso de que lo sea, le asignará un código identificativo. La Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia podrá determinar, asimismo, la exclusión de un producto incluido en la Oferta si concurre alguna de las siguientes circunstancias: a) Deja de cumplir alguna de las exigencias establecidas en la legislación vigente. b) El tipo de producto, código homologado, subgrupo o grupo al que pertenece es excluido de la financiación, de acuerdo con el procedimiento establecido por la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre. c) Su balance (...)

Para su inclusión, los productos han de reunir los requisitos siguientes (art. 7 RD 1506/2012):

- a) Cumplir las exigencias establecidas en la legislación vigente de productos sanitarios.
- b) Corresponder a algunos de los grupos o subgrupos de implantes quirúrgicos, o de los códigos homologados de ortoprótesis externas, recogidos en el anexo VI del RD 1030/2006, de 15 de septiembre.
- c) Pertenecer a alguno de los tipos de productos que se determinen.
- d) Reflejar claramente en el etiquetado las indicaciones del producto y no incluir frases, dibujos u otros motivos gráficos que lleven a confusión respecto a las indicaciones, ni contener publicidad de otros productos.
- e) Tener una denominación genérica acompañada de una marca comercial o del nombre de la empresa titular del producto o bien un nombre de fantasía.
- f) No tener un nombre igual o similar al de otros productos ortoprotésicos financiables o no financiables, ni al de medicamentos, al de otros productos sanitarios o al de productos dietéticos, de forma que no induzca a confusión; ni llevar a error respecto a sus indicaciones.
- g) No superar el precio propuesto por la empresa el importe máximo de financiación que le correspondería en función de su tipo de producto.
- h) No efectuar publicidad dirigida al público en general.
- i) Cumplir, en su caso, los requisitos técnicos que elabore el Ministerio de Sanidad para cada tipo de producto, a propuesta del Comité asesor para la prestación ortoprotésica.

8.- En fin, el importe financiable es la “cantidad que los responsables de prestación ortoprotésica abonarán por los productos ortoprotésicos o tipos de productos recogidos en sus respectivos catálogos, que incluye los impuestos y, en su caso, los márgenes de distribución y de los establecimientos dispensadores, así como el coste de adaptación o elaboración individualizada, que ha de ser igual o inferior al precio de Oferta”.

Con carácter general, esta cartera suplementaria está sujeta a una cuestionable aportación del usuario, con un esquema similar al de la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo el precio de oferta del producto y rigiéndose el porcentaje de aportación del usuario por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, aun cuando carezca del mismo límite máximo referido a la aportación<sup>27</sup>. Pese a las razonables

---

riesgo/beneficio es desfavorable. d) Realiza publicidad dirigida al público en general. e) Solicita la exclusión la empresa titular”.

<sup>27</sup> CONTRERAS TORRES, A.: El sistema nacional de salud: sujetos protegidos y contenido del derecho a la prestación de asistencia sanitaria, cit., p. 571.

críticas recibidas al sistema de “copago”, no falta quien califique los cambios como “clarificadores” y “no excesivamente onerosos”, en tanto existen dichos límites máximos<sup>28</sup>.

El art. 9 RD 1506/2012 especifica las reglas generales anteriormente enunciadas y fija el porcentaje de aportación del usuario de acuerdo con los siguientes parámetros:

- a) Un 60 por ciento del precio de Oferta del producto para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta consignada en las casillas de la base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas sea igual o superior a 100.000 euros.
- b) Un 50 por ciento del precio de Oferta del producto para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta consignada en las casillas de la base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros.
- c) Un 40 por ciento del precio de Oferta del producto para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los anteriores apartados.
- d) Un 10 por ciento del precio de Oferta del producto para las personas que ostenten la condición de pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, salvo que su renta consignada en las casillas de la base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas sea igual o superior a 100.000 euros.
- e) Un 10 por ciento del precio de Oferta del producto en los productos pertenecientes a los subgrupos de aportación reducida que aparecen en el anexo.

El RD 1506/2012 encomienda establecer un límite máximo a la aportación porcentual del paciente en el caso de los anteriores apartados b), c), d) y e), aun cuando no es el mismo máximo establecido para los productos farmacéuticos<sup>29</sup>. La diferencia entre ambas prestaciones en torno a sus límites “no parece lógico”, y más teniendo en cuenta que, tal y como señala el art. 94.bis.6 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, se imponen “con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración”<sup>30</sup>.

En cuanto a la técnica, porcentajes y colectivos previstos para la ortoprotésica, semejan los impuestos para el copago de la prestación farmacéutica, calificado como

<sup>28</sup> ARIAS DOMÍNGUEZ, A.: “La actualización de la cartera de servicios sanitarios”, en AA.VV.: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*, Murcia (Laborum), 2016, p. 598.

<sup>29</sup> CONTRERAS TORRES, A.: El sistema nacional de salud: sujetos protegidos y contenido del derecho a la prestación de asistencia sanitaria, cit., p. 533.

<sup>30</sup> GONZÁLEZ DÍAZ, F.A.: “Cartera común de servicios del sistema nacional de salud”, en AA.VV.: *Reforma de la salud pública y la asistencia sanitaria*, Cizur Menor (Thomson Reuters/Aranzadi), 2012, p. 546.

“extremadamente agresivo sobre los pensionistas y los enfermos crónicos a los que se va a penalizar extremadamente dificultándoles y en muchos casos impidiéndoles en la práctica el acceso a prestaciones sanitarias que son indispensables para su salud”<sup>31</sup> e idéntica adjetivación cabe realizar de los expuestos. A ello se añade que extrapolar los tramos de la prestación farmacéutica resulta cuestionable, debiendo haber introducido segmentos más detallados<sup>32</sup> (siempre y cuando fuere necesario optar por el copago de esta prestación).

A las críticas anteriores se une la “ambigüedad de la regulación e inseguridad que genera” en el criterio utilizado de determinar los ingresos en base a un ejercicio anterior, en tanto podría resultar “reprochable también por distanciar la finalidad de la norma (que la aportación del usuario sea acorde con su capacidad económica real) de sus efectos y aplicación efectivos”<sup>33</sup> y dejando fuera de forma directa las necesidades o ingresos de la unidad familiar.

Por último, considera exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que en el momento de la dispensación pertenezcan a una de las siguientes categorías (art. 9.4 RD 1506/2012):

- a) Afectados de síndrome tóxico.
- b) Personas con discapacidad que sean beneficiarias del sistema especial de prestaciones sociales y económicas, previsto en el artículo 12 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de personas con discapacidad (actual art. 8 RD-Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social), y aquellas otras personas con discapacidad que igualmente se encuentren en supuestos de exención contemplados en su normativa específica.
- c) Personas perceptoras de rentas de integración social. Esta exención parece hacer referencia a los beneficiarios de las rentas autonómicas vinculadas a la escasez de recursos y que adoptan distinta denominación (y conllevan distintos requisitos) en función del territorio autonómico.
- d) Personas perceptoras de pensiones no contributivas. Desde luego, los perceptores de pensiones de jubilación e invalidez no contributivas, pero cabe cuestionar la inclusión o no de los beneficiarios de los subsidios por desempleo de carácter asistencial o de las prestaciones asistenciales familiares.
- e) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación. Como regla de cierre, cabe entender dentro de

<sup>31</sup> SÁNCHEZ BAYLE, M.: “Comienza la contrarreforma sanitaria”, *Lan Harremanak*, núm. 27, 2012, p. 187.

<sup>32</sup> GONZÁLEZ DÍAZ, F.A.: “Cartera común de servicios del sistema nacional de salud”, cit., p. 546.

<sup>33</sup> Crítica realizada a la prestación farmacéutica y que resulta de aplicación a la prestación analizada, ALBALADEJO SOBOLEWSKI, E.I.: “La nueva regulación de la aportación a la prestación farmacéutica ambulatoria: un análisis a la luz de la seguridad jurídica”, *RGDT*, núm. 35, 2013, p. 151.

este colectivo cuantos estén inscritos como demandantes de empleo habiendo agotado las prestaciones y subsidios a que tendrían derecho.

- f) En fin, personas que requieran tratamientos derivados de accidente de trabajo o enfermedad profesional, si bien su financiación en este caso correrá a cargo de la correspondiente Mutua de Accidentes de Trabajo, del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina, en tanto las contingencias profesionales gozan de una singularidad propia en su protección sanitaria fundada en el principio de reparación íntegra del daño causado<sup>34</sup>. En virtud del mismo, procede la implantación de prótesis de última generación aunque no esté incluida en el catálogo general de material ortoprotésico<sup>35</sup>.

Para quienes estén incluidos en los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por las mutualidades de funcionarios, aportarán el 30 por ciento, pero a continuación, considera aplicable el límite fijado para los usuarios del resto de Regímenes que aportan el 40 por ciento (apartado c), y excepciona los productos pertenecientes a los subgrupos de aportación reducida, en los que será de aplicación lo dispuesto con carácter general para los mismos (apartado e), y para los tratamientos derivados de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional, que estarán exentos de aportación<sup>36</sup>.

#### **4. TERCER NIVEL DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA: LA PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

El art. 8. quinquies de la Ley 16/2003 introducido por el RD-Ley 16/2012 y modificado el apartado 3 por la disposición final 4 de la LO 6/2015, de 12 de junio, de modificación de la LO 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas y de la LO 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, regula la cartera de servicios complementaria de las Comunidades Autónomas.

Dicha normativa entronca con los arts. 148.1.21 y 149.1.16 CE y reconoce a las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, la facultad de aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo. Y además podrán incorporar en las mismas 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. Dentro del coste, asumirán, con cargo a sus propios presupuestos, todos los costes de aplicación de la cartera de servicios complementaria a las personas beneficiarias de la prestación<sup>37</sup>.

<sup>34</sup> LANTARÓN BARQUÍN, D.: “Reembolso de gasto farmacéutico generado por prescripción de tratamiento farmacéutico con hormona del crecimiento”, *AS*, núm. 64, 2011 (BIB 2010\2882).

<sup>35</sup> STS 24 enero 2012 (Rec. núm. 1681/2011).

<sup>36</sup> HERNÁNDEZ BEJARANO, M.: *La protección sanitaria en los Regímenes Especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos*, Albacete (Bomarzo), 2017, pp. 166 y ss.

<sup>37</sup> FERRANDO GARCÍA, F.M.: “Prestación farmacéutica y factores condicionantes del acceso al tratamiento adecuado”, cit., p. 127.

A este respecto, “las Comunidades Autónomas deberán 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. Las Comunidades Autónomas que se hayan adherido al instrumento de apoyo a la sostenibilidad del gasto farmacéutico y sanitario deberán 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, que concorra la circunstancia de que la variación interanual al cierre del ejercicio de los indicadores de gasto farmacéutico y de productos sanitarios sin receta médica u orden de dispensación no superen la tasa de referencia de crecimiento del Producto Interior Bruto de medio plazo de la economía española prevista en el art. 12.3 de la LO 2/2012, de 27 de abril” (art. 8. quinquies de la Ley 16/2003).

El reparto competencial previsto en la Constitución supone “uno de los principales retos” del sistema sanitario<sup>38</sup>: “compatibilizar la igualdad básica de las personas como usuarios de un servicio público universal con el principio de descentralización en la gestión sanitaria propio del modelo autonómico”<sup>39</sup>. Al debate entre ambos se une la garantía de accesibilidad establecida en el art. 23 de la Ley 16/2003, que reconoce a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley en condiciones de igualdad efectiva.

En esta confrontación parece que se ha impuesto la lectura del principio de igualdad subordinado al territorial en los términos del art. 158.1 CE<sup>40</sup>, que se limita a establecer la “garantía de un nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales en todo el territorio español” y no conforme contempla el art. 139.1 CE: “todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado”.

Por su parte, la jurisprudencia constitucional advierte que las competencias del Estado para fijar las bases o sus facultades de coordinación general no “deben llegar a tal grado de desarrollo que dejen vacías de contenido las correspondientes competencias que las Comunidades Autónomas hayan asumido en la materia”. Por consiguiente, si una de las finalidades de la legislación estatal es “configurar un catálogo de prestaciones sanitarias y corresponde al Estado la competencia exclusiva sobre las bases, esa necesaria uniformidad mínima, que corresponde establecer al Estado, asegurando un nivel mínimo homogéneo o nivel de suficiencia de las prestaciones sanitarias públicas, puede ser susceptible de mejora, en su caso, por las Comunidades Autónomas, en virtud de su competencia sustantiva y de su

<sup>38</sup> FERRANDO GARCÍA, F.M.: “Prestación farmacéutica y factores condicionantes del acceso al tratamiento adecuado”, cit., p. 127.

<sup>39</sup> REVIRIEGO PICÓN, F. y ALGUACIL GONZÁLEZ-AURIOLES, J.: “La protección de la salud en la Constitución Española”, en AA.VV. (FERNÁNDEZ CORONADO, A. Y PÉREZ ÁLVAREZ, S., DIRS.): *La protección de la Salud en tiempos de crisis. Nuevos retos del bioderecho en una sociedad plural*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2014, p. 27.

<sup>40</sup> Sobre la atribución competencial, brillante análisis en FERRANDO GARCÍA, F.M.: “Prestación farmacéutica y factores condicionantes del acceso al tratamiento adecuado”, cit., p. 128, y MONTOYA MELGAR, A.: “Equidad y universalidad en la sanidad pública”, *NREDT*, núm. 174, 2015 (BIB 2015\1041).

autonomía financiera, siempre y cuando, con ello, no contravengan las exigencias que impone el principio de solidaridad (arts. 2 y 138 CE)<sup>41</sup>.

En consecuencia, “debería velarse especialmente por dar debido cumplimiento a la garantía de igualdad sustancial de toda la población en cuanto a las prestaciones sanitarias y la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en el acceso, administración y régimen de prestaciones de los servicios sanitarios eventualmente acaecida, en este caso, por el lugar de residencia del beneficiario. A pesar de lo anterior, y siendo cierto que las competencias autonómicas en esta materia tendencialmente están en mayor o menor medida en conflicto con la igualdad, importantes sectores de la doctrina se han inclinado a entender que la igualdad queda satisfecha mediante el establecimiento de mínimos generales comunes de protección, con lo que a contrario podría pensarse que a partir de ese mínimo cabría un mejoramiento en determinadas CC AA<sup>42</sup>. Por ello, no deberían establecerse “tratamientos más favorables exclusiva y únicamente justificados por la pura y simple pertenencia a una Comunidad sin ninguna otra razón adicional<sup>43</sup>”.

Sin perjuicio de otorgar esa posibilidad de ampliación, el legislador estatal fija un mecanismo de garantía de la prestación “aumentada” (“en todo caso, estos servicios o prestaciones complementarios deberán reunir los mismos requisitos establecidos para la incorporación de nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera común de servicios, y no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud”) y de información al Gobierno estatal (“con anterioridad a su incorporación, la comunidad autónoma concernida deberá informar, de forma motivada, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”, quien “podrá emitir recomendaciones sobre el establecimiento por parte de las comunidades autónomas de prestaciones sanitarias complementarias”; de igual modo, “las Comunidades Autónomas pondrán en conocimiento del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad los servicios complementarios no contemplados en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud tras su incorporación efectiva a su cartera de servicios autonómica, los cuales se incluirán en el sistema de información correspondiente”).

Respecto a la primera, no cabe duda que la enumeración de los servicios “galopa, como toda la asistencia sanitaria en general, al ritmo de los avances que se atestiguan en la técnica, pieza fundamental en el ámbito de la protección de la salud<sup>44</sup>, pero también de las restricciones impuestas para su financiación.

Las distintas autonomías han hecho uso de esta posibilidad de forma distinta y estableciendo diferentes vías para su ejecución:

-- En Andalucía, el Decreto 195/1998, de 13 de octubre, aprueba el Catálogo General de Ortoprotésica que figura en el Anexo I del presente Decreto, ampliando el previsto estatal

<sup>41</sup> STC 98/2004, de 25 de mayo, y LANTARÓN BARQUÍN, D.: “Reembolso de gasto farmacéutico generado por prescripción de tratamiento farmacéutico con hormona del crecimiento”, cit.

<sup>42</sup> QUIRÓS HIDALGO, J.G.: “La silla de ruedas eléctrica como prestación complementaria ortoprotésica, de obligada facilitación o reintegro por parte de la Seguridad Social”, cit.

<sup>43</sup> APARICIO TOVAR, J.: *La Seguridad Social y la protección de la Salud*, cit., pp. 139 y 140.

<sup>44</sup> RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones del sistema nacional de salud tras las últimas reformas*, cit., p. 307.

e incluyendo las prótesis externas, órtesis, vehículos para inválidos y prótesis especiales que pueden ser prescritas, dispensadas y financiadas por la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía, en las condiciones y cuantías que en cada caso se determinan (art. 1).

-- En Aragón, la Orden de 31 de octubre 2013, regula las ayudas económicas sobre la prestación ortoprotésica, determina el procedimiento aplicable a las ayudas económicas sobre prestación ortoprotésica en la Comunidad Autónoma de Aragón y el importe máximo de financiación correspondientes a cada uno de los productos incluidos en la misma.

-- El Principado de Asturias concede ayudas para la financiación de estas prestaciones<sup>45</sup>.

-- En las Islas Canarias, la Orden de 9 de febrero 2004, regula la prestación de material ortoprotésico y se aprueba el Catálogo General de Material Ortoprotésico en la Comunidad Autónoma de Canarias, mientras la Resolución de 10 de abril 2015 aprueba modelos normalizados en materia de prestación ortoprotésica suplementaria ambulatoria.

-- Cantabria ha optado por el reintegro de gastos derivados del copago previsto<sup>46</sup>.

-- La Resolución de 12 de noviembre 2015 en Castilla-La Mancha modifica el contenido del Catálogo General de Productos de la Prestación Ortoprotésica con el fin de ampliar las ayudas económicas para ortoprotésis para amputados menores de 18 años en dicha Comunidad, mientras que la Resolución de 13 de noviembre 2017 habilita el procedimiento de reintegro de gastos en la prestación ortoprotésica en aquellos supuestos en que la prescripción y dispensación tiene lugar fuera de dicho ámbito territorial.

-- En Castilla y León se ha puesto en práctica un programa de préstamo de material ortoprotésico en atención primaria y el material ortoprotésico que se presta se obtiene de beneficiarios fallecidos y también de donaciones<sup>47</sup>.

-- En Cataluña, el Decreto 79/1998, de 17 de marzo, sobre prestaciones ortoprotésicas, tiene por objeto dictar normas en relación con las prestaciones ortoprotésicas y establece que, con carácter general, el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) abonará la ayuda a la persona usuaria mediante el establecimiento de acuerdos con los centros dispensadores a fin de que el usuario pueda acceder a la prestación sin necesidad de abonarla previamente. Mediante la Resolución de 29 de mayo de 2001, modificada por las Resoluciones SSS/2276/2002, de 29 de julio y SLT/323/2009, de 29 de enero, se establecen las condiciones y los procedimientos que deben cumplir los centros dispensadores de artículos ortoprotésicos para facilitar el acceso a la prestación ortoprotésica sin necesidad de abonar previamente la ayuda económica del CatSalut.

-- En Extremadura, el Decreto 55/2006, de 21 de marzo, regula la concesión de subvenciones destinadas a la financiación de determinados productos y tratamientos ortoprotésicos para las personas mayores y otros colectivos, con el fin de que puedan abonar

<sup>45</sup> <https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.46a76b28f520eaafl18e90dbbb30a0a0/?vgnextoid=c56e5a8a9ad4f010VgnVCM100000b0030a0aRCRD&i18n.http.lang=es&vgnextfmt=ayudas>.

<sup>46</sup> <http://www.scsalud.es/prestaciones-ortoproteticas>

<sup>47</sup> <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/prestaciones-ayudas/prestacion-ortoprotetica>.

el importe de los tratamientos establecidos en el Anexo I de esta disposición en determinados pagos periódicos sin interés alguno, y cuyo plazo máximo de devolución del crédito no podrá exceder de dos años.

-- En Galicia, es la Orden de 28 de mayo 2013, la cual regula la prestación ortoprotésica, aprueba el Catálogo General del Material Ortoprotésico y regula las condiciones para la prescripción y dispensación de la prestación.

-- El Decreto 41/2009, de 26 de junio, regula la prestación ortoprotésica, aprueba el catálogo de material ortoprotésico, la forma en la que el Servicio de Salud de las Illes Balears, y facilita a los pacientes incluidos en su ámbito de cobertura las prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y prótesis especiales que necesiten, siempre que las mismas estén incluidas en el catálogo de productos ortoprotésicos que figura como anexo del presente Decreto.

-- La Rioja proporciona ayudas mediante la Orden 5/2010, de 30 de diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales por la que se regulan las condiciones de acceso y la cuantía a las prestaciones económicas del Sistema Riojano para la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

-- El Decreto 9/1997, de 22 de enero, regula la prestación ortoprotésica relativa a prótesis externas, sillas de ruedas, órtesis y prótesis especiales en el País Vasco. “El contenido de la prestación ortoprotésica relativa a prótesis externas, sillas de ruedas, órtesis y prótesis especiales se determinará mediante la aprobación por Orden del Consejero de Sanidad del Catálogo General de Material Ortoprotésico. En dicho catálogo se relacionarán los productos sanitarios susceptibles de financiación por parte del Departamento de Sanidad, sus números de código identificativo y precios máximos y, en su caso, la aportación del usuario, las condiciones especiales para su prescripción, los requisitos para su renovación y el plazo de garantía” (art. 2).

-- El Decreto Foral 17/1998, de 26 de enero, regula la prestación ortoprotésica, relativa a prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y prótesis especiales en la Comunidad Foral de Navarra. El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea facilitará a los pacientes de su ámbito de cobertura las prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y prótesis especiales que precisen, siempre que las mismas estén incluidas en el catálogo de productos ortoprotésicos que figura como Anexo a este Decreto Foral, y sean prescritos para aquellas personas con derecho a la percepción de dicha prestación. También incluye la oportuna renovación de estos materiales y su reparación, salvo cuando el motivo de las mismas se deba a la mala utilización por parte del usuario. “Excepcionalmente los médicos de Atención Primaria podrán prescribir sillas de ruedas, andadores, muletas y cojines antiescaras, siempre que se trate de pacientes que no precisen asistencia especializada, previa la emisión, por dichos facultativos, del informe justificativo”.

-- El Decreto 76/2010, de 30 de abril en el ámbito de la Comunitat Valenciana tiene por objeto “regular en el ámbito de la Comunitat Valenciana diferentes aspectos de la prestación ortoprotésica, y, en especial, el procedimiento de acceso a la prestación por parte del usuario que tenga derecho a ella, el catálogo de productos incluidos en la misma y la relación de la Conselleria de Sanidad con los proveedores de productos y servicios

involucrados en ella” (art. 1). Para ello cabe destacar el sistema utilizado para su adjudicación: un algoritmo. El Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo, sobre Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica, en el ámbito de la Agència Valenciana de Salut entiende por “algoritmo de decisión terapéutica corporativo las decisiones sobre qué situación debe ocupar un medicamento o producto sanitario dentro de un esquema terapéutico de una indicación clínica o de un problema de salud específico. Los algoritmos de decisión terapéutica corporativos incluirán las directrices clínicas y principios activos a utilizar derivados de un mejor balance en términos de coste/efectividad, calculado el valor del coste de los principios activos o asociaciones al precio de referencia vigente en cada momento. En cada algoritmo de decisión terapéutica corporativo se seleccionará e incluirá los medicamentos y productos sanitarios que representen las opciones más coste-efectivas desde la perspectiva de la Agència Valenciana de Salut” (art. 1). “Para las patologías donde se haya elaborado un algoritmo de decisión terapéutica corporativo, la prescripción o indicación de los tratamientos farmacoterapéuticos seleccionados se deberá realizar, sin excepción, mediante el sistema de información ambulatoria de la Agència Valenciana de Salut (Abucasis-Gaia) en el ámbito ambulatorio, tanto para los medicamentos de dispensación en oficina de farmacia como para los medicamentos dispensados en las unidades farmacéuticas de pacientes externos” (art. 2).

-- La Comunidad de Madrid ha optado por la devolución de las cantidades pagadas por la prestación ortoprotésica, de acuerdo con determinados criterios<sup>48</sup>. Así, la Resolución 22/2010, de 12 de abril, habilita al Registro Telemático de la Consejería de Sanidad, para la realización de trámites telemáticos durante la tramitación del expediente del procedimiento denominado “Solicitud de reintegro de gastos por material ortoprotésico”.

-- En fin, la Orden de 18 de abril de 2007 aprueba las bases reguladoras de las ayudas del Servicio Murciano de Salud a lesionados medulares y discapacitados con limitación funcional grave del aparato locomotor, para la adquisición de material ortoprotésico.

## 5. CONCLUSIONES

Las prestaciones ortoprotésicas han sufrido durante demasiado tiempo la postergación en su estudio y análisis (salvo excepciones) frente a las prestaciones farmacéuticas. La importancia y mejora sustancial que suponen para la vida del beneficiario les hacen acreedoras de un estudio en profundidad, no solo por parte de la doctrina, sino también de los legisladores competentes.

En este último sentido, y a la falta de atención constatada, se añade la cambiante regulación y sus características técnicas, las cuales acarrear como no deseadas consecuencias, de un lado, la dispersión normativa en un sinfín de regulaciones estatales y autonómicas, de denominación diversa y no siempre bien engarzadas en el sistema sanitario. De otro, conlleva un desconocimiento por parte de los facultativos de atención primaria, los más cercanos a los pacientes y sobre los que se vertebra la atención sanitaria, también de los operadores jurídicos que tienen que decidir sobre su concesión en caso de controversia, y por

<sup>48</sup> [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_ConvocaPrestac\\_FA&cid=1142596836530&definicion=AyudaBecaSubvenciones&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&tipoServicio=CM\\_ConvocaPrestac\\_FA](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_ConvocaPrestac_FA&cid=1142596836530&definicion=AyudaBecaSubvenciones&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&tipoServicio=CM_ConvocaPrestac_FA)

último, de los médicos, enfermeros o trabajadores sociales que, no directamente implicados en su dispensación, han de orientar al paciente en el proceloso camino que conlleva su percepción.

Por cuanto hace al sistema dual seguido por el legislador para su financiación, el denominado “copago”, dificulta en ciertas ocasiones y en situaciones donde más pertinente resulta la atención cercana y pronta, el acceso a las mismas por aquellos beneficiarios que tengan que hacer frente a un primer desembolso, de cuantía elevada para determinados umbrales de renta y ello sin atender a la situación económica familiar.

A este respecto, el RD-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso a la prestación de asistencia sanitaria que modifica el sistema impuesto por el RD-Ley 16/2012 y sus restricciones a la asistencia sanitaria universal guarda silencio “cómplice” y, con ello, sigue avalando el diseño de la aportación para la prestación farmacéutica y ortoprotésica. Su tramitación como Proyecto de Ley, a día de hoy, tampoco ha variado la situación descrita.

Esta situación apenas sí se ha visto solucionada en el ámbito autonómico por cuantos territorios prevén su reembolso. Sin embargo, aun con la percepción tardía de lo pagado previamente, afrontar una determinada cuantía en situaciones muchas veces que comportan riesgo de exclusión, no deja de suponer una dificultad insalvable para acceder a la correcta asistencia sanitaria.

Por ello, y como primera conclusión, es menester eliminar el mentado “copago” en las prestaciones ortoprotésicas (y farmacéuticas), generador de diferencias incapaces de justificar en un Estado calificado como social y con una asistencia sanitaria con vocación de universal.

Respecto al sistema para su prescripción, la facultad la ostentan los médicos de atención especializada, especialistas en la materia correspondiente a la clínica que la justifique. Dicha decisión, congruente con la finalidad y contenido de las ortoprotésis en su acepción general, acaba por suponer, habida cuenta la kafkiana burocracia de la asistencia sanitaria, los dilatados tiempos de espera, la rotación del personal sanitario y la falta de interconexión entre servicios, la conversión del futuro beneficiario en un Sísifo moderno dentro del sistema de atención sanitaria en España, yendo de puerta a puerta durante largos períodos de tiempo en busca de su ortoprotésis.

Por ello, como segunda conclusión, parece conveniente que, en ciertas ocasiones, se faculte (como sucede en algunas Comunidades) a los médicos de atención primaria para la prescripción de estas ortoprotésis y, a dichos efectos, se les proporcione oportuna formación al efecto.

La cartera complementaria autonómica ayuda a paliar en ciertos territorios y casos la situación descrita, pero lo hace a costa de generar diferencias (abismales para quien las padece) entre enfermos y autonomías.

Así, algunas Comunidades han servido como campo de pruebas para introducir mejoras en la prestación, como aquella que prevé su dispensación en atención primaria o la que ha puesto en práctica un sistema de préstamo capaz de proporcionar de forma rápida el servicio, con eficacia y eficiencia.

En consecuencia, como tercera conclusión, se propone la asunción de estas buenas prácticas contrastadas por el legislador estatal, hacerlas extensivas a todo el territorio y eliminar las diferencias territoriales en una materia vital como la salud.

En fin, parece necesario, por tanto, una revisión y reformulación de la prestación “cenicienta” analizada, respecto de la inclusión en la cartera común (y las garantías respecto a su utilización) de los productos, la asunción por parte de las Comunidades del catálogo complementario y el sistema de pago previsto.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV. (MARTÍN VALVERDE, A. Y GARCÍA MURCIA, J., DIR. Y COORD.): *Tratado práctico de Derecho de la Seguridad Social*, Cizur Menor (Thomson/Aranzadi), 2008.
- ALBALADEJO SOBOLEWSKI, E.I.: “La nueva regulación de la aportación a la prestación farmacéutica ambulatoria: un análisis a la luz de la seguridad jurídica”, *RGDT*, núm. 35, 2013.
- APARICIO TOVAR, J.: *La Seguridad Social y la protección de la Salud*, Madrid (Civitas), 1989.
- ARIAS DOMÍNGUEZ, A.: “La actualización de la cartera de servicios sanitarios”, en AA.VV.: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*, Murcia (Laborum), 2016.
- BLASCO LAHOZ, J.F.: “El régimen jurídico y la interpretación judicial del derecho a las prestaciones sanitarias complementarias de la Seguridad Social”, *AS*, núm. 6, 2001 (BIB 2001\864).
- BLASCO LAHOZ, J.F.: “La redefinición de las prestaciones sanitarias como consecuencia de la nueva Cartera de servicios comunes al sistema nacional de salud”, *AS*, núm. 11, 2007 (BIB 2007\1311).
- BLASCO LAHOZ, J.F.: “La prestación farmacéutica y la nueva cartera común de servicios”, *AS*, núm. 13, 2013 (BIB 2013\1252).
- CABEZA PERERIRO, J.: “Servicios suplementarios y accesorios”, en AA.VV.: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*, Murcia (Laborum), 2016.
- CONTRERAS TORRES, A.: *El sistema nacional de salud: sujetos protegidos y contenido del derecho a la prestación de asistencia sanitaria*, Valencia, Tesis doctoral, 2016.
- FERRANDO GARCÍA, F.M.: “Prestación farmacéutica y factores condicionantes del acceso al tratamiento adecuado”, *RDS*, núm. 79, 2017.
- GONZÁLEZ DÍAZ, F.A.: “Cartera común de servicios del sistema nacional de salud”, en AA.VV.: *Reforma de la salud pública y la asistencia sanitaria*, Cizur Menor (Thomson Reuters/Aranzadi), 2012.
- HERNÁNDEZ BEJARANO, M.: *La protección sanitaria en los Regímenes Especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos*, Albacete (Bomarzo), 2017.

- LANTARÓN BARQUÍN, D.: *Asistencia sanitaria: contenido, claves y principios*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2007.
- LANTARÓN BARQUÍN, D.: “Reembolso de gasto farmacéutico generado por prescripción de tratamiento farmacéutico con hormona del crecimiento”, *AS*, núm. 64, 2011 (BIB 2010\2882).
- MOLINA NAVARRETE, C.: “Art. 108. Otras prestaciones sanitarias”, en AA.VV.: *Comentario a la Ley General de la Seguridad Social*, Granada (Comares), 1999.
- MONTOYA MELGAR, A.: “Equidad y universalidad en la sanidad pública”, *NREDT*, núm. 174, 2015 (BIB 2015\1041).
- OLARTE ENCABO, S. Y ALMENDROS GONZÁLEZ, M.A.: “Otras prestaciones sanitarias del sistema: las antes llamadas prestaciones sanitarias complementarias”, en AA.VV.: *Comentario práctico a la legislación reguladora de la sanidad en España*, Granada (Comares), 2007.
- QUIRÓS HIDALGO, J.G.: “La silla de ruedas eléctrica como prestación complementaria ortoprotésica, de obligada facilitación o reintegro por parte de la Seguridad Social”, *AS*, núm. 164, 2003 (BIB 2003\614).
- QUIRÓS HIDALGO, J.G.: *La prestación farmacéutica de la Seguridad Social*, Valladolid (Lex Nova), 2006.
- REVIRIEGO PICÓN, F. Y ALGUACIL GONZÁLEZ-AURIOLES, J.: “La protección de la salud en la Constitución Española”, en AA.VV. (FERNÁNDEZ CORONADO, A. Y PÉREZ ÁLVAREZ, S., DIRS.): *La protección de la Salud en tiempos de crisis. Nuevos retos del bioderecho en una sociedad plural*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2014.
- RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones del sistema nacional de salud tras las últimas reformas*, Murcia (Laborum), 2018.
- SÁNCHEZ BAYLE, M.: “Comienza la contrarreforma sanitaria”, *Lan Harremanak*, núm. 27, 2012.
- SEMPERE NAVARRO, A.V.: “¿Prótesis ortopédicas u ortoprotésicas?”, *Repertorio de Jurisprudencia*, núm. 6, 2004.
- SOLER ARREBOLA, J.A.: “Asistencia sanitaria. Un supuesto particular de prestaciones ortoprotésicas”, *AS*, núm. 144, 2003 (BIB 2003\612).