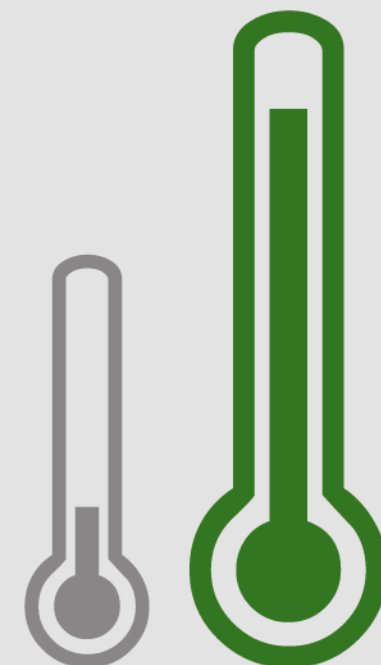


ANÁLISIS DE LAS MEDIDAS DEL **REAL DECRETO-LEY 16/2012** EN LAS PRESTACIONES SANITARIAS Y **SU IMPACTO EN EL COLECTIVO DE PACIENTES DE CÁNCER.**

Ana Fernández Marcos
Raquel del Castillo
Ana Eguino.



AUTORES:

Ana Fernández Marcos, Raquel del Castillo y Ana Eguino.
Asociación Española Contra el Cáncer.

RELACIÓN DE INFORMANTES EXPERTOS:

aecc

- Nieves Mijimolle, farmacéutica
- Javier Puente, oncólogo médico
- Andalucía: Mercedes Río - médica (Almería) y Manuel Orozco - fisioterapeuta (Córdoba)
- Aragón (Huesca): Dolores Rodríguez - trabajadora social
- Asturias: Marta García - trabajadora social
- Baleares: Yanina Paglioni y Francisco Naranjo - trabajadores sociales
- Canarias (Tenerife y Las Palmas): Yolanda Yanes, Carmen Gloria Sicilia, Marta Cala, Lucía Trujillo y María Rodríguez - trabajadoras sociales
- Castilla la Mancha (Cuenca): Carmen Barambio - presidenta
- Cataluña (Barcelona): Eva Frechilla - trabajadora social
- Castilla y León (Valladolid): Vanesa Diego - trabajadora social

- Extremadura (Badajoz): Rocío Contreras - trabajadora social
- Galicia: Paula Romero - trabajadora social (La Coruña) y Pablo López - trabajador social (Pontevedra)
- La Rioja: Ariana de Juan - trabajadora social
- Madrid: Begoña de Cevallos, Mercedes de la Peña, Ana del Amo y Marta Escudero - trabajadoras sociales y Tania Martín - fisioterapeuta
- Murcia: Ángeles Romero - psicóloga
- Navarra: Eva Roque - trabajadora social
- País Vasco (Guipúzcoa): Josune Alkain, Ana Ruiz y Olaia Durante - trabajadoras sociales

Externos

- Covadonga Poblet, fundadora de la Asociación Madrileña de Afectados por Linfedema (AMAL)
- M^a Jesús Lamas, farmacéutica hospitalaria

ÍNDICE

0. Resumen ejecutivo	3
1. Introducción	5
2. Sobre el Real Decreto-Ley 16/2012	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Nueva Normativa	
2.2.1. Concepto de asegurado	7
2.2.2. Cartera común de servicios	8
2.2.3. Aportación en prestación farmacéutica ambulatoria	9
3. Metodología	13
4. Análisis de situación sobre prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS)	14
4.1. Cobertura actual de las prestaciones en las Comunidades Autónomas	14
4.2. Actuación de la aecc en ayudas sociales	30
4.3. Conclusiones	33
5. Análisis sobre prestación farmacéutica y otros gastos asociados	33
6. Peticiones de la aecc	38
7. Documentación consultada	40
8. ANEXO - Detalle de Caso analizado (capítulo 5)	42

Documento realizado por la aecc,
fecha inicio: 10/05/2012,
actualizaciones: 19/07/2012; 18/12/2012; 17/01/2013; 31/01/2013.

0. RESUMEN EJECUTIVO

Sobre el Real Decreto-Ley 16/2012 (RDL)

- Modifica el concepto de asegurado, el aporte de los usuarios en la prestación farmacéutica, ortoprotésica y transporte sanitario no urgente.
- Establece **3 tipos de carteras de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)** (sólo una de ellas es gratuita, la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS) más la complementaria de las Comunidades Autónomas.

Análisis del impacto potencial del RD-Ley y normativa de desarrollo posterior

Prestación farmacéutica: se incrementa la aportación en fármacos de aportación reducida (de 2,67€ a 4,13€), se modifica la aportación del usuario tanto en activo (del 40% PVP a tramos según IRPF) como de los pensionistas (de 0€ a 10% del PVP) en función de tramos IRPF.

- **Medicamentos antineoplásicos:**
 - El gasto principal se produce durante el tratamiento de quimioterapia el cual, por regla general, se dispensa en el hospital sin coste alguno para el paciente.
 - Ahora bien, determinados medicamentos antineoplásicos (sobre todo los que tienen presentaciones orales), tanto si se dispensan en la farmacia hospitalaria (éstos eran gratuitos antes) como si se retiran de la oficina de farmacia de la calle, están sujetos a aportación del paciente. Estos medicamentos son de aportación reducida (4,13€).
- **Medicación de soporte:**
 - Merece especial atención el caso de los medicamentos analgésicos: solo algunos, como los opioides

transdérmicos (fentanilos), son de aportación reducida. En caso de que el paciente necesitara otro tipo de analgesia podría suponer un coste elevado para los pacientes (aspecto relevante en cuidados paliativos).

- Resto de medicación para alivio de efectos secundarios no supone, en general, un porcentaje de gasto significativo en el conjunto del gasto asociado al cáncer para un paciente medio.

- El establecimiento de aportación del usuario para medicación antineoplásica supone una **discriminación entre los pacientes en quimioterapia de administración intravenosa (gratis al ser en hospital) vs administración oral (sujeta a copago)** cuando el fin es el mismo, la curación o el control de la enfermedad. Este hecho puede llegar a distorsionar la toma de decisiones sobre la opción terapéutica a seguir por el paciente al incluir el factor económico como un elemento a tener en cuenta.
- Es necesario prestar especial atención a los **casos vulnerables** (alta comorbilidad, pensionistas, polimedicados, situación económica familiar precaria) ya que un incremento del copago en las prestaciones en el caso de enfermos de cáncer podría suponer el **riesgo de una eventual interrupción de la continuidad de los tratamientos** con el riesgo consiguiente para la supervivencia del paciente y/o una **importante disminución de su calidad de vida** al no poder costear, por ejemplo, tratamientos para aliviar efectos secundarios de los tratamientos o necesarios para la rehabilitación de secuelas.

Cartera común de servicios suplementarios

- **Prestación ortoprotésica:** con anterioridad al RDL existía una alta variabilidad en las condiciones en las que se dan las prestaciones analizadas en función de la comunidad autónoma, en el porcentaje de cobertura y

en el tiempo de renovación de las prótesis.

- La mayoría de productos ortoprotésicos de uso por pacientes de cáncer pertenecen al subgrupo de aportación reducida, por ejemplo: prótesis de mama y prendas de compresión.
- Estos productos tienen una aportación fija del 10% del precio de oferta del producto para todos los usuarios con las excepciones de colectivos del RDL 16/2012.

- Se homogeneiza la aportación del usuario para todo el Estado pero no incluye homogeneidad en aspectos como el tiempo de renovación de las prótesis.

- **Transporte sanitario no urgente:** hasta el RDL 16/2012 el transporte sanitario era gratuito, si bien había una alta variabilidad en el tipo de servicio cubierto.
 - Se establece aportación del usuario con límite máximo en función de renta. No hay diferencias entre activos y pensionistas.
 - Base de cálculo 5€/trayecto (ida y vuelta se contabilizan como dos trayectos).
 - Se establece una categoría de aportación diferente (reducida) en el caso de personas que requieran **traslados periódicos** que se prevean necesarios por un **período superior a 6 meses, con una frecuencia de al menos 4 traslados semanales** (dos servicios de ida y vuelta) del domicilio a centro sanitario y viceversa. El límite de aportación máxima es el mismo que el resto de tramos según su nivel de renta pero con carácter semestral en vez de mensual.
 - Los pacientes de cáncer no entran en este grupo ya que el tratamiento, aunque pueda superar los 6 meses (Qtp+Rtp), no requiere un mínimo de 4 traslados semanales a lo largo de ese período de tiempo.

Cartera común de servicios accesorios (sin fecha para ser definida): se ha de estar especialmente alerta a la definición de lo que incluirá por su posible aplicación a ser-

vicios determinantes para los pacientes de cáncer como la atención psicológica, la rehabilitación de secuelas o las actuaciones preventivas (ej., cribados de cáncer, consejo genético) para población general.

Ayudas sociales aecc: ya antes del RDL se estaba constatando un incremento progresivo de la demanda de ayudas económicas para necesidades derivadas de la enfermedad, debido al empeoramiento de la situación económica general y familiar. Es probable un incremento mayor de la demanda de ayudas económicas en colectivos de familias vulnerables: inmigrantes, parados, mayores con rentas bajas. **La aecc se vería desbordada** si se enfrenta a dar respuesta a un mayor número de demandas contando con los mismos recursos.

Estudio de casos:

- Durante el tratamiento el gasto fundamental en salud es el transporte, sobre todo para acudir a las sesiones de radioterapia y de especial relevancia en zonas rurales.
- El gasto mensual de una familia con ingresos inferiores a 18.000 se pudo ver incrementado en un 15% anual en los gastos en salud cuando uno de sus miembros es diagnosticado de cáncer de mama, siendo el 76% del gasto debido al transporte para acudir a tratamiento (zona rural).
- Después del tratamiento el mayor gasto, en el caso analizado (supervivientes de cáncer de mama), se produce en el tratamiento de rehabilitación de secuelas crónicas como el linfedema, que puede llegar a suponer alrededor del 81% del gasto mensual asociado al cáncer si el drenaje linfático no es cubierto por el SNS.

1. INTRODUCCIÓN

Desde la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, la Asociación Española Contra el Cáncer ha estado estudiando el potencial impacto de las medidas contenidas en el mismo en la población objeto de nuestra misión y ha seguido, con especial atención, los desarrollos normativos que se han sucedido en los últimos meses y que están concretando dichas medidas.

Como resultado de este estudio, que se nutre de la realidad de las personas afectadas y de las aportaciones de nuestra red de profesionales que trabajan directamente con los pacientes de cáncer, hemos elaborado el presente **Informe interno aecc de análisis de las medidas del Real Decreto-Ley 16/2012 y normativa de desarrollo sucesivas en las prestaciones sanitarias y su impacto en el colectivo de pacientes de cáncer**. Este informe interno incluye el análisis de situación actual de las prestaciones más habituales que necesitan las personas afectadas por una enfermedad oncológica y un estudio de caso detallado del potencial impacto de las medidas adoptadas en dicha normativa.

En el documento se destacan elementos del Real Decreto-Ley que pueden suponer un incremento de la vulnerabilidad que ya de por sí sufren las personas afectadas por un cáncer por el hecho mismo de su enfermedad.

La modificación del concepto de asegurado, el establecimiento de diferentes carteras de servicios en el Sistema Nacional de Salud (SNS), la creación de una cartera de servicios accesoria sujeta a aportación del usuario pero sin definición concreta aún de los servicios que va a incluir y los tramos de aportación establecidos, son algunos de los elementos que nos han llevado a analizar el efecto potencial de las mismas para el paciente de cáncer.

Para un paciente de cáncer, además del tratamiento de la enfermedad que es cubierto al cien por cien por el SNS, es primordial el control eficaz de los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos. Dolor, mucositis, estreñimiento, dermatitis agudas, por citar algunos de los más comunes, pueden llegar a mermar significativamente la calidad de vida de los enfermos. Todos ellos se controlan a través de medicamentos de dispensación en oficinas de farmacia, por tanto, sujeto a los nuevos tramos de aportación del usuario.

Por otra parte, para ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de mama, el tratamiento vital para la prevención de recidivas y/o control de las metástasis, son fármacos también de dispensación ambulatoria. Tenemos, por tanto, un paciente polimedcado con tratamientos de larga duración, a veces de por vida, al que hemos de sumar para estimar el gasto real que puede suponer para el paciente, otras necesidades derivadas de la enfermedad como las prótesis, pelucas, prendas adaptadas, transporte para acudir a recibir el tratamiento y rehabilitación de las posibles secuelas (como el linfedema, efecto secundario incurable no infrecuente en pacientes de cáncer de mama, que requiere un tratamiento de por vida).

El objetivo del presente informe es identificar elementos de las medidas adoptadas en el Real Decreto-Ley 16/2012 y su desarrollo normativo posterior con un potencial efecto negativo sobre las personas afectadas por cáncer con el fin último de contribuir a preservar, por un lado la calidad de la atención oncológica y, por otro, la calidad de vida de los pacientes oncológicos alertando sobre los mismos a las autoridades sanitarias responsables del desarrollo reglamentario de la norma y de su implementación y seguimiento.

2. SOBRE EL REAL DECRETO-LEY 16/2012

2.1. ANTECEDENTES

La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho se regulan por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y se concretan en:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El **Sistema Nacional de Salud** es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos. Así pues, la sanidad es una competencia traspasada a las Comunidades Autónomas por el Estado en lo que a su ejecución se refiere.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS estableció a su vez las bases para la definición de la Cartera de Servicios Comunes del SNS y el catálogo de prestaciones consiguiente.

La **Cartera de Servicios Comunes del SNS** establecida según el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, incluye, entre otras, las carteras de servicios comunes de prestación farmacéutica, de prestación ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. Su función es tipificar todos los tipos de materiales ortoprotésicos objeto de subvención por los servicios de salud de las CCAA.

En el caso de la cartera de productos ortoprotésicos, cada CCAA cuenta, además, con un catálogo general de material ortoprotésico, en el que basándose en la tipificación del SNS, establece los porcentajes que va a financiar de cada material.

Asimismo, en materia de transporte sanitario y cobertura de los gastos de traslado para recibir tratamiento, es cada CCAA la que decide en qué porcentajes y términos los subvenciona.

Además de la Cartera de servicios comunes del SNS, cada CCAA puede aprobar su cartera de servicios complementaria que, como mínimo, ha de contemplar todo lo incluido en la Cartera de servicios comunes del SNS.

En 2011 se publicó la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública que universalizaba la cobertura del SNS al incluir a la población que aún estaba fuera de la misma (alrededor de 180.000 personas). Con dicha norma se consolidaba un sistema de sanidad bajo los principios de universalidad, solidaridad, gratuidad y equidad, modelo de referencia mundial.

2.2. NUEVA NORMATIVA

Con fecha 24 de abril de 2012, el Gobierno publica en el Boletín Oficial del Estado (BOE) 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**, entrando en vigor desde el mismo día de su publicación y estableciéndose plazos en algunos ámbitos para su desarrollo normativo.

Este Real Decreto-Ley es la concreción de las medidas anunciadas en el Plan Nacional de Reformas (PNR) 2012 del Gobierno en su apartado sobre Racionalización y modernización en la prestación de los servicios públicos esenciales: reforma del sistema nacional de salud y que define los siguientes puntos:

- Reforma del aseguramiento en el SNS
- Ordenación de la Cartera de servicios del SNS
- Mejora de la eficiencia de la oferta sanitaria
- Racionalización de la oferta y de la demanda farmacéutica

Anotación: con fecha 15 de mayo de 2012 se publica una corrección de errores del RD-Ley 16/2012.

La norma modifica el concepto de asegurado, establece 4 tipos de carteras de servicios y modifica la aportación del usuario sobre la prestación farmacéutica además de incorporar un capítulo específico sobre recursos humanos.

2.2.1.- Concepto de asegurado.

Se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS que establecía que eran titulares de los derechos a la protección de la salud y la atención sanitaria todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional según lo previsto en Ley Orgánica 4/2000, de 11 de

enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.⁽¹⁾

El RDL acota la condición de asegurado y beneficiario y limita la asistencia sanitaria en el caso de extranjeros no registrados ni autorizados como residentes a la asisten-

[1] Ley 16/2003, Artículo 3. Titulares de los derechos:

a) Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 (Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria.

1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.

3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.)

b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.

c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

d) Las Administraciones públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

cia urgente por enfermedad grave o accidente, embarazo, parto y posparto. Los niños menores de 18 años recibirán asistencia en las mismas condiciones que los españoles.

Nota: País Vasco no aplicará el RDL en este apartado en virtud del Decreto 114/2012, de 26 de junio.⁽²⁾

2.2.2. Cartera común de servicios.

Se regía por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización con una única cartera de servicios comunes y la cartera de servicios complementaria de las CCAA.

[2] Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Artículo 2 sobre el acceso a las prestaciones sanitarias públicas en la CA de Euskadi. Pueden recibir las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Vasco de Salud todas las personas que tengan la condición de asegurado o beneficiario en el SNS y todas las personas que dispusiesen de la Tarjeta Individual Sanitaria emitida en CA de Euskadi con anterioridad a la entrada en vigor del RD-Ley 16/2012.

Además podrán recibirlas las personas que cumplan simultáneamente los siguientes requisitos:

a) Estar empadronados en cualquiera de los municipios de CA Euskadi por un período continuado de, al menos, un año inmediatamente anterior a la presentación de la solicitud de reconocimiento de la asistencia sanitaria.

b) Ser persona receptora de prestaciones integradas en el Sistema Vasco de Garantía de Ingresos e Inclusión o tener ingresos inferiores a la cuantía correspondiente a la renta básica para la inclusión y protección social de acuerdo a su normativa reguladora.

c) No tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título.

El RDL 16/2012 establece cuatro carteras de servicios:

- **Cartera común básica de servicios asistenciales del SNS**

- Incluye servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en centros sanitarios o socio sanitarios
- Garantiza la continuidad asistencial bajo un enfoque multidisciplinar
- Incluye el transporte sanitario urgente
- 100% financiación pública (el asegurado no paga)
- Las CCAA la han de adoptar pero la pueden aumentar siguiendo ciertos criterios

- **Cartera común suplementaria del SNS**

- Incluye: prestación farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente
- Dispensación ambulatoria
- El asegurado paga un % en función de tramos de renta según IRPF (hay casos de exenciones y topes máximos a pagar en el caso de los fármacos)

- **Cartera común de servicios accesorios del SNS**

- Incluye actividades, servicios y/o técnicas que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvante o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico
- El asegurado (usuario) paga un % y/o reembolso
- No se considera una prestación

- **Cartera de servicios complementarios de las CCAA.**

2.2.3. Aportación en prestación farmacéutica ambulatoria.

Se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

- La prescripción se hará por principio activo no por marca comercial.

- Se dispensará en farmacia el fármaco de precio más bajo y a igualdad de precio, el genérico.
- Se modifica la aportación del usuario y en el caso de tope máximo de aportación mensual (pensionistas y sus beneficiarios) se actualizará en función del Índice de Precios al Consumo (IPC) [antes la aportación era del 40% sobre PVP del medicamento; 10% (con tope de 2,64 euros por envase actualizable) para enfermedades crónicas o graves, medicamentos para SIDA y otros reglamentariamente establecidos; 0% para pensionistas, accidentes de trabajo o enfermedad profesional y los que se dispensaban en centros sanitarios (Cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica 2007)]:

Personas en activo:

- 60% del PVP usuarios y beneficiarios con nivel de renta igual o >100.000 euros. Sin tope máximo de aportación.
- 50% del PVP si renta igual o > 18.000 euros e inferiores a 100.000 euros. Sin tope máximo de aportación.
- 40% del PVP que no estén en los apartados anteriores. Sin tope máximo de aportación.

Pensionistas:

- 10% del PVP para pensionistas de la Seguridad Social:
 - ~ Si IRPF < 18.000 euros, tope máximo de aportación de 8 euros/mes. Actualización según IPC (BOE 31/01/2013): 8,14€.
 - ~ Si IRPF 18.000-100.000 euros, tope máximo de aportación 18 euros/mes. Actualización según IPC (BOE 31/01/2013): 18,32€.
- 60% del PVP los que tengan un IRPF igual o > 100.000 euros. Tope máximo de aportación 60 euros/mes. Actualización según IPC (BOE 31/01/2013): 61,08€.
- Reintegro de exceso de aportación. En máximo 6 meses por la CCAA.

Mutualistas: 30% del PVP sea cual sea el nivel de IRPF.

- Exentos: síndrome tóxico, rentas de integración social, pensiones no contributivas, parados que han perdido el derecho a percibir subsidio de desempleo, tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Nota 1 sobre CCAA:

Cataluña: entra en vigor el 23 de junio de 2012 la tasa de 1€ por receta (Ley de acompañamiento de los presupuestos generales de la Generalitat de Cataluña, marzo 2012)^[3]. Esta medida entra en suspensión cautelar por el Tribunal Constitucional (desde 16/01/2013).

País Vasco: no aplicará el RD-Ley ni en el concepto de asegurado ni en los nuevos tramos de aportación del usuario en prestación farmacéutica, mantienen las aportaciones anteriores al RDL 16/2012 ^[4].

[3] La tasa de 1€/receta solo se aplicará en caso de que el fármaco recetado supere 1,67€ y habrá un tope de 61€/año de pago por el paciente por esta tasa. Colectivos excluidos: beneficiarios del programa de renta mínima de inserción, beneficiarios de pensión no contributiva, de la LISMI y del Fondo de Asistencia Social.

Esta medida no aplica a los medicamentos hospitalarios o dispensados directamente en el centro de salud.

Sí aplica a pacientes desplazados en Cataluña y que acudan a la farmacia con recetas del CatSalut.

[4] BOPV, Decreto 114/2012, de 26 de junio. Artículo 8- Alcance de la extensión de la cobertura financiera:

a) Con carácter general, las personas usuarias aportarán el 40% sobre el PVP (se exceptúan los medicamentos sujetos a aportación reducida).

b) Exentos de aportación: pensionistas (incluidas las personas perceptoras de pensiones no contributivas), personas afectadas de síndrome tóxico y personas con discapacidad según su normativa específica, personas perceptoras de Renta de Garantía de Ingresos, personas paradas que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación, personas con tratamientos

Madrid: aplica cobro de 1€ por receta desde 02/01/2013 (Proyecto de Ley de Medidas Fiscales y Administrativas ^[5]). Esta medida entra en suspensión cautelar por el Tribunal Constitucional (desde 29/01/2013).

Andalucía, Galicia y Cataluña comunican que no aplicarán el reintegro del gasto farmacéutico ya que solo cobrarán hasta el tope de gasto establecido en el RD-Ley (noticias 28/06/2012). Cataluña anuncia (03/07/2012) que demora la aplicación de los tramos hasta 1 de octubre de 2012.

Nota 2: con fecha 9 de junio de 2012, se publica la Resolución de 31 de mayo de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se actualiza la cuantía máxima correspondiente a los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida: 10% del PVP del medicamento hasta un máximo de 4,13€. La cuantía máxima de este grupo de medicamentos se ha actualizado según el Índice de Precios al Consumo (IPC) (BOE de 31 de enero de 2013): 4,20€.

derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional, además de, los mayores de 65 años, personas viudas, huérfanos menores de 18 años y personas con minusvalía en grado igual o superior al 33%

[5] Tasa de 1€. Tope máximo de pago por 72 recetas/año (72€). Exentos: beneficiarios de rentas mínima de inserción, pensiones no contributivas, afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad según normativa específica, parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo, mientras subsista la situación, accidentes de trabajo y enfermedad profesional, todos los sujetos pasivos: que hayan pagado por 72 recetas/año, cuando el PVP del medicamento o producto de la receta sea inferior a 1,67€, si no presentan la receta médica u orden de dispensación en el plazo de validez previsto para las mismas en normativa y si llevan recetas con defectos que impidan la dispensación si los defectos no son imputables al sujeto pasivo.

Para los pacientes de cáncer entran como fármacos de aportación reducida (desde 2003):

- Antieméticos como granisetron (KITRYL®) u ondansetrón (ZOFTRAN®)
- Agentes Detoxificantes para tratamientos antineoplásicos como ácido folínico (LEDERFOLIN® o ISOVORIN®)
- Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores, incluidos tratamientos hormonales
- Analgésicos: solo fentanilo y morfina por vía oral.

Nota 3: con fecha 17 de agosto de 2012, se publica la Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.

Se excluyen medicamentos que son utilizados de forma común por los pacientes de cáncer para alivio de los efectos secundarios de la quimioterapia como protectores de estómago, pero se establece como excepción, para pacientes oncológicos, el grupo de medicamentos laxantes y medicamentos para tos persistente. Estos seguirán siendo financiados con cargo al SNS.

Nota 4: con fecha 1 de diciembre de 2012, se publica en el BOE el Real Decreto-Ley 28/2012, de 30 de noviembre, de medidas de consolidación y garantía del sistema de Seguridad Social. En la Disposición final primera se introduce una modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, artículo 94 bis apartado 1:

“Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria a través de oficinas o servicios de farmacia”.

Esta modificación supone el cobro de la aportación de usuario en la prestación farmacéutica que se dispense también la oficina de farmacia hospitalaria. En el caso de los pacientes oncológicos son de dispensación en oficina de farmacia hospitalaria fármacos como los siguientes:

Antineoplásicos:

- Temozolamida (TEMODAL®): tumores cerebrales
- Capecitabina (XELODA®): cáncer de mama y colon
- Imatinib (GLIVEC®): tumores GIST
- Gefitinib (IRESSA®): cáncer de pulmón
- Erlotinib (TARCEVA®): cáncer de pulmón
- Sunitinib (SUTENT®): cáncer renal, GIST y tumores neuroendocrinos pancreáticos.
- Sorafenib (NEXAVAR®): cáncer renal y hepatocarcinomas
- Lapatinib (TIVERB®): cáncer de mama
- Everolimus (AFINITOR®): cáncer renal, tumores neuroendocrinos pancreáticos y cáncer de mama (en Europa)
- Pazopanib (VOTRIENT®): cáncer renal
- Abiraterona (ZYTIGA®): cáncer de próstata
- Dasatinib (SPRYCEL®): leucemias mieloides crónicas cromosoma Ph positivo
- Nilotinib (TASIGNA®): leucemias mieloides crónicas cromosoma Ph positivo
- Vironelbina oral (NAVELBINE), cáncer de mama y pulmón

Antieméticos (ZOFTRAN®, EMEND®)

Eritropoyetinas (EPREX®, NEORECORMON®, ARANESP®) (estos medicamentos no están sujetos al copago pues de Uso Hospitalario, etiqueta H).

El establecimiento de aportación del usuario para medicación antineoplásica que se retire de la farmacia hospitalaria supone una discriminación entre los pacientes en quimioterapia de administración intravenosa (gratis al ser en hospital) vs. administración oral (sujeta a copago) cuando el fin es el mismo, la curación o el control de la enfermedad. Este hecho puede llegar a distorsionar la toma

de decisiones sobre la opción terapéutica a seguir por el paciente al incluir el factor económico como un elemento a tener en cuenta.

En el RDL se establecen los plazos para la aplicación o, en su caso, definición de las medidas reflejadas en el mismo:

- 30 de junio: tope para que las administraciones hayan adoptado las medidas necesarias para la aplicación de la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.
- 31 de agosto de 2012. Tope para seguir teniendo acceso a la asistencia sanitaria para las personas que la tuvieron con anterioridad al RD-Ley sin necesidad de acreditar la condición de asegurado.
- 6 meses desde la entrada en vigor del RDL: se regularán:
 - Por Real Decreto, la cartera suplementaria de prestación ortoprotésica del SNS y sus importes máximos de financiación. Desarrollo normativo publicado, **ver nota 1 y 2 inferior.**
 - Por Orden ministerial, el transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas (el nivel de aportación será acorde al determinado para la prestación farmacéutica). **Ver nota 3 inferior.**
 - La prestación de productos dietéticos se sigue rigiendo por el RD 1205/2010 de 24 de septiembre.

Nota 1: con fecha 25 de julio de 2012 se publica en BOE la Orden SSI/1640/2012, de 18 de julio que modifica varios anexos del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización con el fin de incluir en la cartera de productos ortoprotésicos las “prótesis de mama externa, incluida, en su caso, la funda”.

Nota 2: con fecha 3 de noviembre de 2012 se publica en el BOE el Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de presta-

ción ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.

Este RD establece lo siguiente:

- Fija el porcentaje de aportación de usuario y tomará como base de cálculo el precio de Oferta del producto (por definición debe ser igual o inferior al importe máximo de financiación).
- No fija los importes máximos de financiación en la prestación ortoprotésica (se hará mediante publicación de Orden posteriormente)
- Porcentajes de aportación del usuario:
 - a. 60% del precio de Oferta del producto: usuarios y sus beneficiarios con renta igual o superior a 100.000€ en IRPF.
 - b. 50% del precio de Oferta del producto: asegurados activos y sus beneficiarios con renta igual o superior a 18.000€ e inferior a 100.000€.
 - c. 40% del precio de Oferta del producto: asegurados activos y sus beneficiarios que no estén en los puntos a) y b).
 - d. 10% del precio de Oferta del producto: pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios con excepción de rentas punto a).
 - e. 10% del precio de Oferta del producto en los productos pertenecientes a los subgrupos de aportación reducida:

Nota: pertenecen al subgrupo de aportación reducida la mayoría de productos ortoprotésicos de uso por pacientes de cáncer: prótesis de mama y otras, prendas de compresión.

- Exentos: los mismos supuestos del RDL 16/2012.
- Mutualidades de funcionarios: 30%, con el límite máximo que se aplique al grupo de personas del punto c), excepto para los productos de aportación reducida 10% (como en punto e)).

- Mientras no se publique la orden de límites máximos de financiación seguirá vigente la normativa de las CCAA, INGESA y Mutualidades de funcionarios sobre prestación ortoprotésica.

Nota 3: la Orden por la que se define la cartera común suplementaria de transporte sanitario no urgente del Sistema Nacional de Salud, pendiente de aprobación por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, establece lo siguiente:

- Sujeto a aportación reducida del usuario establecida sobre la base de cálculo de 50 euros.
- Se entiende por traslado un único trayecto. Por tanto un servicio de transporte de ida y vuelta se contabiliza como dos trayectos.
- Aportación del usuario por trayecto: 10% de la base de cálculo = 5 €.
- Se establecen límites mensuales a la aportación en función del nivel de renta, no hay diferencias si se es asegurado activo o pensionista:
 - Renta igual o superior a 100.000€ en IRPF, límite de 60€.
 - Renta igual o superior a 18.000€ e inferior a 100.000€ en IRPF, límite de 20 euros.
 - Los que no estén en a) o b), límite de 10€.
 - Mutualidades de funcionarios, límite de 10€.
 - Personas que requieran traslados periódicos que se prevean necesarios por un período superior a 6 meses, con una frecuencia de al menos 4 traslados semanales (dos servicios de ida y vuelta) del domicilio a centro sanitario y viceversa, límite de aportación máxima es el mismo de los puntos anteriores según su nivel de renta pero con carácter semestral en vez de mensual.
- Exentos: los mismos supuestos que establece RDL 16/2012.

No hay plazo establecido para la Orden que ha de regular la cartera común de servicios accesorios del SNS y que

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.

La publicación de esta normativa suscita numerosas incógnitas en cuanto al potencial impacto negativo que pueda tener sobre el colectivo de pacientes oncológicos y sus familias en su aplicación.

Por ello, se decide iniciar un proceso de análisis interno y consulta externa con el fin de recabar la información necesaria para poder evaluar, de manera adecuada, el desarrollo reglamentario que se derive de este Real Decreto-Ley en su impacto sobre las prestaciones del SNS que actualmente reciben los pacientes de cáncer.

3. METODOLOGÍA

El análisis de situación realizado se circunscribe a aquellas prestaciones que según el RD-Ley 16/2012 salen de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud vigente en el momento de redactar este informe (junio 2012) para incorporarse a las nuevas carteras de servicios suplementarios y/o accesorios previstas en dicha norma y sujetas a aportación del usuario:

- **Productos ortoprotésicos;** en concreto prótesis mamarias, sillas de ruedas y prendas de compresión para el tratamiento del linfedema.
- **Transporte sanitario no urgente.**
- **Productos dietéticos y otros productos de soporte para enfermos oncológicos** (especialmente aquellos en fase terminal).

Se excluye del análisis el contenido del RD-Ley sobre recursos humanos del SNS.

Para la elaboración del presente informe se han realizado los siguientes pasos:

- Análisis de fuentes documentales (ver listado en capítulo 7).
- Consulta a informantes clave en las 17 Comunidades Autónomas y 2 Ciudades Autónomas:
 - Información sobre ayudas de la **aecc** en los puntos objetivo del análisis
 - Detección de casuística ilustrativa de situaciones de impacto de los recortes sanitarios
 - Criterios de selección de informantes clave: experiencia en la **aecc** en el ámbito analizado, volumen de población de la comunidad autónoma, disponibilidad en el momento de la consulta. Tasa de respuesta: 100% de los consultados.
- Estudio de caso tipo para analizar el potencial impacto de la nueva regulación de la **prestación farmacéutica** en enfermos de cáncer con la colaboración un grupo de expertos multidisciplinar (oncólogos, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogo clínico, trabajadores sociales y una paciente de cáncer de mama).
- Fase de actualización (14/12/2012-31/01/2013). Se actualiza el análisis de caso a la luz de los desarrollos normativos publicados en el BOE sobre prestación farmacéutica y borrador de Orden sobre transporte sanitario no urgente.

4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOBRE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

4.1. COBERTURA ACTUAL DE LAS PRESTACIONES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En el cuadro siguiente se detallan las ayudas existentes en todas comunidades y ciudades autónomas, a septiembre de 2012.

COBERTURA ACTUAL DE LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN 17 COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y 2 CIUDADES AUTÓNOMAS (SEPTIEMBRE 2012).

CCAA	% CUBIERTO DE PRÓTESIS DE MAMA	% CUBIERTO DE SILLAS DE RUEDAS Y MULETAS	% CUBIERTO DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE PARA TTO	% CUBIERTO DE PRODUCTOS SOPORTE CAPP	% CUBIERTO VENDAS Y MANGUITOS PARA LINFEDEMA	OTROS
ANDALUCÍA	Inicial: Coste 0€. Fija (silicona): máximo 180€, renovables cada 2 años.	Sillas: Préstamo mientras hay existencias con coste 0€. Si no hay existencias, la Sanidad las financia entre 258€ y 650€ (las más generales) renovables cada 18-24 meses y con carácter recuperable. Muletas: financiado por la Sanidad 8,35€, no renovables y con carácter recuperable.	Transporte sanitario no urgente: coste 0€ para personas con movilidad reducida. Preferentemente son colectivas, por normativa. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: en principio en Andalucía se cubren todos los tratamientos, por lo que estas ayudas no son prácticamente demandadas. Para el paciente está cubierto el viaje y el alojamiento, pero no la manutención. Para cubrir al familiar, se requiere de un estudio mucho más profundo.	El coste será el 0€ ó el 40% según sean pensionistas o activos. En relación con los complementos nutricionales, tras informe inicial del Servicio de Nutrición o Especialista, el coste será el 0 ó el 40% según sean pensionistas o activos.	Si la paciente es tratada en el Hospital el coste es 0€. Manguitos: Requieren la prescripción del especialista y la validación de la inspección. Se cubre entre 135€ y 283€, renovables una vez al año. Guante: financiado por la Sanidad entre 180€ y 186€, renovable una vez al año.	Cojín antiescaras: solo son financiados por la Sanidad cuando existen lesiones medulares.
ARAGÓN	Inicial: coste 100%. Fija (silicona): cubre 156,26€ y son renovables cada dos años.	Sillas de ruedas: la Sanidad cubre entre 234€ y 420€. Renovables entre 18 y 24 meses. Todas recuperables. Muletas: cubiertas entre 9,20€ y 12,26€. Con una aportación fija del usuario de 12€ y con carácter recuperable y renovable cada 12 meses.	Transporte sanitario no urgente: Cubierto al 100% para pacientes con movilidad reducida y/o causa sanitaria. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: En cuanto al transporte, se cubre mediante un pago de 0,06€/Km, independientemente del transporte utilizado. Cuando sea estrictamente necesario también se cubre el desplazamiento en avión, en clase turista. Alojamiento: 14€/día. Manutención: 10€/día. El importe máximo por periodo de 6 meses es de 480€ [excepto quimioterapia que no tiene periodo máximo]. Acompañantes cubiertos solo para pacientes menores de 18 años o pacientes con necesidad clínica acreditada.		Manguitos: la Sanidad paga entre 90€ y 138€, con una aportación fija del usuario de 30€ y con renovación cada 6 meses. Guante: cubierto entre 60€ y 120€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses.	Cojines antiescaras: solo lo cubre la Sanidad en lesiones medulares.
ASTURIAS	Inicial: coste 100%. Fija (silicona): cubre 156,26€ y son renovables cada dos años.	Sillas de ruedas: la Sanidad cubre entre 234€ y 420€. Renovables entre 18 y 24 meses. Todas recuperables. Muletas: cubierta entre 9,20€ y 12,26€. Con una aportación fija del usuario de 12€ y con carácter recuperable y renovable cada 12 meses.	Transporte sanitario no urgente: Está cubierto al 100%, para tratamiento. Son ambulancias comunitarias que van entre pueblos y tardan muchísimo. Desde los hospitales no se ofrece a los pacientes, pero cuando lo solicitan sí lo conceden. Cuando es para rehabilitación, quimio o radio, no se exige que tengan movilidad reducida, sino que entra como causa sanitaria. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: se pagan las dietas y parte del transporte, con un máximo de 35 €/día, siempre y cuando no se pueda hacer tratamiento en la propia comunidad. No se paga nada de alojamiento.		Manguitos: la Sanidad paga entre 90€ y 138€, con una aportación fija del usuario de 30€ y con renovación cada 6 meses. Guante: cubierto entre 60€ y 120€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses.	Cojines antiescaras: solo lo cubre la Sanidad en lesiones medulares.

CCAA	% CUBIERTO DE PRÓTESIS DE MAMA	% CUBIERTO DE SILLAS DE RUEDAS Y MULETAS	% CUBIERTO DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE PARA TTO	% CUBIERTO DE PRODUCTOS SOPORTE CAPP	% CUBIERTO VENDAS Y MANGUITOS PARA LINFEDEMA	OTROS	
CANTABRIA	Inicial: coste 100%. Fija (silicona): cubre 156,26€ y son renovables cada dos años.	Sillas de ruedas: la Sanidad cubre entre 234€ y 420€. Renovables entre 18 y 24 meses. Todas recuperables. Muletas: cubierta entre 9,20€ y 12,26€. Con una aportación fija del usuario de 12€ y con carácter recuperable y renovable cada 12 meses.	Transporte sanitario no urgente: cubierto al 100% para pacientes con movilidad reducida y/o causa sanitaria. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: la Sanidad Cantábrica cubre los desplazamientos que se realicen a más de 50 km de los límites de la CCAA. Se cubrirá el coste del billete de autobús o ferrocarril, ó 0,10€/km si el desplazamiento se realiza en coche propio. Respecto al alojamiento, se cubrirá un máximo de 40€ por persona y día, y 12€ de manutención por persona y día. La cuantía máxima son 700€ al mes. Acompañantes cubiertos solo para pacientes menores de 18 años, mayores de 65 años o con necesidad clínica acreditada.			Manguitos: la Sanidad paga entre 90€ y 138€, con una aportación fija del usuario de 30€ y con renovación cada 6 meses. Guante: cubierto entre 60€ y 120€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses.	Cojines antiescaras: solo lo cubre la Sanidad en lesiones medulares.
CASTILLA LA MANCHA	Inicial: coste 100%. Fija (silicona): cubre 156,26€ y son renovables cada dos años.	Préstamo cuando es para rehabilitación. Si no, sillas de ruedas: la Sanidad cubre entre 234€ y 420€. Renovables entre 18 y 24 meses. Todas recuperables. Muletas: cubierta entre 9,20€ y 12,26€. Con una aportación fija del usuario de 12€ y con carácter recuperable y renovable cada 12 meses.	Transporte sanitario no urgente: coste 0€. Solo para movilidad reducida o causa sanitaria. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA o de la provincia: coche propio: 0,19€ por Km. Máximo 1 año. Alojamiento por traslado de CCAA: 30€ por persona y día. Manutención: 4,50€ por comida. Por un máximo de 585€ por persona y periodo.	Coste 0%. Ahora cambios pero no está claro.	Manguitos: la Sanidad paga entre 90€ y 138€, con una aportación fija del usuario de 30€ y con renovación cada 6 meses. Guante: cubierto entre 60€ y 120€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses.	Cojines antiescaras: solo lo cubre la Sanidad en lesiones medulares.	
CATALUÑA	Inicial: si se cubrirían pero parece que han dejado de hacerlo. Fija (silicona): máximo 161-185€, se pueden solicitar a los 24 meses de la operación.	Con receta médica y autorización del hospital. Sillas: financiada por la Sanidad entre 240€ y 306€, renovables cada 36 meses. Muletas: cubierto por la Sanidad entre 44€ y 54€, con una aportación fija del usuario de 12€, renovable cada 36 meses.	Transporte sanitario no urgente: para tratamiento de radioterapia y quimioterapia, coste 0€ ya que entra como causa sanitaria. Dependiendo de la región, siempre dentro de la CCAA, también pueden costear taxis. Solo teniendo en cuenta movilidad reducida o causa sanitaria. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: No disponemos de la información detallada pero el transporte a otras CCAA sí está cubierto. No es un servicio que se solicite mucho por falta de demanda.	Complementos nutricionales coste 0€.	Si la paciente es tratada en el Hospital el coste es 0€. Maguito: la sanidad cubre desde 70€ hasta 233€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses. Guante: la sanidad cubre entre 44€ y 146€. Con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses.	Prótesis capilares, cremas hidratantes para los tratamientos de radioterapia, tratamiento odontológico post-tratamiento quimio/radio y sujetadores tras mastectomía, coste 100% a cargo del paciente. Cojines antiescaras: cubierto entre 36€ y 618€, con una aportación fija del usuario de 30€. Renovables cada 36 meses.	

CCAA	% CUBIERTO DE PRÓTESIS DE MAMA	% CUBIERTO DE SILLAS DE RUEDAS Y MULETAS	% CUBIERTO DE TRASPORTE SANITARIO NO URGENTE PARA TTO	% CUBIERTO DE PRODUCTOS SOPORTE CCP	% CUBIERTO VENDAS Y MANGUITOS PARA LINFEDEMA	OTROS
CASTILLA Y LEÓN	Iniciales: coste 100%. Fija: la cubre un máximo de 156,26 € y la pueden renovar cada 2 años.	Préstamo gratuito de sillas de ruedas y andadores (también camas articuladas). Si no, se cubre un máximo de entre 234€ y 420€, renovables entre 18 y 24 meses y con carácter recuperable. Muletas: la Sanidad cubre entre 9,20€ y 12,26€, con una aportación fija del usuario de 12€, renovables cada 12 meses y con carácter recuperable.	Transporte sanitario no urgente: coste 0€ para pacientes con movilidad reducida o causas sanitarias. Entre pueblos son comunitarias. Solo teniendo en cuenta criterios médicos (no económicos, sociales, etc.). Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA o de la provincia: en cuanto al transporte, se subvenciona el importe que resulte de multiplicar el número de kilómetros del trayecto realizado, por 0,07 €. Destinado a pacientes y familiares. En cuanto a las ayudas por manutención (dietas): se cubren 5 € al día. Ayudas por alojamiento: desplazamientos realizados a otra provincia, distinta a la de su residencia, para consulta o tratamiento en régimen ambulatorio, y que permanezcan durante dos o más días consecutivos en la misma. Para paciente (sin ingreso hospitalario) y acompañante: excepto ingreso hospitalario, se cubren 18 € al día.	Coste 0€ por donación de otros enfermos o laboratorios a las UCP. Si no hay existencias se paga coste 0€ o 40% dependiendo si son pensionistas o activos.	Manguito: ayuda entre 90,15€ y 138,23€, aportación fija del usuario 30,05€. Todas renovables cada 6 meses. Guante: cubierto por la Sanidad entre 60€ y 120€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses.	Cojín antiescaras: cubierto por la Sanidad solo para lesiones medulares.
COMUNIDAD VALENCIANA	Inicial: coste 100%. Fijas: ayuda máxima de 143€, renovables cada 2 años.	Sillas de ruedas: la Sanidad cubre entre 174,29€ y 488,63€. Renovables cada 36 meses. Muletas: solo están cubiertas un modelo para niños, 3,98€ y otra con apoyo axilar, 19,59€, con una aportación fija del usuario de 12€.	Transporte sanitario no urgente: cubierto al 100% para pacientes con movilidad reducida y/o causa sanitaria. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA o dentro: Respecto al desplazamiento, se cubre tren, autobús o vehículo propio, 0,07€ por km. Manutención: 5€ por persona y día. Alojamiento: 18€ por persona y día. Acompañantes cubiertos solo en pacientes menores de 18 años o con necesidades clínicas acreditadas.		Manguitos: la Sanidad paga entre 26€ y 102€, con una aportación fija del usuario de 30€ y con renovación cada 12 meses. Guante: cubierto entre 51€ y 77€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 12 meses.	Cojines antiescaras: solo es cubierto por la Sanidad en lesiones medulares. Prótesis capilares (pelucas): cubiertas para menores de edad, por tratamiento oncológico, con un importe máximo de 510€, renovables cada 24 meses.

CCAA	% CUBIERTO DE PRÓTESIS DE MAMA	% CUBIERTO DE SILLAS DE RUEDAS Y MULETAS	% CUBIERTO DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE PARA TTO	% CUBIERTO DE PRODUCTOS SOPORTE CCPP	% CUBIERTO VENDAS Y MANGUITOS PARA LINFEDEMA	OTROS
EXTREMADURA	<p>Inicial: coste 100%. Fijas: ayuda máxima de 156,26€, cada 2 años.</p>	<p>Sillas de ruedas: la Sanidad cubre entre 234€ y 420,62€. Todos los pagos se abonan por la Sanidad con carácter retroactivo. Renovables entre 18 y 24 meses y con carácter recuperable. Muletas: cubierta entre 9,20€ y 12,26€. Con una aportación fija del usuario de 12€ y con carácter recuperable y renovable cada 12 meses.</p>	<p>Transporte sanitario no urgente: coste 0€. Para pacientes con movilidad reducida o causas sanitarias. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: pago de km (0,078€ por km), billetes de transporte público (cubierto 100%). Manutención: para familiares, 2,50€. Alojamiento: 10,17€ al día o deriva a una ONG.</p>	<p>Coste 0€ si son pensionistas y 40% si están en activo.</p>	<p>Manguitos: la Sanidad paga entre 90€ y 138€, con una aportación fija del usuario de 30€ y con renovación cada 6 meses. Guante: cubierto entre 60€ y 120€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses.</p>	<p>Cremas y los geles para pieles radiadas que no bajan de los 40€ el paciente costea el 100%. Cojines antiescaras: solo es cubierto por la Sanidad en lesiones medulares.</p>
GALICIA	<p>Inicial: coste 100%. Fija: se cubre un máximo de 166€. Renovables una vez al año.</p>	<p>Sillas de ruedas: Se dotan mediante préstamos. Si no, se cubre un máximo entre 288€ y 416€, renovables cada 24 o 48 meses. Muletas: la Sanidad cubre entre 9€ y 32€, con una aportación fija del usuario de entre 9€ y 12€, renovables cada 18 meses.</p>	<p>Transporte sanitario no urgente: Coste 0€. Para pacientes con movilidad reducida o causas sanitarias. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA o dentro: para trayectos de más de 25 Km., cubre por Km. 0.19 Km.</p>	<p>Coste: 100%, excepto las personas hospitalizadas: coste 0€. El resto Antieméticos, antidiarreicos: coste 40% Activos, 0% Jubilados (solo los que entran en catálogo).</p>	<p>Manguitos: la Sanidad cubre entre 63€ y 198€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 12 meses. Guantes: la Sanidad cubre entre 126€ y 155€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses.</p>	<p>Pelucas, cremas para radio y quimioterapia, complementos alimenticios y medicamentos más específicos de CCPP: coste 100%. Cojines antiescaras: solo es cubierto por la Sanidad en lesiones medulares.</p>

CCAA	% CUBIERTO DE PRÓTESIS DE MAMA	% CUBIERTO DE SILLAS DE RUEDAS Y MULETAS	% CUBIERTO DE TRASPORTE SANITARIO NO URGENTE PARA TTO	% CUBIERTO DE PRODUCTOS SOPORTE CCPP	% CUBIERTO VENDAS Y MANGUITOS PARA LINFEDEMA	OTROS
ISLAS BALEARES	<p>Inicial: coste 100%. Fija: se cubre un máximo de entre 182€ y 200€. Renovables cada 24 meses.</p>	<p>Sillas de ruedas: Se cubre un máximo de entre 290€ y 380€. Renovables cada 36 meses. Muletas: se cubre entre 17€ y 24€, con una aportación máxima de entre 5€ y 12€. Renovables cada 36 meses y con carácter recuperable.</p>	<p>Transporte sanitario no urgente: coste 0€, para movilidad reducida y causas sanitarias. Los pacientes oncológicos están haciendo uso del servicio sin problemas.</p> <p>Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: el Servicio de salud de Baleares paga el transporte aéreo entre islas (de las más pequeñas hasta Mallorca) o de las islas a la península, de un paciente y un acompañante (cuando es autorizado), siempre que sean residentes, sino, solo se cubre el 50%. Desde principios de año el pago ya no lo hacen inmediato, sino que se les reembolsa el importe a los pacientes en un plazo de un año y medio aproximadamente. En los últimos 10 meses ha habido dos periodos de unos dos o tres meses en los que el servicio aéreo gratuito ha estado cortado por lo impagos del Ib-Salut a las agencias de viajes, en estos, la aecc ha cubierto este servicio mediante ayudas económicas.</p> <p>El transporte terrestre también está cubierto: 24€ semanales por persona en concepto de desplazamiento cuando es dentro de la CCAA. Alojamiento: 36€ al día. Manutención: entre 7€ y 14€ al día (dependiendo si tiene que pernoctar o no). El Ib-Salut tiene una demora de un año y medio para reembolsar estos gastos a los pacientes. Esto provoca una fuerte demanda a la aecc en estos conceptos, ya que existe un elevado nº de pacientes que no puede desembolsar estos gastos. A ello se suma que los pisos de acogida de la aecc en Mallorca están muy saturados y se otorgan un gran nº de ayudas en concepto de alojamiento (a pesar de que también se intenta derivar a los pisos que tiene la Asociación de padres de niños oncológicos en Mallorca).</p> <p>En el caso de extranjeros sin documentación regularizada, el tratamiento se les está dando, pero no se les cubre ningún gasto por desplazamiento.</p>		<p>Manguitos: la Sanidad cubre entre 130€ y 191€, con una aportación fija del usuario de 30€, renovables cada 6 meses.</p> <p>Guañtes: la Sanidad cubre 100€ y 152€, con una aportación fija de 30€ y renovables cada 6 meses.</p>	<p>Cojines antiescaras: solo es cubierto por la Sanidad en lesiones medulares.</p>

CCAA	% CUBIERTO DE PRÓTESIS DE MAMA	% CUBIERTO DE SILLAS DE RUEDAS Y MULETAS	% CUBIERTO DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE PARA TTO	% CUBIERTO DE PRODUCTOS SOPORTE CAPP	% CUBIERTO VENDAS Y MANGUITOS PARA LINFEDEMA	OTROS
ISLAS CANARIAS	Inicial: coste 100%. Fija: se cubre un máximo de 160€, renovables cada 18 meses.	Sillas de ruedas: Se cubre un máximo de entre 246€ y 740€, renovables cada 24 o 36 meses y con carácter recuperable. Muletas: se cubre entre 7€ y 42€, con una aportación fija del usuario de 12€, renovables cada 36 meses, con carácter recuperable.	Transporte sanitario no urgente: coste 0€, pero solo para movilidad reducida y causas sanitarias. Los pacientes oncológicos están haciendo uso del servicio sin problemas en la JP de Las Palmas. En la JP de Tenerife, a los pacientes oncológicos del sur de la isla se les deniega sistemáticamente su solicitud de transporte sanitario no urgente para trasladarse al hospital para recibir el tratamiento de radioterapia (a una distancia de 100km). Ante esta situación, la JP de Tenerife ha asumido el traslado diario de estos pacientes. El gasto total de carburante oscila en torno a 150,00€ semanales. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: el traslado a otra isla o CCAA se subvenciona tanto para el paciente como para el familiar. En cuanto al alojamiento: se cubre un máximo de 20€ al día por persona. La manutención no se cubre.		Manguitos: la Sanidad cubre entre 61€ y 105€, con una aportación fija de 30€ y renovables cada 8 meses. Guañtes: la Sanidad cubre entre 55€ y 92€, con una aportación fija de 30€ y renovables cada 8 meses.	Cojines antiescaras: solo es cubierto por la Sanidad en lesiones medulares.
LA RIOJA	Inicial: coste 100%. Fija: cubren un máximo de 156,26€. Cada 24 meses.	Sillas de ruedas: la Sanidad cubre entre 234€ y 420€. Renovables entre 18 y 24 meses. Todas recuperables. Muletas: cubierta entre 9,20€ y 12,26€. Con una aportación fija del usuario de 12€ y con carácter recuperable y renovable cada 12 meses.	Transporte sanitario no urgente: coste 0€, para movilidad reducida y causas sanitarias. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA o dentro: respecto al desplazamiento, la Sanidad cubre el billete de autobús o ferrocarril o 0,10€ por km. Respecto a la manutención, se cubre 7€ por persona y día, y el alojamiento, se cubre un máximo de 36€ por persona y día. Cada 15 días la Sanidad cubre un máximo de 600€ por paciente (incluyendo al acompañante cuando se necesario).	Cubierto en el 90% para jubilados y en el 60% para activos.	Manguitos: cubierto entre 90-138€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses. Guañte: cubierto entre 60-120€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses. Vendas: coste 100%.	Cojín antiescaras: solo es cubierto por la Sanidad en lesiones medulares.
MADRID	Inicial: coste 100%. Fija: cubren un máximo de 156,26€. Cada 24 meses y con un retraso de entre 1 año y dos.	En la silla básica la Sanidad cubre 337€. Se renueva cada 18 meses y tiene carácter recuperable. En la silla plegable de aluminio la Sanidad cubre 420€ y se renueva cada 24 meses y también recuperable. Muletas: cubierta entre 9€ y 12€, con una aportación fija del usuario de 12€, renovables cada 12 meses y recuperables.	Transporte sanitario no urgente: coste 0€ para las personas con imposibilidad para el uso de transporte ordinario por imposibilidad física u otras causas médicas. Si el oncólogo prescribe la necesidad de ambulancia el coste es 0€ (dentro de las CCAA) aunque están empezando a pedir que se pague la mitad del coste de la ambulancia para el traslado del hospital a domicilio. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: no disponemos de la información.	Coste 0€ de los batidos y dietas específicas.	Manguitos: cubierto entre 90-138€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses. Guañte: cubierto entre 60-120€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses. Vendas: coste 100%.	Cremas y geles de radio y quimioterapia, las pelucas, camas articuladas, colchones, grúas, corsés, etc.: coste 100%. Cojín antiescaras: solo es cubierto por la Sanidad en lesiones medulares.

CCAA	% CUBIERTO DE PRÓTESIS DE MAMA	% CUBIERTO DE SILLAS DE RUEDAS Y MULETAS	% CUBIERTO DE TRASPORTE SANITARIO NO URGENTE PARA TTO	% CUBIERTO DE PRODUCTOS SOPORTE CAPP	% CUBIERTO VENDAS Y MANGUITOS PARA LINFEDEMA	OTROS
MURCIA	Inicial: coste 100%. Fija: cubren un máximo de 156,26€. Cada 24 meses y con un retraso de entre 1 año y dos.	Sillas de ruedas: la Sanidad cubre entre 234€ y 420€. Renovables entre 18 y 24 meses. Todas recuperables. Muletas: cubierta entre 9,20€ y 12,26€. Con una aportación fija del usuario de 12€ y con carácter recuperable y renovable cada 12 meses.	Transporte sanitario no urgente: cubierto al 100%, en ambulancias comunitarias y solo para movilidad reducida o causas sanitarias. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: en ferrocarril, autobús o coche propio (0,14€ por Km). Para paciente y acompañante. Manutención: máximo 15€. Alojamiento: máximo 25€.		Manguitos: cubierto entre 90-138€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses. Guante: cubierto entre 60-120€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses. Vendas: coste 100%.	Cojín antiescaras: solo es cubierto por la Sanidad en lesiones medulares.
NAVARRA	Inicial: coste 100%. Fija: cubren un máximo de 156,26€. Cada 24 meses.	Sillas de ruedas: la Sanidad cubre entre 288€ y 570€. Renovables entre 18 y 36 meses. Todas recuperables. Muletas: cubierta entre 30€ y 54€. Con una aportación fija del usuario de 12€ y con carácter recuperable y no renovables.	Transporte sanitario no urgente: cubierto al 100%, solo para movilidad reducida o causas sanitarias. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: en ferrocarril, autobús o coche propio (importe que resulte de multiplicar el número de trayectos que sea necesario realizar para recibir la asistencia sanitaria, por la tarifa de transporte regular de ferrocarril en segunda clase o del servicio normal en autobús). Alojamiento y manutención en régimen ambulatorio: 24€ por persona y día, con un máximo de 360€ por cada 15 días de pernocta (incluyendo al acompañante). Acompañante en los casos de pacientes menores de 14 años o con causas clínicas justificadas.		Manguitos: cubierto entre 120-156€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses. Guante: cubierto entre 72-144€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses. Vendas: coste 100%.	
PAÍS VASCO	Inicial: coste 100%. Fija: se cubre un máximo de 160€, renovables cada 30 meses.	Sillas de ruedas: cubierta entre 250-350€ en las básicas. Renovables cada 36 meses y con carácter recuperable. Muleta (bastón): cubierta en un máximo de entre 9€ y 40€, con aportación fija del usuario de 12€, renovables cada 36 meses.	Transporte sanitario no urgente: Coste 0€, para pacientes con movilidad reducida o causas sanitarias; aunque están poniendo cada vez más pegadas a cubrir el traslado del hospital al domicilio, ya que actualmente se está cubriendo solo en casos muy específicos. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: El traslado entre provincias dentro de la CCAA no se cubre, en el caso de traslado a otra CCAA sí se cubre; en cuanto a la manutención, se cubre 20€/día y 40€/día para alojamiento. Para familiar solo se cubre cuando son menores de edad o el paciente esté imposibilitado para moverse puntualmente o definitivamente.	Coste 0€.	Manguitos: cubierta entre 200-275€, con una aportación fija del usuario de 30€, renovables cada 10 meses. Guante: cubierto entre 130-250€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 10 meses. Venda: coste 100%.	Cojines antiescaras: cubierto entre 145-525€ (dependiendo del material), con una aportación fija del usuario de 30€, renovables entre 18 y 36 meses.
CEUTA Y MELILLA	Inicial: coste 100%. Fija (silicona): cubre 156,26€ y son renovables cada dos años.	Sillas de ruedas: la Sanidad cubre entre 234€ y 420€. Renovables entre 18 y 24 meses. Todas recuperables. Muletas: cubierta entre 9,20€ y 12,26€. Con una aportación fija del usuario de 12€ y con carácter recuperable y renovable cada 12 meses.	Transporte sanitario no urgente: cubierto al 100%, solo para movilidad reducida o causas sanitarias. Ayudas para transporte, manutención y alojamiento fuera de la CCAA: se cubre los traslados en transporte regular. 15€ al día de alojamiento y 10€ al día de manutención (información no confirmada oficialmente).		Manguitos: la Sanidad paga entre 90€ y 138€, con una aportación fija del usuario de 30€ y con renovación cada 6 meses. Guante: cubierto entre 60€ y 120€, con una aportación fija del usuario de 30€ y renovables cada 6 meses.	Cojines antiescaras: solo lo cubre la Sanidad en lesiones medulares.

Nota 1: la información relativa a las Autonomías ha sido aportada por las profesionales de Trabajo Social (TS) (menos Almería, Cuenca y Murcia) de las respectivas Juntas Provinciales: Andalucía- Almería (Mercedes Río-Médica), Aragón- Huesca (Dolores Rodriguez), Asturias (Marta García- TS), Castilla la Mancha- Cuenca (Carmen Barambio- Presidenta), Cataluña- Barcelona (Eva Frechilla- TS), Castilla y León- Valladolid (Vanessa Diego- TS), Extremadura- Badajoz (Rocío Contreras- TS), Galicia- Pontevedra y La Coruña (Pablo López- TS y Paula Romero-TS), , Islas Baleares-Mallorca e Ibiza (Yanina Paglioni-TS y Francisco Naranjo), Islas Canarias- Tenerife y Las Palmas (Yolanda Yanes-TS, Carmen Gloria Sicilia-TS, Marta Cala-TS, Lucía Trujillo-TS y María Rodríguez-TS), La Rioja (Ariane Juan Higuera- TS), Madrid (Begoña de Cevallos- TS, Marta Escudero-TS), Murcia (M^a Ángeles Romero-Gerente), Navarra (Eva Roque- TS), País Vasco- Guipúzcoa (Josune Alkain, Ana Ruiz y Olaia Duarte – TS).

Nota 2: Toda la información ha sido contrastada y ampliada con la documentación oficial correspondiente desde Sede Central, excepto el apartado “% cubierto de soporte de CCPP” en el que la información ha sido aportada exclusivamente por los profesionales de las diferentes JJPP sin haberse podido contrastar con documentación oficial, por la dificultad en acceder a estos documentos.

4.2. ACTUACIÓN DE LA aecc EN AYUDAS SOCIALES

Prótesis de mama:

Existe una distinción entre **prótesis iniciales** (de primera puesta o de algodón) y **prótesis fijas** (de silicona). Las **prótesis iniciales** son cubiertas al 100% tan solo en Andalucía (ya que las administra el centro hospitalario). En Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña (antes sí, pero parece que ahora ha dejado de cubrirse), Castilla y León, Castilla la Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia,

Islas Baleares, Islas Canarias, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla, el paciente debe costearse el 100%. Su precio (PVP) ronda los 20€. La **aecc** ofrece gratuitamente estas prótesis iniciales gracias al convenio establecido con Anita y Amoena.

Las **prótesis fijas** son cubiertas prácticamente en el 100% de las CCAA estudiadas aportando un importe de entre 143€ y 200€. En todas las CCAA son renovables cada 2 años, excepto Galicia que las renueva una vez al año, Islas Canarias cada 18 meses y País Vasco que las renueva cada 30 meses. Su PVP oscila los 160-200€.

Sillas de ruedas y muletas:

Respecto a las **sillas de ruedas**, al menos en Andalucía, Castilla la Mancha, Castilla y León y Galicia, la Sanidad pública ofrece un servicio gratuito de préstamo a los pacientes. En el total de las CCAA estudiadas (Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Castilla la Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, Islas Canarias, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla), la Sanidad Pública cubre un alto porcentaje del coste, pero aportando hasta un máximo, dependiendo del modelo de silla, de entre 174 y 740€. Una vez terminada la necesidad, es común que tengan carácter recuperable. Suelen ser renovables cada 18, 24, 36 o 48 meses.

En relación a las **muletas**, todas las CCAA cubren entre 8,35€ y 54€ (en Comunidad Valenciana entre 3,98€ y 19,59), con una aportación fija del usuario de entre 5€ y 12€ (menos Andalucía que no cuenta con aportación fija), renovables cada 12, 18, 24 o 36 meses, menos Andalucía y Navarra que no las renuevan. En muchos casos la aportación fija del usuario es igual o superior al PVP por lo que no es una ayuda que se esté concediendo. Algunos hospitales o centros de salud sí cuentan con servicio de préstamo. La **aecc** cubre, mediante ayudas económicas o préstamos, la adquisición de estos materiales, siempre que provenga la demanda de pacientes con necesidades económicas.

Transporte:

Actualmente, en el 100% de las CCAA estudiadas se cubre de forma completa la prestación de **transporte sanitario no urgente**.

El requisito de acceso es el de tener movilidad reducida o causas sanitarias que impidan al paciente trasladarse de forma autónoma. En todas las CCAA entra la quimioterapia y la radioterapia como tratamientos incluidos en la prestación.

Algunas CCAA son más restrictivas que otras en cuanto a si un paciente oncológico puede considerarse o no que cumple con causas sanitarias para acceder a la prestación, ya que la movilidad reducida no es muy común en los pacientes oncológicos. Hasta hace pocos meses, casi en la totalidad de los casos, no existía problema alguno, pero en el último tiempo, son varias las CCAA que ya están detectando serios problemas con respecto al aumento de denegaciones de la prestación a pacientes oncológicos, por falta de recursos materiales y humanos de la Sanidad y por no cumplir con el requisito de movilidad reducida. Esto supone que la demanda de la **aecc** está viéndose aumentada en algunas CCAA.

Con respecto a las **ayudas para transporte, manutención y alojamiento**, al menos, en 18 de las 19 CCAA estudiadas sí se cubre el **traslado** a otras CCAA por razones médicas (Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Castilla la Marcha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, Islas Canarias, La Rioja, Murcia, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla), el billete de transporte ordinario y en clase media completo o la gasolina de vehículo propio, entre 0,07 y 0,19€ el km.

En cuanto a la **manutención**, al menos en 13 de las CCAA estudiadas (Aragón, Asturias, Castilla la Marcha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Islas Baleares, La Rioja, Murcia, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla) sí se cubre entre 2,50€ y 20€, dependiendo de la CCAA.

En cuanto al **alojamiento**, en al menos 15 de las CCAA estudiadas (Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Islas Baleares, Islas Canarias, La Rioja, Murcia, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla) sí se cubre, entre 10€ y 40 € del importe, dependiendo de la CCAA.

Al menos 5 de las CCAA estudiadas (Castilla la Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia y La Rioja), cuentan con la prestación de traslado, manutención y alojamiento también para casos que tengan que trasladarse dentro de la propia CCAA, el problema que nos encontramos son las demoras y los colapsos del servicio.

Actualmente, la **aecc** está cubriendo mediante ayudas económicas y los pisos y residencias de los que dispone, todos los conceptos que no está cubriendo la Sanidad Pública. Por ello, es fácil prever que aumente la demanda en el momento en el que se recorten o modifiquen las prestaciones. Solo la JP de Tenerife cuenta con un vehículo propio para cubrir los traslados de los pacientes que no sin prestación sanitaria.

Productos de soporte de Cuidados Paliativos (CCPP):

Los alimentos más comunes para enfermos paliativos son dietas específicas, los complementos alimenticios, batidos, antidiarreicos, etc. Al menos en Castilla la Mancha y País Vasco, la sanidad pública cubre el 100%. En Andalucía, Extremadura, Castilla y León, La Rioja y Galicia, la Sanidad Pública cubre el 100% o el 40%, dependiendo si el paciente es jubilado o está en activo. En al menos el 20% de las CCAA (Madrid y Cataluña) solo se cubren las dietas específicas. En Castilla y León también existe la cobertura total y gratuita, ya que cuentan con medicamentos por donaciones y convenios con laboratorios, hasta agotar existencias.

La **aecc**, mediante ayudas económicas individuales, puede cubrir estos gastos a los pacientes con necesidades económicas.

Vendas y manguitos de linfedema:

Respecto a los **manguitos** para la prevención del linfedema, la Sanidad Pública cubre diferentes porcentajes. Todas las CCAA cubren entre 70€ y 283€, menos Cataluña que cubre entre 60€ y 283€ (la Comunidad Valenciana cubre entre 26€ y 102€). En todas las CCAA el paciente debe abonar una cantidad fija de 30€, menos en Andalucía que no existe aportación fija. El PVP oscila entre 130€ y 270€, dependiendo de las características y la CCAA. Los manguitos son renovables cada 6 meses, menos en Andalucía, Comunidad Valenciana y Galicia que se renuevan una vez al año, Islas Canarias cada 8 meses y en el País Vasco cada 10 meses.

En cuanto a los **guantes de compresión**, la Sanidad financia en todas las CCAA entre 44€ y 250€, oscilando mucho entre CCAA. La prestación es renovable cada 6 meses, menos en Andalucía y Comunidad Valenciana que es una vez al año, en Islas Canarias cada 8 meses y País Vasco que es cada 10 meses. En todas las CCAA, menos Andalucía, **el paciente tiene que realizar una aportación fija de 30€.** El PVP aproximado es 110€. En el caso de las **vendas** (4€ aproximadamente por rollo), el gasto no es cubierto en ninguna de las CCAA estudiadas. La **aecc** cubre esta demanda y los porcentajes no cubiertos mediante ayudas económicas individuales.

Otros:

En el 100% de las CCAA estudiadas **los pacientes deben costear el 100%** de algunos productos de extrema necesidad para un paciente de cáncer: pelucas, cremas y geles para pieles radiadas (quimio y radioterapia), sujetadores para mujeres mastectomizadas, tratamientos odontológicos tras quimio y radioterapia, medicamentos más específicos en CCPP, camas articuladas, colchones antiescaras, grúas, corsés, etc. Solo en la Comunidad Valenciana la Sanidad cubre las pelucas de los menores oncológicos, con un importe máximo de 510€ y renovables cada 24 meses.

Demandas como las pelucas, cremas y geles, transporte-desplazamiento y dietas de manutención son de las demandas más comunes que se reciben en la **aecc**.

Los **cojines antiescaras** tampoco son cubiertos por la Sanidad de ninguna CCAA ya que solo son financiados en casos de lesiones medulares, excepto en País Vasco y Cataluña (su PVP oscila entre 100-350€).

➤ **Conclusión: existe una alta variabilidad en las condiciones en las que se dan las prestaciones** analizadas en función de las comunidades autónomas, en el porcentaje de cobertura, en el tiempo de renovación (prótesis) o en el tipo de servicio cubierto (transporte).

Aportaciones de los profesionales de la aecc

- El transporte no urgente en **ambulancia**, en muchas de las CCAA es comunitario y hace recorrido entre pueblos. Esto hace que muchos pacientes que necesitan el servicio no opten a él, ya que requiere invertir mucho tiempo y no existe toda la comodidad que consideran necesaria.
- En cuanto al **transporte sanitario no urgente** está restringido a solo pacientes con movilidad reducida y/o causas sanitarias, no tienen en cuenta necesidades socioeconómicas, factores de gran importancia.
- Los profesionales prevén que el **transporte sanitario no urgente** comience solo a cubrir gratuitamente los traslados de urgencia y los del hospital a casa, dejando el gasto el transporte para tratamiento en manos de los pacientes.
- Mediante el contacto de los profesionales con los pacientes y familiares, estos primeros están detectando un aumento de **falta de información del servicio**, por lo que la demanda a la **aecc** aumenta ya que no son informados de las coberturas que ofrece la sanidad pública.
- En las **Islas Canarias** ya están detectando recortes en los servicios de transporte dentro de cada isla y, más

aún, cuando el paciente tiene que desplazarse de una isla a otra. Estos traslados les suponen al paciente en torno a 60€ semanales. La **aecc**, en estas islas, está cubriendo la demanda por medio de ayudas económicas individuales y con un coche del que dispone la JP (por ejemplo: Tenerife. Con un gasto semanal de 100-150€). Los profesionales prevén que si se producen más recortes, les va a ser imposible cubrir la demanda, tanto logísticamente como económicamente. La causa de las denegaciones de transporte gratuito por parte de la Sanidad es la "falta de problemas de movilidad".

- Respecto al **material ortoprotésico** que cubre la sanidad pública, el pago al paciente, en la gran mayoría de los casos, se hace con carácter retroactivo y el tiempo de espera del paciente para ser reembolsado el gasto es cada vez más largo, llegando a casi un año en muchas CCAA. La **aecc** se está encontrando con una elevada demanda para cubrir estos gastos hasta el reembolso.
- Muchos profesionales de la **aecc** detectan un **incremento en la derivación de los hospitales y demandas particulares** para que cubran los préstamos de material ortoprotésico como camas articuladas, colchones antiescaras, etc.
- Existe una gran preocupación por el tema de la extinción de cobertura sanitaria a la **población inmigrante**, sin documentación y/o cotización, ya que la **aecc** atiende a un gran nº de esta población, especialmente en determinadas comunidades, y se teme que la demanda de este colectivo aumente desorbitadamente.
- Los profesionales detectan un **incremento de demanda en cuanto a las necesidades más básicas de los pacientes**, viéndose obligados a adaptar los recursos que ofrecen las JJPP. Así pues, se ha producido un incremento en las JJPP que ofrecen "banco de alimentos" o establecen convenidos con supermercados.
- La totalidad de los profesionales temen los posibles recortes ya que consideran que **la aecc se vería desbordada** si se enfrenta a dar respuesta a un mayor número de demandas contando con los mismos recursos.

- La totalidad de los profesionales también destacan el **incremento progresivo de la demanda de ayudas económicas** para necesidades derivadas de la enfermedad, debido al empeoramiento de la situación económica general y familiar. Ya se están produciendo dificultades por parte de algunas JJPP para cubrir estas demandas, por lo que se teme la imposibilidad de dar respuesta a las necesidades si estas aumentan.

Toda la información de este apartado ha sido aportada por los profesionales de Trabajo Social de las diferentes Juntas Provinciales de la Asociación Española Contra el Cáncer.

4.3. CONCLUSIONES

- La totalidad de los profesionales consultados destaca el **incremento progresivo de la demanda de ayudas económicas** para necesidades derivadas de la enfermedad, debido al empeoramiento de la situación económica general y familiar. Ya se están produciendo dificultades por parte de algunas JJPP para cubrir estas demandas, por lo que se teme la imposibilidad de dar respuesta a la totalidad de las necesidades si éstas siguen aumentando.
- Es probable que la implantación de algunas de las medidas del Real Decreto-Ley 16/2012 cause un incremento mayor de esta demanda en colectivos de familias vulnerables: inmigrantes, parados, mayores con rentas bajas. La totalidad de los profesionales temen los posibles recortes ya que consideran que **la aecc se vería desbordada** si se enfrenta a dar respuesta a un mayor número de demandas contando con los mismos recursos.

Nota: hoy por hoy, todas las necesidades derivadas de la enfermedad son cubiertas por la sanidad al 100% siempre que la persona esté **hospitalizada** pero ya se está empezando a barajar por algunas

CCAA el cobro de servicios como la restauración en el hospital o asientos reclinables para descanso del familiar acompañante en la habitación.

- Es necesario analizar con detenimiento las carteras de servicios del SNS que se han de publicar en los próximos meses para delimitar el alcance de los cambios propugnados en el Real Decreto-Ley 16/2012.

5. ANÁLISIS SOBRE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y OTROS GASTOS ASOCIADOS

Como hemos visto en el capítulo 2, el RD-Ley modifica las condiciones de la prestación farmacéutica vigentes hasta el momento. Establece nuevos tramos para la aportación del usuario, la obligatoriedad de prescripción por principio activo y de la dispensación del fármaco de precio más bajo y, a igual precio, el genérico. Si bien hay algunas excepciones, ésta será la norma general a aplicar desde el 1 de julio de 2012.

La aportación del usuario incluye tanto la dispensación en farmacia hospitalaria como en farmacias de la calle tras publicación de Real Decreto-Ley 28/2012, de 30 de noviembre, de medidas de consolidación y garantía del Sistema de la Seguridad Social (Disposición final primera).

La mayoría de los pacientes de cáncer en tratamiento de quimioterapia reciben la medicación en el hospital, 100% gratuitos para los pacientes, pero hay algunos tratamientos que son dispensados en las oficinas de farmacia tanto hospitalarias como de la calle (quimioterapia oral) así como los fármacos de soporte (analgésicos, antieméticos, protectores de estómago, etc.) sujetos a aportación del paciente.

Se exponen a continuación dos ejemplos, mujer en activo (CASO 1) y mujer jubilada (CASO 2), de estimación de gasto mensual que puede suponer, en el caso del cáncer de mama (Comunidad de Madrid), el tratamiento de soporte para efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia y de las secuelas de los tratamientos una vez finalizados, así como otros gastos asociados. Se añade, además el gasto para el caso de una paciente de cáncer de mama en tratamiento hormonal y con linfedema (CASO 3) para los mismos supuestos de renta.

Finalmente se incluye un apartado que contextualiza el gasto derivado de una enfermedad oncológica en el marco del gasto mensual de la unidad familiar.

CASO 1 (ver detalle en Anexo 1):

Mujer diagnosticada de cáncer de mama, 55 años, tratamiento con mastectomía, quimioterapia y soporte de antieméticos (metoclopramida), analgésico (ibuprofeno), protector de estómago (omeprazol), laxante (lactulosa) y tratamiento para la mucositis (Scandinibsa® + dexametasona). Durante la quimioterapia sufre alopecia que le hace necesitar una peluca. También recibió radioterapia (necesita crema para piel irradiada y tratamiento de dermatitis aguda post-radioterapia). Vive en un pueblo a 100 km del hospital donde ha de acudir a recibir el tratamiento y necesita transporte. Una vez terminada la quimioterapia se le pauta tratamiento hormonal con (letrozol). A consecuencia de los tratamientos oncológicos desarrolla un linfedema y comienza tratamiento rehabilitador con drenaje linfático y vendas de compresión.

Situación laboral: en activo, tramo de renta IRPF (<18.000€), aportación 40% del PVP del medicamento.

Gasto durante el tratamiento de quimioterapia + radioterapia (8 meses):

- **Gasto en fármacos y productos tratantes dermatitis:** 101,54€
Cataluña (1€ por receta si PVP mayor de 1,67€, tope 61€/año), 43 recetas: 144,54€
- Si añadimos **otros gastos comunes, en el supuesto de no estar cubiertos por el SNS:** transporte para desplazarse al hospital a recibir el tratamiento (público), peluca, prótesis (sobre la base de cobertura de la prótesis mamaria en Madrid y sin incluir la prótesis inicial) y sujetador adaptado: el gasto durante el tratamiento se puede incrementar hasta 1.546,54€.
- Si el **transporte sanitario lo tuviera cubierto por SNS**, con tope de aportación 10€/mes, el gasto total sería: 451,54€

Gasto tratamiento de cáncer de mama HER+ en progresión (metástasis)(farmacia hospitalaria) (6 meses):

Se estima el gasto para supuesto de paciente de cáncer de mama en progresión de su enfermedad y HER+ sobre la base de cálculo de 6 meses de tratamiento (si bien puede ser mucho más prolongado) para una paciente tipo medio superficie corporal.=1,65m² para estimación de dosis de medicación) y con medicación antiemética (ondansetrón y metoclopramida), antidiarreico (loperamida) y protector estomacal (omeprazol).

Se realiza este cálculo a raíz de la normativa que obliga a aportación del usuario para medicación que se dispensa en la farmacia hospitalaria.

- Lapatinib y capecitabina (Xeloda®) más medicamentos para efectos secundarios, gasto: 107,70€
Cataluña (43 recetas): 150,70€

CASO 2 (detalle ver anexo 1):

Mismo diagnóstico, tratamiento y efectos secundarios, 67 años, situación laboral: pensionista, aportación en farmacia 10% PVP del fármaco, tope pago 8€/mes.

Gasto durante el tratamiento de quimioterapia + radioterapia (8 meses):

- **Gasto en fármacos y productos tratantes dermatitis:** 40,67€ (reintegro de gastos de medicación: no necesario).
Cataluña (1€ por receta si PVP mayor de 1,67€), 43 recetas: 83,67€.
- Si añadimos los mismos **gastos comunes** del caso anterior, en el supuesto de no estar cubiertos por el SNS el gasto estimado asciende a: 1.485,67€
- Si el **transporte sanitario lo tuviera cubierto por SNS, con tope de aportación 10€/mes**, el gasto total sería: 390,67€

CASO 3- SUPERVIVIENTES

Activo <18.000€ IRPF

Gasto Post tratamiento (superviviente) (12meses):

Además ha sido diagnosticada de linfedema en extremidad superior con afectación de mano, antebrazo y brazo para lo que necesita tratamiento rehabilitador: drenaje linfático, vendas de compresión, guante y manguito. Duración: de por vida.

- **Gasto en fármacos/mes:** 10,50€. Cataluña (1€ por receta si PVP mayor de 1,67€), gasto/mes: 15,50€.
- **Coste del tratamiento de linfedema** (1/año, 15 sesiones, + 5 sesiones/año de mantenimiento) = 94,63€/mes.
 - Estimación gasto mensual post tratamiento= 115,12€ (fármacos, prótesis (sobre la base de cobertura de la prótesis mamaria en Madrid), sujetador adaptado, tratamiento del linfedema).

Pensionista

Gasto Post tratamiento (superviviente):

- **Gasto en fármacos/mes:** 5,73€ (reintegro de gastos de medicación: no necesario). Cataluña (1€ por receta si PVP mayor de 1,67€), gasto/mes: 10,73€ (excede el tope de 8€ según RDL por lo que el paciente tiene derecho a reintegro).
- **Coste del tratamiento de linfedema** (1/año, 15 sesiones, + 5 sesiones/año de mantenimiento) = 94,63€/mes.
 - Estimación gasto mensual post tratamiento= 110,35€ (fármacos, prótesis (sobre la base de cobertura de la prótesis mamaria en Madrid), sujetador adaptado, tratamiento del linfedema).

GASTO MENSUAL DE LA UNIDAD FAMILIAR

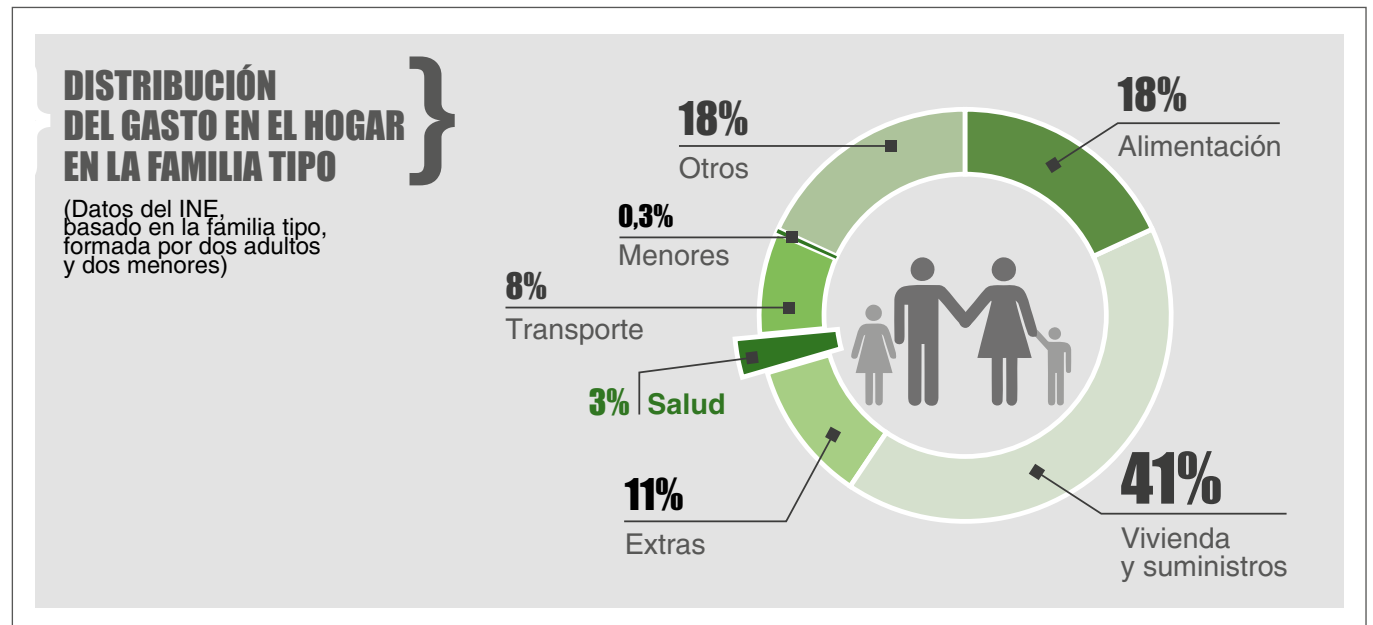
Familia con un único miembro activo, con una renta inferior a los 18.000€/año con un paciente de cáncer en la familia y dos hijos menores de edad. (Datos de referencia: INE 2012):

Los únicos ingresos de la unidad familiar son los que provienen del progenitor que se encuentra en activo cobrando 1.182€ mensuales. Los gastos fijos mensuales son:

- Alimentación: 213€
- Vivienda y suministros: 485€
- Extras: 130€
- Salud: 35 €
- Menores: 4 €
- Transporte: 95€
- Otros bienes y servicios: 213€

NOTA: Este es la distribución de gastos para una familia con unos ingresos anuales de 16.555,02€, dos menores a su cargo, residente en ámbito rural y que no cuenta con ningún miembro enfermo.

- En el caso de que surja la enfermedad en alguno de los miembros, la familia tendrá que aumentar el gasto en salud durante el proceso de enfermedad en un 15% debido al cáncer en los 8 meses que dura el tratamiento **si el transporte no está cubierto**. Esto supone una inversión mensual en salud de un 18% (1.546,54 € de gasto en 8 meses sobre unos ingresos de 10.642,5€ (9 Pagas)).
- En el caso de que **el transporte sí esté cubierto**, su gasto en salud se ampliará en un 4,2% derivado del cáncer durante los 8 meses que dura el tratamiento. Esto supone una inversión mensual en salud de un 7,2% (451,54€ de gasto en 8 meses sobre unos ingresos de 10.642,5€ (en 9 pagas)).



- En caso de que una persona supere la enfermedad (superviviente), tendrá que aumentar de forma permanente el gasto en salud derivado del cáncer en un 8% cada año, lo que supone hasta un total de gasto en salud del 11% en el total de gasto familiar: (1.381,44€ de gasto al año, siendo 115,12€ al mes, sobre unos ingresos anuales de 16.555,02€).

Breve análisis de la situación socioeconómica y familiar en España:

Según la Red Europea de Lucha contra la Pobreza (EAPN-ES), en 2011, el 26,70% de la población española se encontraba en riesgo de pobreza y exclusión social (AROPE)⁽⁶⁾, aumentando un 1,2% con respecto a 2010.

Según datos del INE⁽⁷⁾, el 35,8% de los parados se encuentra en riesgo de pobreza y el 13,3% de los ocupados se encuentra por debajo del umbral de riesgo de pobreza. El porcentaje de personas por debajo del umbral de riesgo de pobreza oscila entre 19,8% si la nacionalidad es española y el 43,5% si su nacionalidad no es de un país de la Unión Europea.

Basándonos en los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida realizada por el INE en 2012⁽⁸⁾, identificamos indicadores de alto riesgo y vulnerabilidad social. Los datos recogidos en esta encuesta son alarmantes, un ejemplo de ello es que 12,7% de los hogares españoles manifiestan llegar a fin de mes con mucha dificultad. Otro dato de especial impacto es que el 44,5% de los hogares no se pueden permitir ir de vacaciones fuera de casa al menos una semana al año y el 40% de los hogares no tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos.

⁽⁶⁾ Nuevas propuestas para nuevos tiempos. Documento de eapn-es / 2012

⁽⁷⁾ INE. Encuesta de Condiciones de Vida. Año 2012. Datos provisionales

⁽⁸⁾ INE. Encuesta de Condiciones de Vida. Año 2012. Datos provisionales

Conclusiones:

- Con esta situación, la **aecc** se encuentra con la demanda de un modelo medio de familia que cobra 16.555€ al año (el INE marca el umbral de riesgo de pobreza en 15.445€ anuales, para hogares compuestos por dos adultos y dos niños⁽⁹⁾), residente en ámbito rural y que deberá asumir unos gastos extras derivados de la enfermedad de:
 - En el caso de que surja la enfermedad en alguno de los miembros, la familia tendrá que aumentar el gasto durante el proceso de enfermedad en salud en un 15%, durante los 8 meses que dura el tratamiento, si el transporte no está cubierto. Invirtiendo un total del **18% de los ingresos en salud**.
 - En el caso de que el transporte sí esté cubierto, su gasto en salud ampliará un 4,2%, durante los 8 meses que dura el tratamiento. Invirtiendo un total del **7,2% de los ingresos en salud**.
 - En caso de que una persona supere la enfermedad (superviviente), tendrá que aumentar de forma permanente el **gasto en salud en un 8% cada año**.
- Es importante destacar que, debido al aumento en el porcentaje de población en riesgo de pobreza y exclusión social, las dificultades familiares para asumir un gasto extra o llegar a fin de mes y la disminución o recorte en prestaciones sociosanitarias, la población española o residente en España que se encuentra en especial riesgo social, verá agravada de forma considerable este riesgo con un diagnóstico de cáncer.
- Cuando una familia con ingresos medios de 1.182€ mensuales se encuentra con uno de sus miembros enfermos de cáncer, **asume una serie de gastos**

⁽⁹⁾ INE. Encuesta de Condiciones de Vida. Año 2012. Datos provisionales

extras que desajustan su economía gravemente, viéndose obligados a reorganizar sus gastos diarios, llegando a tener que reducir en los gastos de primera necesidad, como son la alimentación y la vivienda, o tomar la decisión de no seguir con el tratamiento prescrito por no poder hacer frente a los gastos que supone.

- El gasto más elevado derivado del cáncer se produce en los **8 meses consecutivos al diagnóstico**, cuando se produce el tratamiento, dando lugar a un aumento de su riesgo de pobreza y exclusión social al ser un gasto elevado y concentrado en un periodo relativamente corto de tiempo.
- En el caso de una familia en la que se encuentra una persona **superviviente** de cáncer, el gasto que asume es igualmente elevado si se trata de una familia bajo el umbral de riesgo de pobreza, suponiendo un **gasto sostenido en el tiempo**.
- Por todo lo anterior, desde la **aecc** defendemos la importancia de incluir la **valoración socioeconómica** de la familia y el impacto de la enfermedad en la misma, de una forma profunda y personalizada, además de la evaluación médica, a la hora de la concesión o asignación de las condiciones en las prestaciones sanitarias.
- Con respecto a la **prestación farmacéutica**, no supone, en general, un porcentaje de gasto significativo en el conjunto del gasto asociado al cáncer para un paciente al estar cubierto por el SNS el tratamiento en el hospital y al ser de aportación reducida fármacos más caros como los tratamientos hormonales (ej.: letrozol, anastrozol, exemestano, etc.) o ciertos medicamentos analgésicos como los opioides transdérmicos (fentanilos) (Nota: los nuevos opiodes ej.) TARGIN®, son caros y no son de aportación reducida lo que incrementaría el gasto

para el paciente en casos de dolor severo que necesitara este tipo de fármacos. Estos fármacos no se han contabilizado para los casos analizados).

- **El gasto fundamental durante el tratamiento es el transporte**, especialmente para acudir a las sesiones de radioterapia y con mayor impacto en los pacientes que residen en el ámbito rural.
- **El mayor gasto, en el caso de los supervivientes de cáncer de mama, se produce en el tratamiento de rehabilitación de secuelas crónicas** como el linfedema, que puede llegar a suponer alrededor del 81% del gasto mensual asociado al cáncer.

6. PETICIONES DE LA aecc

Las enfermedades oncológicas afectan en España a más de un millón y medio de ciudadanos. Cada año 200.000 personas son diagnosticadas de cáncer. Ser diagnosticado de cáncer va indisolublemente asociado a un intenso impacto en todos los ámbitos de la vida de la persona; su salud, su trabajo, su entorno familiar y social.

La Asociación Española Contra el Cáncer (aecc) muestra su preocupación ante algunas de las medidas adoptadas 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 por el potencial impacto negativo que pueden tener sobre la calidad de vida de la persona con cáncer y la de su familia así como sobre la prevención y control de la enfermedad.

Con el fin de evitar en todo lo posible un efecto negativo, tanto para las personas afectadas como para la población general, se señalan a continuación aquellos aspectos del Real Decreto-Ley de referencia que mayor compromiso

pueden suponer para la calidad de la atención a los pacientes de cáncer y el control de esta enfermedad y las propuestas de la aecc para evitarlo.

SOBRE LA CONDICIÓN DE ASEGURADO

Se ha de garantizar la continuidad del tratamiento oncológico y el seguimiento una vez finalizado el tratamiento de la enfermedad a todas aquellas personas residentes en España en situación irregular que hayan sido diagnosticadas de cáncer en España y/o estuvieran en tratamiento por cáncer en un centro sanitario español con anterioridad a la entrada en vigor del RD-Ley 16/2012, con especial atención a aquellas personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica/riesgo de exclusión social.

SOBRE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En el desarrollo normativo del RD-Ley 16/2012 se ha de asegurar el mantenimiento en la cartera común básica de servicios asistenciales, como prestaciones con el 100% de financiación pública, y por tanto, no sujeta a aportación del usuario, las siguientes prestaciones:

1. La continuidad de los **programas de cribado poblacional del cáncer, tan efectivos para detectar precozmente la enfermedad, con especial atención** a la implementación y, en su caso, la continuidad y extensión progresiva de los **programas de cribado del cáncer colorrectal** en todas las CCAA. Se continuará trabajando para que el programa de cribado de cáncer de colon se incluya dentro de la Cartera de Servicios Comunes del SNS.
2. La valoración del acceso al **servicio del transporte sanitario no urgente** en función de las necesidades del paciente oncológico.

SOBRE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

1. Determinar **exentos de aportación** a todos los fármacos antineoplásicos relacionados directamente con el tratamiento de una enfermedad oncológica y sujetos a prescripción médica.
2. Considerar de **aportación reducida para los enfermos de cáncer** de todos los fármacos que el enfermo necesite, bajo prescripción médica, para el control del dolor.

SOBRE LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

Es necesario **disminuir la variabilidad interautonómica en la aportación del usuario** en este capítulo de las prestaciones del SNS, tanto en el % de cobertura, como en los periodos de renovación de la prótesis y en el tiempo para el reembolso de gastos.

SOBRE EL REEMBOLSO O REINTEGRO DE APORTACIONES

Es necesario **garantizar el cumplimiento de los plazos** establecidos para el reembolso de los gastos al usuario, que en ningún caso deben exceder los 6 meses, tanto en la prestación ortoprotésica como en la farmacéutica o transporte, y sancionar económicamente en beneficio del paciente y de manera automática a la administración que los incumpla.

SOBRE EL IMPACTO DE LAS MEDIDAS PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS EN LA ATENCIÓN AL CÁNCER

En el plazo de un año desde la entrada en vigor de las distintas medidas contempladas en el RD-Ley 16/2012 y su desarrollo normativo posterior se han de crear las bases

y proveer los recursos necesarios para llevar a cabo una evaluación longitudinal en términos de resultados en salud, gasto para las familias, recursos humanos, listas de espera para procedimientos diagnósticos y terapéuticos teniendo en cuenta los determinantes sociales como la renta, lugar de residencia, etc. **Esta evaluación se ha de incorporar a la evaluación periódica de la Estrategia en Cáncer del SNS.**

7. DOCUMENTACIÓN CONSULTADA

LEGISLACIÓN:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE nº 101, de 20/04/1986).
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (BOE nº 10, de 12/01/2000).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128, de 29/05/2003).
- Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC (BOE nº 264, de 4/11/2003).
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE nº 178, de 27/07/2006).
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. (BOE nº 222, de 16/09/2006).
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE nº 240, de 05/10/2011).
- 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 (BOE, de 24/04/2012).

- Corrección de errores del RD-Ley 16/2012, (BOE nº 116, de 15/05/2012).
- Resolución de 31 de mayo de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se actualiza la cuantía máxima correspondiente a los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida (BOE nº 138, de 9/06/2012).
- Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi (BOPV nº 127, de 29/06/2012).
- Orden SSSI/1640/2012, de 18 de julio, por la que se modifica el Anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, y los anexos I y III del real Decreto 1205/2010, de 24 de septiembre, por el que se fijan las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y para el establecimiento de sus importes máximos de financiación (BOE nº177, de 25/07/2012).
- Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud (BOE nº 197, de 17 de agosto de 2012).
- Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica. (BOE nº265, de 3/11/2012).
- Real Decreto-Ley 28/2012, de 30 de noviembre, de medidas de consolidación y garantía del Sistema de la Seguridad Social (BOE nº289, de 01/12/2012).
- Proyecto de Ley de Medidas Fiscales y Administrativas (BOAsamblea de Madrid, nº92, de 27/11/2012).

- Resolución de 21 de enero de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la cuantía máxima correspondiente a los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, y se actualizan los límites máximos de aportación mensual para los pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. (BOE nº27, de 31 /01/2013).

DOCUMENTOS DEL GOBIERNO:

- Plan Nacional de Reformas (PNR) 2012. <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/0E911A5C-F0F6-490F-8280-1AE0EDC539CE/201830/ECONOMIAProgramaEstabilidad.pdf>

CATÁLOGOS DE PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS:

- Catálogo general de material ortoprotésico. INSALUD 2000.
- Catálogo General de prestación ortoprotésica 2005. Andalucía. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud
- Catàleg de prestacions ortoprotètiques a càrrec del Servei Català de la Salut. 2008. Cataluña. www10.gencat.cat/catsalut/esp/index.htm
- Material ortoprotésico. Catálogo 2003. Galicia. www.sergas.es
- Catálogo general de material ortoprotésico. 2000. Madrid. www.madrid.org/sanidad/
- Catálogo general de material ortoprotésico. Sacyl. www.saludcastillayleon.es/es
- Catálogo general de material ortoprotésico. 2007. País Vasco. www.osakidetza.euskadi.net
- BOJA nº 135 de fecha 26 de noviembre de 1998. www.juntadeandalucia.es/boja/1998/135/d2.pdf

- Servicio de salud de Castilla-La Mancha. www.ses-cam.jccm.es/web1/profHome.do?main=/profesionales/Inspeccion/inspeccionEnlaces.html
- Defensor del usuario del Sistema de salud de Extremadura. www.defensorusuarios.saludextremadura.com/docs/reintegro_de_gastos.pdf

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL

- Informe anual 2011 (recoge también análisis del RD-Ley 2012), publicado 06/06/2012. <http://www.ces.es/>

8. ANEXO – Detalle de Caso analizado (capítulo 5)

- Mujer, 55 años, diagnosticada de cáncer de mama y linfedema.
- Situación laboral: en activo, salario inferior a 18.000 euros/año.

Tratamiento:

- Mastectomía
- Quimioterapia y soporte de antieméticos, analgésico, protector de estómago y tratamiento para la mucositis y estreñimiento.
- Radioterapia (necesita crema para piel irradiada y tratamiento de dermatitis aguda post-radioterapia).
- Post- quimioterapia:
 - tratamiento hormonal 5 años + soporte por efectos secundarios
 - Rehabilitación de linfedema en extremidad superior con afectación de mano, antebrazo y brazo: 1 tratamiento intensivo con drenaje linfático (15 sesiones)/año + 5 sesiones de mantenimiento/año. Duración: de por vida.

Pauta de tratamiento de soporte y cálculo de coste en 8 meses de tratamiento (tramo de renta (<18.000), aportación 40% del PVP del fármaco).

Se realiza el mismo cálculo para supuesto de pensionista, aportación 10% del PVP del fármaco.

CASO 1 – EN ACTIVO

Análisis de las medidas del Real Decreto-Ley 16/2012 en las prestaciones sanitarias y su impacto en el colectivo de pacientes de cáncer
Ca mama (<18.000€ de renta)

MEDICAMENTO Y PRODUCTOS SANITARIOS (EFECTOS SECUNDARIOS) CÁLCULO SOBRE PRECIO MÁS BAJO/GENÉRICO SEGÚN RD-LEY	PVP	APORTACIÓN USUARIO (40%)	GASTO 8 MESES	RECETAS
Protector de estómago (omeprazol) 40MG/28 cápsulas 1 caja 4,64€ dosis 1 pastilla diaria (1 caja/mes)	4,64 €	1,86 €	14,88 €	8
Antiemético (metoclopramida) 10MG/30 comprimidos dosis 1pastilla/8h, 2 cajas /mes (2,54€x2 =5,08€)	5,08 €	2,03 €	16,24 €	16
Analgésico (ibuprofeno) 600MG/40 comprimidos dosis 1pastilla/8h, 1 caja/mes	3,97 €	1,59 €	12,72 €	8
Mucositis- Corticoides (dexametasona) 8 mg /30 comprimidos PVP 23,98€ dosis 8 mg/12h 3 días 6ciclos, 6pastillas /ciclo =36 pastillas (2 cajas=47,96€)	47,96 €	19,18 €	19,18 €	2
Anestésico (SCANDINIBSA®) (mucositis) enjuagues 2%/20MG/1ampolla dosis 1 ampolla/3 semanas (4ampollas 0,87€x4=3,48€)	3,48 €	1,39 €	1,39 €	
Laxante (DUPHALAC®-lactulosa) 10G/50 sobres dosis 1 sobre/12h (1 caja/mes)	4,78 €	1,91 €	15,28 €	8
Dermatitis (FUCIDINE®) crema 30gr duración tto 2 semanas	6,40 €	2,56 €	2,56 €	
Pomadas tratantes radioterapia (Vitalur® NM 200ml) No cubierto por SNS	13,81 €	13,81 €	13,81 €	
Apósito hidrocoloide MEPITEL® 13,70€ (3 unidades), cambio cada 5 días media de duración de la dermatitis 2 semanas. Cubierto por SNS según tramos.	13,70 €	5,48 €	5,48 €	1
TOTAL DURANTE TTO QT+RTP			101,54 €	43
CATALUÑA 1€/RECETA SI PVP >1,67€ TOPE 61€/AÑO			144,54 €	

ORTOPRÓTESIS	PVP	APORTACIÓN USUARIO	GASTO
prótesis de mama PVP desde 166 a 300€ Caso Madrid máx de cobertura 156€ Aportación usuario 10€ unidad x 1/año =10€	166,00 €	10,00 €	10,00 €
sujetador adaptado desde 36,95- 62,95€ Anita 55€ x 2/año =110€	110,00 €	110,00 €	110,00 €
Peluca PVP desde 55 a 300€ Coste medio = 150€	150,00 €	150,00 €	150,00 €
TOTAL			270,00 €

TRANSPORTE	PVP	APORTACIÓN USUARIO	GASTO
Zona rural Transporte al centro sanitario para tratamiento (pueblo a 100Km del hh) promedio de 25€ (bus, tren, coche) ida + vuelta N° de viajes Rtp=25 días (25x25€=625€) N° viajes Qtp=22 días (12 qt +10 pruebas =25€x22días =550€) Total qt + rp= 25+22viajesx25=1175€	25,00 €	25,00 €	1.175,00 €
Transporte sanitario no urgente Cálculo según Orden diciembre 2012(activos y pensionistas es igual). Base de caso:Rtp x 25 sesiones diarias (5 por semana) x 2 viajes/día = 50 viajes (20díasx2viajes/día (40viajes)x5€/viaje(1mes)+-5días x2viajes (10viajes)x5€/viaje) Qtp(6 ciclos x 2 viajes/sesión=12 viajes + 10 días pruebas y consultas, 2viajes/día: 20viajes)=32 viajes 1mes=8viajes x5€ TOTAL viajes: 82		5€/viaje Tope 10€/mes Rtp=20€ (1 mes y 1 sem de tto) Qt=10€/mes x (5 meses tto)	80,00 €
TOTAL TRANSPORTE NO CUBIERTO			1.546,54 €
TOTAL TRANSPORTE SNS			451,54 €

CASO 2 – PENSIONISTA

Análisis de las medidas del Real Decreto-Ley 16/2012 en las prestaciones sanitarias y su impacto en el colectivo de pacientes de cáncer
Ca mama (pensionista)

MEDICAMENTO Y PRODUCTOS SANITARIOS (EFECTOS SECUNDARIOS) CÁLCULO SOBRE PRECIO MÁS BAJO/GENÉRICO SEGÚN RD-LEY	PVP	APORTACIÓN USUARIO (10%)	GASTO 8 MESES	RECETAS
Protector de estómago (omeprazol) 40MG/28 cápsulas 1 caja 4,64€ dosis 1 pastilla diaria (1 caja/mes)	4,64 €	0,46 €	3,68 €	8
Antiemético (metoclopramida) 10MG/30 comprimidos dosis 1pastilla/8h, 2 cajas /mes (2,54€x2 =5,08€)	5,08 €	0,51 €	4,08 €	16
Analgésico (ibuprofeno) 600MG/40 comprimidos dosis 1pastilla/8h, 1 caja/mes	3,97 €	0,40 €	3,20 €	8
Mucositis- Corticoides (dexametasona) 8 mg /30 comprimidos PVP 23,98€ dosis 8 mg/12h 3 días 6ciclos, 6pastillas /ciclo =36 pastillas (2 cajas=47,96€)	47,96 €	4,80 €	9,60 €	2
Anestésico (SCANDINIBSA®) (mucositis) enjuagues 2%/20MG/1ampolla dosis 1 ampolla/3 semanas (4ampollas 0,87€x4=3,48€)	3,48 €	0,35 €	0,35 €	
Laxante (DUPHALAC® -lactulosa) 10G/50 sobres dosis 1 sobre/12h (1 caja/mes)	4,78 €	0,48 €	3,94 €	8
Dermatitis (FUCIDINE®) crema 30gr duración tto 2 semanas	6,40 €	0,64 €	0,64 €	
Pomadas tratantes radioterapia (Vitalur® NM 200ml) No cubierto por SNS	13,81 €	13,81 €	13,81 €	
Apósito hidrocoloide MEPITEL® 13,70€ (3 unidades), cambio cada 5 días media de duración de la dermatitis 2 semanas. Cubierto por SNS según tramos.	13,70 €	1,37 €	1,37 €	1
TOTAL DURANTE TTO QT+RTP			40,67 €	43
CATALUÑA 1€/RECETA SI PVP >1,67€ TOPE 61€/AÑO (43€ EN 8 MESES)			83,67 €	

ORTOPRÓTESIS	PVP	APORTACIÓN USUARIO	GASTO
prótesis de mama PVP desde 166 a 300€ Caso Madrid máx de cobertura 156€ Aportación usuario 10€ unidad x 1/año =10€	166,00 €	10,00 €	10,00 €
sujetador adaptado desde 36,95- 62,95€ Anita 55€ x 2/año =110€	110,00 €	110,00 €	110,00 €
Peluca PVP desde 55 a 300€ Coste medio = 150€	150,00 €	150,00 €	150,00 €
TOTAL			270,00 €

TRANSPORTE	PVP	APORTACIÓN USUARIO	GASTO
Zona rural Transporte al centro sanitario para tratamiento (pueblo a 100Km del hh) promedio de 25€ (bus, tren, coche) ida + vuelta N° de viajes Rtp=25 días (25x25€=625€ N° viajes Qt=22 días (12 qt +10 pruebas =25€x22días =550€) Total qt + rp= 25+22viajesx25=1175€	25,00 €	25,00 €	1.175,00 €
Transporte sanitario no urgente Cálculo según Orden diciembre 2012(activos y pensionistas es igual). Base de caso:Rd x 25 sesiones diarias (5 por semana) x 2 viajes/día = 50 viajes Qt(6 ciclos x 2 viajes/sesión=12 viajes + 10 días pruebas y consultas, 2viajes/día: 20viajes)=32 viajes TOTAL viajes: 82		5€/viaje Tope 10€/mes	80,00 €
TOTAL TRANSPORTE NO CUBIERTO			1.485,67 €
TOTAL TRANSPORTE SNS			390,67 €

**Análisis de las medidas del Real Decreto-Ley 16/2012 en las prestaciones sanitarias y su impacto en el colectivo de pacientes de cáncer
SUPUESTO PACIENTE DE CÁNCER DE MAMA AVANZADO HER+ (MEDICACIÓN DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA)**

FARMACOS - DISPENSACIÓN HOSPITALARIA CÁLCULO SOBRE PRECIO MÁS BAJO/GENÉRICO SEGÚN RD-LEY AR= APORTACIÓN REDUCIDA (4,13€)	PVL PRECIO VENTA LABORATORIO	APORTACIÓN DEL USUARIO (40%)	GASTO/6 MESES	APORTACIÓN USUARIO (10%)	GASTO/6MES	RECETAS
Antineoplásico: Capecitabina (XELODA®) AR (1000mg/m ² /12hx14 días cada 21 días, 6 ciclos)+ Lapatinib (1250mg/día continuo) AR Cálculo sobre 6 m de tto para mujer sc=1.65m ²	NS 2.028€	4,20€/envase x2/ mes= 8,40+ 4,20€ x1/mes = 12,60€/mes (75,60€/6m)	75,60€	4,20€/envase x2/ mes+ 4,20€ x1/mes = 12,60€/mes (75,60€/6m)	75,60 €	12+6
Antiemético: ondansetrón (8mg/12h x 2días x 6 ciclos) (1caja de 15 compr. =66,63€) AR	66,63 €	4,20 €	4,20 €	4,20 €	4,20 €	1
Antidiarreico (loperamida) (8mg/8h, 1 caja)	1,89 €	0,76 €	4,56 €	0,19 €	1,13 €	6
Protector de estómago (omeprazol) 40MG/28 cápsulas 1 caja 4,64€ dosis 1 pastilla diaria (1 caja/mes)	4,64 €	1,86 €	11,16 €	0,46 €	2,76 €	6
Antiemético (metoclopramida) 10MG/30 comprimidos dosis 1pastilla/8h, 2 cajas /mes (2,54€x2 =5,08€)	5,08 €	2,03 €	12,18 €	0,51 €	3,06 €	12
TOTAL TTO FARMACIA HH			107,70 €		79,80 €	
CATALUÑA 1€/RECETA SI PVP >1,67€			150,70 €		122,80 €	

Pensionistas < 18.000€: tope máx. aportación/mes = 8,14€

Gasto/mes = 13,3€; tendrían derecho a reembolso.

CASO 3 – PACIENTE DE CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO HORMONAL (LETROZOL) Y REHABILITACIÓN DE LINFEDEMA

Análisis de las medidas del Real Decreto-Ley 16/2012 en las prestaciones sanitarias y su impacto en el colectivo de pacientes de cáncer (junio 2012)

BASE DE CÁLCULO 12 MESES	GASTO/MES	GASTO/MES	GASTO/MES
SUPERVIVIENTE CA MAMA (MADRID)	ACTIVO 50%	ACTIVO 40%	PENSIONISTA
Omeprazol (PVP 4,64)	2,32 €	1,86 €	0,46 €
Metoclopramida (PVP 2,54)	1,27 €	1,02 €	0,25 €
Ibuprofeno (PVP 3,97)	1,99 €	1,59 €	0,40 €
Letrozol (PVP 92,10)	4,13 €	4,13 €	4,13 €
Lactulosa (PVP 4,78)	2,39 €	1,91 €	0,48 €
guante +manguito	10,00 €	10,00 €	10,00 €
vendas	1,30 €	1,30 €	1,30 €
Drenaje Sobre supuesto de no cobertura por SNS	83,33 €	83,33 €	83,33 €
prótesis (1 / año)	0,83 €	0,83 €	0,83 €
sujetador adaptado (2 / año)	9,16 €	9,16 €	9,16 €
TOTAL	116,72 €	115,12 €	110,35 €
CATALUÑA +1€ POR RECETA (5RECETAS/MES)	121,72 €	120,12 €	114,84 €
RESUMEN SUPERVIVIENTE			
gasto en tto del linfedema (81,07% del total)	94,63 €	94,63 €	94,63 €
gasto en tto farmacológico post	12,10 €	10,50 €	5,73 €
CATALUÑA +1€ por receta Pensionistas excede el tope por lo que el usuario tiene derecho a reintegro	17,10 €	15,50 €	10,73 €
sujetador + prótesis	9,99 €	9,99 €	9,99 €

excede el tope de 8€/m según RD-Ley y el máx anual 61€ según CAT

Notas:**Prótesis de mama (se aplica caso de Madrid)**

- PVP desde 166 a 300€
- Caso Madrid máx de cobertura 156€
- Aportación usuario 10€ unidad x 1/año =10€ repartido en 12 meses

Sujetador adaptado

- PVP desde 36,95- 62,95€ Anita
- Se toma como base un precio de 55€ x 2/año =110€ repartido entre 12 meses

Guante de compresión

- aportación mínima 30 euros cada 6 meses
- 2 guantes/año
- 60€/año /12 =5€ al mes

Manga de compresión

- aportación mínima 30 euros cada 6 meses
- 2 manguitos/año

Vendas

- tto intensivo: ELASTOMULL (mano) 3€, ROSIDAL-K (brazo) \$5,44 =4.3€, Venda tubular TUBINYLEX: dedos gruesos (3,58€), manos (6,25€), brazo (8,45€), Espuma SOFFBAN NATURAL 1,83€
- para 1 tto: 3/4 vendas por tto, 4€ por venda =16€ en vendas por tto completo
- 5 sesiones de mantenimiento: 5,3€ en vendas
- 1tto+mantenimiento =21,30/12meses = 1,8€/mes

Drenaje linfático (sobre supuesto de no cobertura SNS)

- privado, 1tto/año (50€ x15 sesiones) = 750€
- Se toma a efectos de cálculo como media 15 sesiones + 5 sesiones de mantenimiento al año
- Mantenimiento 5sesionesx50€ =250€
- Coste mensual = 750+250/12meses =83,33€/mes