

# Real Decreto Ley 16/2012, de Medidas Urgentes en el SNS. Significado y relevancia para el Sistema Nacional de Salud



## **EL MEDICO INTERACTIVO.**

**Junio de 2012 - Juan Siso Martín. Profesor de Deontología Profesional y Legislación Sanitaria. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos**

Esta norma supone un cambio de gran trascendencia en nuestro sistema sanitario, para sus usuarios y los profesionales que les atienden. Sigue un resumen expositivo, a continuación, de la situación que se abre con esta norma para los primeros, para la ciudadanía en general. Esta reforma, que afecta a diversas áreas de nuestro sistema de salud y su gestión, merece un análisis mucho más pormenorizado, pero ahora se aborda sólo un apunte esquemático de su contenido

### **El propósito de la norma**

Reordenación del dispositivo prestacional para el conjunto de sus usuarios (trabajadores y pensionistas, nacionales y extranjeros) con el propósito de racionalizar la gestión y economizar una cifra estimada en 7.000 millones de euros en el gasto sanitario nacional.

### **Normas afectadas**

Un elevado número de ellas, directa o indirectamente. Se señalan las más notorias:

- Decreto 2065/74, Ley General de la Seguridad Social.
- Ley 4/2000, de 11 de enero, de Derechos y Libertades de los Extranjeros en España.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario del SNS.
- Ley 29/2006, de 29 de julio, de Garantías y Uso Racional del Medicamento.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, de Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 29/2007, sobre Entrada, Libre Circulación y Residencia de Extranjeros.

- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

### **Cartera de servicios**

Este nuevo sistema establece varios tramos, que pueden resumirse así:

#### 1. Cartera común básica del sistema

- Prevé la financiación pública del cien por cien de su importe.
- Comprende la atención en centros sanitarios públicos o sociosanitarios y el transporte sanitario urgente.

#### 2. Cartera común complementaria

- Supone financiación pública y una aportación del usuario según su renta
- Comprende la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente.

#### 3. Cartera común de servicios y accesorios

- Supone financiación pública y una aportación del usuario según renta.
- Comprende los tratamientos no esenciales dirigidos a patologías crónicas, como los cosméticos para enfermedades de baja prevalencia.

#### 4. Cartera complementaria de las comunidades autónomas

- Financiación completa por la concreta comunidad que la dispense.
- Comprende las prestaciones no incluidas en los apartados anteriores, a cargo de la comunidad autónoma y previa garantía, por parte de ésta, de su capacidad de financiación.

### **Derecho a la asistencia sanitaria**

A ciudadanos españoles

#### *Asegurados*

- Trabajadores por cuenta propia o ajena.
- Pensionistas.
- Perceptores de prestaciones periódicas.
- Demandantes de empleo, inscritos como tales.

#### *Beneficiarios*

- Cónyuge del asegurado o persona en situación afectiva equivalente.
- Excónyuge del asegurado.

- Descendientes menores de 26 años o mayores con discapacidad igual o superior al 65 por ciento.

A extranjeros, inmigrantes y turistas

*Asegurados*

- Inmigrantes regulares.
- Otros inmigrantes, sólo en situación de urgencia.
- Residentes con más de 3 meses de estancia en España.
- Embarazadas durante el embarazo y los procesos de parto y puerperio.
- Menores de 18 años en cualquier proceso y hasta esa edad.

*Quedan excluidos*

- Inmigrantes empadronados en situación de irregularidad.
- Turistas con estancia inferior a 3 meses en el Estado español.

En España residen actualmente unos 5.800.000 extranjeros, de los cuales se encuentran regularmente en nuestro país aproximadamente 5.340.000. El número de irregulares se obtiene cruzando el padrón con el Registro Central de Extranjeros. El primero arroja unos 460.000 más que el segundo, de los cuales son comunitarios unos 310.000, de lo que se deduce que la cifra de inmigrantes en situación irregular podría ser de unos 150.000, siempre tomando todas estas cifras como aproximadas por la imprecisión y eventualidad de la población a la que se refieren.

Quienes encontrándose empadronados, pero en situación de irregularidad, no logren regularizarse, perderán la tarjeta sanitaria el 1 de agosto 2012.

Se requiere, ahora, por otra parte, un período de 3 meses, mínimo de estancia para acceder a la asistencia, exigencia que va dirigida a acabar con el denominado "turismo de bisturí", que atraía a numerosos extranjeros a ser beneficiarios de prestaciones a las que en su país no tenían derecho y sobre cuya dispensación, luego, el sistema español no lograba reembolsarse en su importe. Hay que decir que estas personas a menudo no tienen apellido subsahariano o sudamericano, sino inglés o alemán, por ejemplo. El Real Decreto Ley actual hace una correcta adaptación de la Directiva Europea 2004/38 en este sentido de exigir un período mínimo de residencia, ante la inaplicación en nuestro país de la Directiva 2011/24.

El efecto exclusión de los inmigrantes irregulares abre severas interrogantes, desde las estructurales (posible colapso y sobreutilización de las urgencias) hasta las puramente conceptuales (si la urgencia se interpreta como hospitalaria, se rompe la continuidad asistencial al inmigrante en la Atención Primaria) o las de salud pública (enfermedades infecto contagiosas no atendidas).

### **Medicamentos financiados**

Trabajadores en activo

- Rentas inferiores a 22.000 euros año, pagarán el 40 por ciento del precio
- Rentas entre 22.000 y 100.000 euros año, el 50 por ciento.

- Rentas superiores a 100.000 euros año, les corresponde el 60 por ciento.

#### Pensionistas

- De pensiones no contributivas. Sin aportación.
- Pensión inferior a 22.000 euros año, 10 por ciento importe con máximo de 8 euros mes.
- Pensión entre 22.000 y 100.000, 10 por ciento importe y 18 euros mes máximo.
- Pensión mayor de 100.000 euros, 10 por ciento importe y 60 euros mes máximo.

#### Copago en otros productos, distintos de medicamentos

Se establece una participación del usuario, a partir del 1 de julio 2012, en:

- Productos dietéticos.
- Prótesis y ortesis.
- Transporte sanitario no urgente.

#### **Entrada en vigor**

- De la norma en general, el 24 de abril de 2012, fecha de su publicación en el BOE.
- De la entrada en vigor del copago, el 1 de julio de 2012.
- De la pérdida de la tarjeta sanitaria para inmigrantes irregulares el 1 de agosto 2012.

#### **Nueva orientación**

La Constitución Española de 1978 declaraba, en su artículo 41, el derecho de todos a prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad y en el 43 recogía el derecho a la protección de la salud. El haber escindido la prestación sanitaria de la protección general pública (prestaciones sociales suficientes, recuérdese) declaraba el claro propósito del Estado de comenzar el largo camino a la universalidad de la asistencia sanitaria, como prestación con naturaleza propia. La Ley 14/1986 General de Sanidad y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud afianzaban este modelo de atención a españoles y extranjeros residentes en España, que quedó completado con la reciente Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública en su propósito de extender la asistencia sanitaria pública a unos 180.000 ciudadanos que aún quedan fuera de ella. Esta trayectoria, bajo los principios de universalidad, solidaridad, gratuidad y equidad conformaban un sistema modélico y tomado como referente mundial. La situación actual y un cambio de paradigma han motivado la concepción asistencial de la nueva norma.

Pero quizás el mayor calado de la reforma se muestra ya en lo puramente conceptual y aparece en su articulado, apenas comenzamos su atenta lectura y resucita términos como "asegurado" o "beneficiario" que pertenecen a una época pasada, en la que la condición de usuario de la asistencia se vinculaba a la de trabajador. No olvidemos que a partir de la Ley 49/1998, de Presupuestos Generales del Estado para 1999, la financiación de la asistencia sanitaria pública se viene haciendo vía impuestos exclusivamente, dejando atrás la financiación mixta cuotas– impuestos utilizada hasta dicha fecha y que comportaba la vinculación de la asistencia sanitaria al mundo del trabajo.

Esta vinculación de la asistencia sanitaria a la Seguridad Social ha venido siendo tan constante y evidente como no demasiado coherente en nuestro país. Institucionalmente salió la Sanidad del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, para integrarse en un Ministerio propio, pasando tras la descentralización a la competencia autonómica (primero parcial y luego completa), en consejerías de Sanidad o de Salud, mientras que la gestión de la Seguridad Social continúa centralizada. Los profesionales sanitarios nada tienen que ver con la Seguridad Social, entendida en el modo expresado. El documento acreditativo para recibir asistencia fue la llamada cartilla (A1 y P1) vinculada al mundo del trabajo, siendo sustituida después por la tarjeta de asistencia sanitaria, cuya titularidad ya no sólo alcanza a trabajadores, sino a ciudadanos en general, siendo tramitadas en centros sanitarios, y ello con independencia del "monopolio" de la Tesorería en su control. En su momento, para la necesaria separación de Seguridad Social y Sanidad quizás faltó decisión organizacional, valor político o las dos cosas. Las razones históricas de que debamos vincular asistencia sanitaria al mundo del trabajo hoy son cuestionables, tradición aparte.

Da la impresión de una inmersión hacia atrás en este camino, que cabe esperar sea coyuntural y temporal, como la propia naturaleza de la norma que lo introduce justificaría y avale, de ese modo, la excepcionalidad y urgencia aplicada a este serio asunto.

El vehículo legal utilizado no parece muy adecuado. La vía del Real Decreto Ley posibilitada por el artículo 86 de la Constitución requiere que: en caso de extraordinaria y urgente necesidad el Gobierno podrá adoptar disposiciones legislativas provisionales que tomarán la forma de Decretos Leyes y que no podrán afectar al ordenamiento de las instituciones básicas del Estado, a los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos...

La precisión terminológica de este enunciado es muy limitativa: "extraordinaria y urgente necesidad", "disposiciones provisionales" o la limitación de no poder afectar a "instituciones básicas del Estado, a los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos". Se ha adoptado un recurso normativo que supone aplicar medidas graves que modifican un importante número de normas de la máxima relevancia y afectan a derechos básicos de la población. Se ha hecho sin el debate y consenso que deben entenderse imprescindibles, bajo el que hubiera sido modo ordinario de la tramitación parlamentaria. Esta realidad ha hecho que un sector crítico se haya posicionado sobre esta vía que, apoyado en los razonamientos aludidos, alude a la posible inconstitucionalidad de la norma.

### **Los interrogantes**

El nuevo sistema configura la asistencia sanitaria pública para trabajadores asegurados, pensionistas y quienes se encuentran en situación de beneficencia. Esta era la situación en la época de los Seguros Sociales, previa a los cambios antes referidos, operados por la Constitución y su legislación complementaria.

Se endurece considerablemente el acceso a la atención sanitaria a inmigrantes que carecen de condiciones para obtenerla por otra vía que la asistencia pública. ¿Cómo enfrentarán una demanda de asistencia, de estas personas desasistidas, los profesionales del Sistema Nacional de Salud, a la luz de sus códigos deontológicos?

En esta nueva situación puede que, en el nuevo modelo, se queden con la asistencia pública, como único instrumento de protección, los indigentes y las clases sociales más débiles, acudiendo los demás a protecciones complementarias con aseguradoras privadas. Este sistema, hay que decir que es el utilizado en algunos países europeos de nuestro entorno cultural, pero la diferencia hasta ahora era positiva para nosotros y ponía en valor internacional el Sistema Nacional de Salud español.

Si imaginamos un futuro próximo en el que se inserten, en este horizonte, mecanismos de desgravación fiscal para quienes suscriban aseguramiento privado, se favorecería este tipo de asistencia y podría llevar al sistema público a una progresiva decadencia y empobrecimiento, por su deficiente uso y financiación. La coexistencia de la atención pública y la privada ha sido siempre un tabú, pero en una correcta y moderna interpretación de esta realidad plural es

posible e incluso deseable. La clave es que la asistencia pública, bajo niveles de calidad suficiente y equidad, alcance a cuantos la precisen y no puedan obtenerla de otra forma. Confiemos en que la aplicación y desarrollo de esta disposición, facultados por la norma, nos mantenga en el buen camino que tantos recursos y esfuerzos de todos han costado.