

**IMPACTO DE LA REFORMA DE LA ASISTENCIA  
SANITARIA EN ESPAÑA  
SOBRE LA COBERTURA PÚBLICA Y UNIVERSAL**

Barcelona

3 de Mayo 2012

---

Análisis del Capítulo 1, Artículo 1 del Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de Abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones y, en especial, las consiguientes modificaciones de la Ley Orgánica 4/2000 de Extranjería, Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto 240/2007 sobre Entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos U.E.

# ÍNDICE

---

- I. **Introducción.**
- II. **Colectivos de población excluidos de la cobertura pública de salud.**
- III. **El acceso a la asistencia sanitaria pública de urgencias como único recurso.**
- IV. **La tutela de la salud pública de los colectivos excluidos y de la población residente en España.**
- V. **Gestión de la reforma y conflicto de competencias.**
- VI. **Efectividad de la reforma.**
- VII. **Impacto de la reforma en los derechos.**
- VIII. **Principios constitucionales y leyes afectadas por la reforma.**
- IX. **Declaración de autoría.**

# I. INTRODUCCIÓN

---

La recientísima modificación de la legislación española en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, así como las consecuencias que esta reforma tendrá para los hasta ahora usuarios del Sistema Nacional de Salud y los cambios subjetivos futuros que esta nueva regulación supondrá, a partir del próximo mes de septiembre, han llevado a las Asociaciones que representamos a formular las consideraciones que se recogen en este Informe. Así pues, el Informe analiza el impacto de la reforma de la asistencia sanitaria desde la óptica de los principios fundacionales y los objetivos sociales que nuestras respectivas Asociaciones persiguen en la sociedad catalana, española y europea y en defensa de los derechos humanos y las garantías para todos/as los/as ciudadanos/as.

En la exposición de motivos del 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"* el gobierno afirma que *la" ley 49/1998 de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999 "dispuso en el Capítulo III de su Título I que sería el Estado, a través de las transferencias presupuestarias a las comunidades autónomas, el que asumiría totalmente la financiación pública de la asistencia sanitaria, desvinculándose con ello la asistencia sanitaria de las aportaciones a la Seguridad Social"*. Por otra parte, aduce, ahora, que *"A la vista de los informes emitidos por el Tribunal de Cuentas, resulta imprescindible regular, sin más demora, la condición de asegurado con el fin de evitar algunas situaciones de prestación de asistencia sanitaria que se están produciendo en la actualidad y que están debilitando de forma alarmante la sostenibilidad el Sistema Nacional de Salud"*. Por ello, el gobierno considera que concurren los requisitos de extraordinaria y urgente necesidad de afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud mediante el mecanismo de un Real Decreto-ley entendiendo que el Artículo 86 de la Constitución Española le habilita para aprobar dicha reforma.

Asimismo, el gobierno manifiesta su deseo de *"abordar esta reforma, no solo mediante normas, sino también impulsando buenas prácticas y poniendo en común experiencias, siempre con base en el diálogo y contando con la colaboración de las comunidades autónomas, de los grupos políticos y de cuantas asociaciones y entidades actúan en este ámbito, velando así por la mejor atención a los pacientes, que son el verdadero centro del sistema"*.

**La Asociación Salud y Familia y la Asociación para las Naciones Unidas en España** aceptan de forma consecuente y responsable la oferta de diálogo y colaboración que el gobierno tan claramente ha expresado y, por ello, han elaborado el presente Informe de impacto de la reforma de la asistencia sanitaria en España sobre la cobertura pública y universal que ampara a los usuarios del Sistema Nacional de Salud, sean estos nacionales o extranjeros con residencia "regular" o "irregular", todos ellos legítimos titulares del derecho a la sanidad pública en España.

No será objeto de análisis o estudio en este Informe la conveniencia o no del procedimiento legislativo utilizado por el gobierno del Estado. No obstante, consideramos que una modificación de tan hondo calado y de trascendencia para un importante colectivo de ciudadanos, debería de haber sido objeto de un debate parlamentario y de una norma de superior rango jerárquico. Los derechos y libertades fundamentales que pueden estar en juego aconsejarían un debate público en la cámara de soberanía popular que son las Cortes Generales.

## II. COLECTIVOS DE POBLACIÓN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA PÚBLICA DE SALUD

---

El Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de Abril dispone en su Capítulo 1, Artículo 1-De la asistencia sanitaria en España las siguientes medidas:

**Derecho a la asistencia:** *"La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado".*

**Requisitos del asegurado:** *"a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta, b) Ostentar la condición de pensionista del Sistema de Seguridad Social, c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo, d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo".*

**Beneficiarios del asegurado:** *"Siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el excónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%".*

**Extranjeros:** *"Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirán asistencia sanitaria: a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica, b) De asistencia al embarazo, parto y postparto, c) Menores de dieciocho años en misma condiciones que los españoles".*

Otros posibles **asegurados**: *"Las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización de residencia en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente"*.

Todas estas medidas entrarán en vigor el día 1 de Septiembre de 2012 abriéndose un régimen transitorio de acceso a la asistencia sanitaria en España comprendido entre dicha fecha y el día de la publicación del Real Decreto-ley 16/2012 tal como éste prevé en su disposición transitoria primera.

En consecuencia, los colectivos de población que residen "de facto" en España que podrían quedar excluidos de la cobertura de salud pública y universal a partir del mes de septiembre próximo son:

- A. **Ciudadanos/as españoles/as mayores de 26 años residentes en España** que nunca han estado en situación de alta o asimilada al alta en el Sistema de Seguridad Social:
  - a.1. Estudiantes universitarios (incluidos los/as estudiantes de Medicina y Enfermería).
  - a.2. Jóvenes que no han llegado a conseguir su primer empleo.
  - a.3. Personas discapacitadas en grado inferior al 65%.
  - a.4. Personas pertenecientes a la etnia gitana.
  - a.5. Personas que han desempeñado trabajos irregulares a lo largo de la vida, especialmente mujeres empleadas del hogar.
  - a.6. Mujeres amas de casa divorciadas que no están a cargo del excónyuge.
  - a.7. Mujeres amas de casa separadas de parejas de hecho no formalizadas.
  - a.8. Religiosos y profesionales liberales.

**B. Ciudadanos/as de países miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza** que carezcan de autorización de residencia en España (deben demostrar medios económicos y seguro privado de salud) y/o no puedan acreditar su situación de paro involuntario:

- b.1. Ascendientes de ciudadanos/as comunitarios y del Espacio Económico Europeo.
- b.2. Jóvenes ciudadanos/as comunitarios y del Espacio Económico Europeo que no han llegado a conseguir su primer empleo.
- b.3. Población nómada y perteneciente a la etnia gitana.
- b.4. Otra población de origen comunitario y del Espacio Económico Europeo sin recursos económicos suficientes.

Los/as ciudadanos/as españoles/as y los/as ciudadanos/as de países miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza excluidos de la cobertura pública de salud **podrían utilizar un mecanismo de reentrada** en la condición de asegurado debiendo acreditar para ello una situación económica de precariedad.

**C. Extranjeros procedentes de países terceros no comunitarios** que carezcan de autorización de residencia en España:

- c.1. Extranjeros/as mayores de 18 años en situación administrativa irregular y no empadronados.
- c.2. Extranjeros/as mayores de 18 años empadronados y actualmente con tarjeta sanitaria que carecen de permiso de residencia en España.
- c.3. Extranjeros/as mayores de 18 años actualmente con tarjeta sanitaria a los que les será denegada la segunda tarjeta de residencia a causa de haber agotado las prestaciones por desempleo y encontrarse en paro de larga duración (irregularidad sobrevenida).
- c.4. Extranjeros/as mayores de 18 años, especialmente mujeres amas de casa reagrupadas, actualmente con tarjeta sanitaria que verán cancelada su tarjeta de residencia en el momento que sea denegada la de su cónyuge (irregularidad sobrevenida).

Para los extranjeros procedentes de países terceros no comunitarios excluidos de la cobertura pública de salud, la reforma **no prevé ningún posible mecanismo de reentrada** en la condición de asegurado. En todo caso, la única vía que quedaría potencialmente abierta sería la de intentar obtener el permiso de residencia en España. Es decir, pasar de ser extranjeros “irregulares” a extranjeros, inmigrantes o no, regulares o con autorización administrativa para residir en España conforme a la legislación en materia de extranjería.

### **III. EL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA DE URGENCIAS COMO ÚNICO RECURSO**

---

La reforma contempla el acceso a la asistencia sanitaria pública de urgencias por enfermedad grave o accidente en el caso de los colectivos de extranjeros excluidos de la cobertura pública de salud y, por ende, esta misma vía estaría abierta a los colectivos de población española excluida y/o en proceso de solicitud de reentrada a la condición de asegurado. Así, la asistencia de urgencias se configura como el único recurso sanitario disponible para la población excluida.

Si esta medida se aplicase literalmente, los servicios de urgencias de hospitales y centros sanitarios públicos podrían verse colapsados. Por otra parte, todas las personas solicitantes de asistencia sanitaria deberían mostrar su documentación administrativa como requisito previo y condicionante para recibir la prestación de asistencia urgente.

Dicha población se encontrará con toda probabilidad en variadas situaciones de desamparo y difícilmente contará con criterios de educación sanitaria que le permitan hacer un uso racional de los servicios de urgencias. Por otra parte, el personal sanitario se encontrará sujeto, como ya lo está, al cumplimiento del deber de auxilio acorde con el código deontológico y se sumará la coerción ejercida por el Código Penal español, artículo 196 que contempla el delito de omisión del deber de socorro.

Como ya hemos apuntado, la capacidad de los servicios de urgencias para proveer una respuesta asistencial efectiva se verá gravemente comprometida pues tendrán que hacer frente a un incremento de la demanda, a una gran diversidad de usuarios/as y de consultas y a la ausencia de financiación del tratamiento farmacológico y de dispositivos sanitarios que garanticen la continuidad asistencial para un nutrido grupo de pacientes excluidos y en desventaja.

## **IV. LA TUTELA DE LA SALUD PÚBLICA DE LOS COLECTIVOS EXCLUIDOS Y DE LA POBLACIÓN RESIDENTE EN ESPAÑA**

---

La Constitución Española en su Título 1, Artículo 43.2 dispone que los poderes públicos deban organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas. Asimismo, la ley 33/2011 de 4 de Octubre General de Salud Pública establece en su artículo 6-Derecho a la igualdad "Todas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad sin que pueda producirse discriminación". En el mismo sentido, la evidencia científica disponible sobre determinantes sociales de la salud coincide en señalar que cualquier grupo de población excluido del acceso normalizado a la atención sanitaria supone un riesgo muy severo para la salud y la vida del grupo afectado así como para toda la población que reside en un determinado territorio.

Los grupos excluidos del Sistema Nacional de Salud contribuyen notablemente a aumentar la carga global de enfermedad de la sociedad en su conjunto, pues la incidencia y la prevalencia de enfermedades estrechamente asociadas a la de privación y la desventaja social son mucho más elevadas que en el conjunto de la población. Enfermedades transmisibles como la tuberculosis y el VIH o enfermedades crónicas como la diabetes, la anemia y algunos trastornos mentales son mucho más frecuentes en estos grupos o colectivos a los que ahora se excluye. Estas enfermedades acostumbran a permanecer silentes o dar síntomas inespecíficos a la vez que mantienen intacto su potencial de contagio y de daño personal y colectivo durante largos periodos de tiempo.

Cuando un paciente excluido acude al sistema sanitario, la enfermedad suele encontrarse en una fase evolutiva media o avanzada y, caso de ser transmisible, habrá desarrollado su potencial de contagio en la comunidad. En todos los casos el tratamiento del enfermo, de sus familiares y de sus contactos será más largo, más difícil y más caro. Igualmente será un costo adicional y no presupuestado la atención que deberán prestar los hospitales públicos a quienes, españoles o extranjeros residentes regulares, se vean afectados o contagiados por alguna enfermedad transmisible.

## **V. GESTIÓN DE LA REFORMA Y CONFLICTO DE COMPETENCIAS**

---

La asistencia sanitaria y la tutela de la salud pública son competencia de las Comunidades Autónomas.

De hecho, los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Cataluña y País Vasco reconocen expresamente la universalización del derecho a la salud y sus parlamentos han legislado cuidadosamente los criterios de inclusión de sus poblaciones en la cobertura de salud pública y universal. Sin embargo, el Real Decreto-ley 16/2012 de continua referencia modifica, aduciendo razones extraordinarias, principalmente económicas y/o presupuestarias, y de urgente necesidad, los Estatutos de Autonomía y la labor legislativa del Congreso de los Diputados y de los Parlamentarios autonómicos.

En relación a la gestión de la reforma, el gobierno atribuye las competencias de reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de sus direcciones provinciales, que establecerá los requisitos documentales a presentar en cada caso.

El reconocimiento de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo será previa a la tramitación de la tarjeta sanitaria individual que será llevada a cabo por las administraciones sanitarias competentes, es decir por las Comunidades Autónomas.

Hasta la fecha de publicación del Real Decreto-ley 16/2012, las Comunidades Autónomas han seguido un procedimiento de tramitación y expedición de la tarjeta sanitaria individual gestionado íntegramente por los Departamentos de Salud o Servicios Autonómicos de Salud y regido por el principio de cobertura de salud pública y universal establecido por el Estado (Ley 16/2003 de 28 de Mayo y Ley 33/2011 de 4 de Octubre) y por las leyes y normas autonómicas.

La fragmentación de la gestión de un procedimiento hasta ahora integrado en las administraciones sanitarias autonómicas provocará, con toda probabilidad, una mayor discrecionalidad en la interpretación y la aplicación de las normas, a la par que una tramitación más larga y prolija y, en definitiva, una dispersión de la responsabilidad pública sobre el resultado final que no es otro que la obtención de la tarjeta sanitaria individual, llave de acceso a los servicios sanitarios públicos.

## VI. EFECTIVIDAD DE LA REFORMA

---

Mejorar el desempeño y la sostenibilidad de los sistemas de salud es una de las principales responsabilidades de los poderes públicos. En este sentido, la evaluación del impacto efectivo en salud contribuye al análisis de los efectos directos e indirectos de las políticas sobre la salud de la población y las desigualdades sociales en salud.

El conjunto de medidas contempladas en el Capítulo 1, Artículo 1 del Real Decreto-ley 16/2012 suponen la restricción de acceso al sistema sanitario público para amplios grupos de población residente en España que se encuentran en situación de privación y/o de desventaja social. Este enfoque, entendemos que puede vulnerar el **principio de equidad** que hasta ahora guiaba las políticas de salud en España, y que impide la discriminación como forma de prevenir las desigualdades sociales en salud.

La limitación de acceso al sistema sanitario público para amplias capas de población residente en España implicará un notable **aumento a corto plazo de los costes** políticos, administrativos y económicos, pues se producirán contenciosos jurídicos por conflicto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, aumentarán las reclamaciones por parte de los/as afectados/as, el Instituto Nacional de Seguridad Social deberá reforzar sus efectivos de personal y mejorar la eficiencia de sus procedimientos administrativos y los servicios sanitarios de urgencias deberán aumentar su disponibilidad de recursos profesionales y su stock de farmacia.

A medio plazo **el impacto en la salud humana** se hará notar: aumentará la carga global de enfermedad de la sociedad española y la cohesión y sostenibilidad organizativa y económica del sistema de salud se verá comprometida, especialmente los servicios de urgencias y los recursos de hospitalización.

## VII. IMPACTO DE LA REFORMA EN LOS DERECHOS

---

Las medidas incluidas en el Capítulo 1-De la Asistencia Sanitaria en España, Artículo 1 del Real Decreto-ley 16/2012 afectan a los siguientes derechos básicos que configuran el Estado de Derecho en España:

**Derecho de garantías jurídicas** contemplado en el artículo 9.3 de la Constitución Española que establece la irretroactividad de las disposiciones restrictivas sobre derechos individuales. Es cuestionable que la reforma publicada, tenga cabida en el artículo 53 de la Constitución que obliga a que la regulación se instrumente a través de Ley” *que en todo caso deberá respetar su contenido esencial*”

**Derecho a la dignidad de la persona** contemplado en el artículo 10.1 de la Constitución Española y en otros instrumentos y tratados internacionales en vigor para España como en el artículo 1 de la Carta de los Derechos fundamentales de la Unión Europea de 2009.

**Derechos de los extranjeros** contemplados en el artículo 13 de la Constitución Española y demás normas constitucionales que las desarrollan. Entre dichas normas se encuentran todos los Tratados internacionales en materia de derechos y libertades fundamentales, y derechos sanitarios vigentes, que son evidentemente obligatorios en y para España.

**Derecho a la intimidad** contemplado en el artículo 18.4 de la Constitución Española.

**Derecho a la protección de la salud** contemplado en el artículo 43.1 de la Constitución Española y en los Estatutos de Autonomía de Andalucía, Aragón, Cataluña y País Vasco.

**Deber de tutela de la salud pública** contemplado en el artículo 43.2 de la Constitución Española.

**Inhabilitación gubernamental para afectar a derechos fundamentales o al régimen de las Comunidades Autónomas** contemplada en el artículo 86.1 de la Constitución Española.

## VIII. PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES Y LEYES AFECTADAS POR LA REFORMA

---

- Constitución Española: Artículo 9.3 sobre Garantías Jurídicas, Artículo 10 sobre la Dignidad de las personas, Artículo 13 sobre Derechos de los Extranjeros, Artículo 18.4 sobre el Derecho a la intimidad, Artículo 43.1 sobre el Derecho a la protección de la salud, Artículo 43.2 sobre el Deber de tutela de la salud pública y Artículo 86.1 sobre imposibilidad de afectar los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos/as regulados en el Título I de la Constitución mediante mecanismos de Real Decreto-ley.
- Estatutos de autonomía de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Cataluña y País Vasco que reconocen expresamente la universalización del Derecho a la Salud.
- Código Penal español (RCL 1995/3170) artículo 196 sobre el delito especial de omisión del deber de socorro aplicable a que los profesionales que denegasen asistencia sanitaria a personas en situación de riesgo grave para la salud y en desamparo.
- Ley 16/2003 de 18 de Mayo de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, Artículo 3.
- Ley 33/2011 de 4 de Octubre General de Salud Pública, Artículo 6.
- Ley Orgánica 4/2000 de 11 de Enero sobre Derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, Artículo 12 (de carácter no orgánico según disposición final cuarta de la misma ley).
- Real Decreto 240/2007 de 16 de Febrero sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos/as de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, Artículo 7.
- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (Disposición final segunda sobre ficheros de titularidad pública).

## IX. DECLARACIÓN DE AUTORÍA

---

**Elvira Méndez** es médica especialista en medicina preventiva y salud pública y profesora de Políticas Públicas.

Es Directora General de la Asociación Salud y Familia

**Eduard Sagarra** es abogado especialista y profesor de Derecho internacional Público, Europeo y Migratorio.

Es Presidente de la Asociación para las Naciones Unidas en España.

Ambos son coautores de este Informe y responsables de su orientación y contenidos.