



UNIVERSIDAD  
POLITECNICA  
DE VALENCIA



FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN Y  
DIRECCIÓN DE EMPRESAS. UPV

**GRADO EN GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**PROMOCIÓN 2011/2015**

**“EL DERECHO A LA SALUD DE  
LOS INMIGRANTES EN LA  
COMUNITAT VALENCIANA:  
PROPUESTAS DE MEJORA”**

**CAROLINE PINO LUCAS**

**DIRECTOR:**

**VICENTE CABEDO MALLOL**

**Valencia, septiembre 2015**

EL DERECHO A LA SANIDAD DE LOS INMIGRANTES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA:  
UNA PROPUESTA DE MEJORA

## SUMARIO

<b>ÍNDICE DE CONTENIDO</b> .....	2
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	5
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	5
<b>ÍNDICE DE ILUSTRACIONES</b> .....	5
<b>SIGLAS Y ACRÓNIMOS</b> .....	6
<b>RESUMEN</b> .....	9

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>11</b>
1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA: OBJETO DE ESTUDIO.....	12
1.2. OBJETIVOS.....	13
1.2.1. Objetivo general. ....	13
1.2.2. Objetivos específicos.....	13
1.3. ESTRUCTURA DOCUMENTAL.....	13
<b>2. METODOLOGÍA.....</b>	<b>15</b>
<b>3. SITUACIÓN ACTUAL.....</b>	<b>16</b>
3.1. LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA.....	16
3.1.1. El concepto de Salud Pública y su formación en la historia.....	18
3.1.1.1. La Administración Sanitaria de la baja Edad Media.....	19
3.1.1.2. La sanidad liberal en el siglo XIX.....	20
3.1.1.3. Nacimiento y consolidación de la salud pública en España a lo largo del siglo XX.....	20
3.1.1.4. El Sistema Nacional de Salud: la España democrática. ....	23
3.2. EL FENÓMENO MIGRATORIO EN ESPAÑA.....	26
3.2.1. El contexto de los flujos migratorios.....	26
3.2.2. La Inmigración en España.....	27
3.2.2.1. La España migrante. De país de emigración a país de inmigración.....	27
3.3. MARCO NORMATIVO DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS INMIGRANTES ANTES DEL RDL 16/2012.....	31
3.3.1. Normativa legal de extranjería. ....	31
3.3.1.1. Ley Orgánica de Extranjería 7/1985.....	32
3.3.1.2. Ley Orgánica 4/2000.....	32
3.3.2. Normativa legal del derecho a la salud.....	34
3.3.2.1. Ley 14/1986.....	34
3.3.2.2. Ley 16/2003.....	36
3.3.3. El Derecho a la salud en la Comunidad Valenciana. Marco normativo de su sistema sanitario.....	37
3.3.3.1. La Agencia Valenciana de la Salud.....	39

3.3.4.	Protección internacional del derecho a la salud.....	42
3.3.4.1.	Naciones Unidas: OMS 1948.....	42
3.3.4.2.	Declaración Universal de Derechos Humanos-DUDH-1948.....	43
3.3.4.3.	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y.....	44
	Culturales (PIDESC) 1966. ....	44
3.3.4.4.	Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) 1950. ....	45
3.3.4.5.	Carta Social Europea 1961 .....	46
3.3.4.6.	Carta de los derechos fundamentales de la UE 2000. ....	48
3.3.5.	Normativa constitucional.....	49
3.4.	REFORMA LEGISLATIVA A TRAVÉS DEL RDL 16/2012. ....	52
3.4.1.	Real Decreto Ley 16/2012.....	52
3.4.1.1.	Regulación.....	53
3.4.1.2.	Razones para el cambio de legislación.....	56
3.4.2.	Análisis de las principales consecuencias tras tres años de la entrada en vigor del RDL.....	58
3.4.2.1.	Modificación y derogación de Leyes Orgánicas.....	59
3.4.2.2.	Aplicación del RDL en las diferentes Comunidades Autónomas.....	61
3.4.2.2.1.	Los convenios especiales.....	66
3.4.2.2.2.	La prestación farmacéutica.....	68
3.4.2.2.3.	Los programas especiales: condiciones y supuestos de acceso. ..	71
3.4.2.2.4.	Implicaciones de la reforma en las mujeres inmigrantes.....	71
3.4.2.3.	Argumentos en contra.....	72
3.4.2.3.1.	Derecho a la salud. ¿Un derecho universal?.....	73
3.4.2.3.2.	La inconstitucionalidad del RDL: recursos en contra.....	74
3.4.3.	Comunidad Valenciana: estudio de la aplicación del RDL 16/2012.....	76
3.4.3.1.	Tres años de exclusión sanitaria.....	76
3.4.3.2.	Registro de incidencias producidas en la Comunidad Valenciana.....	79
<b>4.</b>	<b>PROPUESTA DE MEJORA.....</b>	<b>85</b>
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>89</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>92</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>99</b>
	Anexo 1: BOE. 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.....	99

EL DERECHO A LA SANIDAD DE LOS INMIGRANTES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: UNA  
PROPUESTA DE MEJORA

Anexo 2: Documentos de hojas informativas y compromisos de pago.....134

Anexo 3: Registro de incidencias de ODUSALUD.....137

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Gasto Sanitario Público. España, 2009-2013.....	17
<b>Tabla 2:</b> Estructura asistencial del Sistema Nacional de Salud.....	24
<b>Tabla 3:</b> Competencias de las AAPP en materia sanitaria.....	26

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

<b>Gráfica 1:</b> Españoles residentes en el extranjero y extranjeros residentes en España 1950-2010.....	28
<b>Gráfica 2:</b> Evolución de la población en España 1950-2010.....	29
<b>Gráfica 3:</b> Evolución de la población extranjera empadronada en España 1999-2013.....	30
<b>Gráfica 4:</b> Distribución por edad de la población afectada en la Comunidad Valenciana 2012-2015.....	81
<b>Gráfica 5:</b> Distribución por situación administrativa de la población afectada en la Comunidad Valenciana 2012-2015.....	82
<b>Gráfica 6:</b> Distribución por origen de la población afectada en la Comunidad Valenciana 2012-2015.....	83
<b>Gráfica 7:</b> Tipo de incidencia sufrida por la población afectada en la Comunidad Valenciana 2012-2015.....	84
<b>Gráfica 8:</b> Tipos de centros en que se producen las incidencias en la Comunidad Valenciana 2012-2015.....	84

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<b>Ilustración 1:</b> Competencias Sanitarias.....	23
<b>Ilustración 2:</b> Esquema del sistema sanitario en la Comunidad Valenciana.....	41
<b>Ilustración 3:</b> Principales normativas que dieron lugar a la AVS.....	41
<b>Ilustración 4:</b> Principios y factores determinantes del derecho a la salud.....	45

## **SIGLAS Y ACRÓNIMOS**

<b>AGE</b>	Administración General del Estado
<b>ASSS</b>	Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social
<b>AVS</b>	Agencia Valenciana de Salud
<b>BOE</b>	Boletín Oficial del Estado
<b>CCAA</b>	Comunidades Autónomas
<b>CDESC</b>	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>CE</b>	Constitución Española
<b>CEDH</b>	Convenio Europeo de Derechos Humanos
<b>CEE</b>	Comunidad Económica Europea
<b>CISNS</b>	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
<b>CSE</b>	Carta Social Europea
<b>DGS</b>	Dirección General de Sanidad
<b>DL</b>	Decreto Ley
<b>DUDH</b>	Declaración Universal de Derechos Humanos
<b>INP</b>	Instituto Nacional de Previsión
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de la Seguridad Social
<b>IPREM</b>	Indicador público de Renta de Efectos Múltiples
<b>LGS</b>	Ley General de Sanidad
<b>MEYSS</b>	Ministerio de Empleo y Seguridad Social
<b>ODUSALUD</b>	Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PACAEX</b>	Programa de Seguimiento de Atención Sanitaria en la Comunidad de Extremadura
<b>PIDESC</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales



<b>PVPS</b>	Programa Valenciano de Protección a la salud
<b>RD</b>	Real Decreto
<b>RDL</b>	Real Decreto Ley
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SOE</b>	Seguro Obligatorio de Enfermedad
<b>SS</b>	Seguridad Social
<b>TC</b>	Tribunal Constitucional
<b>TEDH</b>	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
<b>TFG</b>	Trabajo Final de Grado
<b>UE</b>	Unión Europea

EL DERECHO A LA SANIDAD DE LOS INMIGRANTES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: UNA  
PROPUESTA DE MEJORA

## **RESUMEN.**

El 20 de abril de 2012 se aprobaba una reforma sanitaria que rompería por completo con los principios de universalidad y gratuidad que caracterizaban al Sistema Nacional de Salud: el Real Decreto-Ley 16/2012. Se modificaba de esta manera la legislación sanitaria y de extranjería existente hasta entonces, al limitar la titularidad del derecho a la salud a la condición de asegurado, dejando sin cobertura sanitaria a los inmigrantes en situación administrativa irregular. El fundamento al que se hace referencia para explicar el porqué de esta reforma es la insostenibilidad del SNS debido al denominado “turismo sanitario”. En este trabajo se pretende analizar dicha reforma bajo la normativa internacional ratificada por España, para que de este modo se pueda evidenciar la gran vulneración que el RDL está teniendo sobre el derecho a la salud.

**Palabras clave:** Real Decreto-Ley 16/2012, inmigrantes irregulares, reforma sanitaria, universalidad, derecho a la asistencia sanitaria.

EL DERECHO A LA SANIDAD DE LOS INMIGRANTES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: UNA  
PROPUESTA DE MEJORA

## 1. INTRODUCCIÓN.

El derecho a la protección de la salud lleva siendo vulnerado más de tres años, en concreto desde el 1 de septiembre de 2012, cuando entró en vigor el Real Decreto Ley 16/2012 “de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad de sus prestaciones” (en adelante RDL 16/2012), publicado el 24 de abril de 2012 en el BOE. Desde el día en que se hizo efectiva la reforma, miles de personas han sido excluidas del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS) imperante en España. La norma suponía un gran cambio en el modelo sanitario español por tres motivos: la regulación de la condición de asegurado y beneficiario, la determinación de las prestaciones sanitarias, y por último, la introducción del famoso “copago” farmacéutico.

Ahora bien, la aparición de la condición de asegurado rompió con los principios de universalidad y gratuidad que habían caracterizado al SNS en las últimas décadas. Esa nueva condición afectó en mayor medida a los inmigrantes en situación irregular, que ahora tendrían limitado su derecho a la asistencia sanitaria a los casos de urgencias, embarazos y si se era menor de edad. Ya no valía con ser residente en España para que cualquier persona pudiera acceder al sistema sanitario. Ese acceso estaba supeditado a la condición de asegurado o beneficiario del mismo. Se marcaba así un retroceso anterior a la Ley General de Sanidad de 1986 (en adelante LGS de 1986).

Desde la promulgación de este RDL se han dado lugar modificaciones y cambios legislativos de gran importancia que han afectado a la asistencia sanitaria en España. Y a partir de ahí, el desastre de dicha normativa no hizo más que empezar, cobrándose muertes por no poseer los medios para poder pagar para recibir asistencia sanitaria, incluida la primaria. En estos más de tres años son miles y miles las incidencias registradas sobre vulneraciones al derecho a la salud por las diversas organizaciones, entidades y fundaciones que se han alzado en contra del RDL denunciando la gravedad y el carácter discriminatorio que para la sociedad en conjunto implica dejar excluidos a este colectivo de personas.

Por esta misma razón, la normativa ha sido criticada por diversas entidades gubernamentales y sectores sociales, incluidas Comunidades Autónomas (CCAA) que anunciaron que no aplicarían la normativa, tales como Cataluña, País Vasco o Andalucía. Incluso algunas Comunidades han respondido interponiendo recursos de inconstitucionalidad contra el RDL como por ejemplo el País Vasco. En cuanto a los facultativos médicos son numerosos también los que han establecido que seguirán atendiendo a quien lo necesite. Sin embargo, no todos han reaccionado de la misma manera por miedo a desobedecer un RDL de este calibre, desencadenando así que el mismo siga arrebatando derechos y quitando vidas.

Esa cantidad de vulneraciones da muestra de que las fatales consecuencias no son sólo números y estadísticas, está afectando a la vida de muchas familias, y no sólo a

las de los inmigrantes en situación irregular sino también a familias comunitarias y españolas. Y es por ello, que esta reforma se perfila como contraria a la normativa internacional sobre el derecho a la salud de la que ya instrumentos de protección de derechos humanos han hecho denuncia. Esta normativa al estar ratificada por España es de obligado cumplimiento, aunque con este RDL no se establece así. Se evidencia de este modo que el Gobierno ha hecho caso omiso a dichas denuncias y recomendaciones, insistiendo una vez más que el RDL encuadra una serie de medidas anticrisis que son de urgente aplicación para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Como se explicará más adelante, esta argumentación no tiene solidez ni base en la que apoyarse firmemente.

Debido al debate generado tras la aplicación del RDL 16/2012 y todo lo que ha acarreado en estos años, es primordial conocer a fondo el contenido de tan mencionado RDL, además de la normativa que le precede. Así se podrá comprender mejor el impacto que está teniendo en la toda la población, y por consiguiente se tendrá un mayor conocimiento del mismo que servirá para ayudar a quienes más lo necesiten.

Hay que señalar que a principios de este año, el Ministerio de Sanidad se había pronunciado a través de los medios de comunicación para declarar que la población afectada por el RDL volvería a tener acceso a la asistencia sanitaria. Meses después, al concluir este trabajo, el Consell de la Generalitat Valenciana, aprobó a propuesta de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, el Decreto Ley de 24 de julio, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. Aún es pronto para evaluar su aplicabilidad y su alcance, y mucho más pronto aún para medir su impacto contra la exclusión sanitaria que promulga el RDL.

## **1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA: OBJETO DE ESTUDIO.**

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) tiene como objeto de estudio el derecho a la asistencia sanitaria como derecho humano de todas las personas tanto a nivel nacional como a nivel internacional. En España, este derecho se ve mermado con la aplicación del RDL 16/2012 al dejar fuera del Sistema Nacional de Salud a la población inmigrante en situación irregular. De esto modo, el derecho a la asistencia sanitaria deja de ser universal y gratuito para estar supeditado a la condición de asegurado.

A este derecho antes de la reforma sanitaria podía acceder cualquiera que residiera en el territorio español. Es por ello, por todas las consecuencias negativas que ha traído el excluir al colectivo inmigrante que es de vital importancia conocer y comprender que tan grave es la vulneración del derecho a la asistencia sanitaria. Este es el motivo que ha primado para centrar este trabajo en dicha vulneración, porque no se puede excluir así porque sí a ciertas personas sin una argumentación contrastada y

verificada, ya que el RDL en ningún momento expone con datos precisos y fehacientes sobre cuál es el uso abusivo que realizan los inmigrantes en situación irregular para que se les prive del derecho a la asistencia sanitaria.

## **1.2. OBJETIVOS.**

### **1.2.1. Objetivo general.**

En relación con el objeto de estudio, como ya se ha señalado anteriormente el RDL ha supuesto la exclusión del sistema sanitario de miles de personas. Por tanto, el objetivo general es conocer y analizar en profundidad quiénes son principalmente ese colectivo afectado, y todo lo que ha supuesto para ellos el verse excluidos de un derecho tan básico como es el de la salud durante estos más de tres años de aplicación de la nueva normativa.

### **1.2.2. Objetivos específicos.**

Concretando un poco más en el tema, entre los objetivos específicos estaría sin duda saber cuáles son los mecanismos, métodos, y mejoras llevados a cabo tanto a corto plazo como a largo para solucionar o mitigar en lo que más se pueda esa vulneración al derecho a la asistencia sanitaria.

## **1.3. ESTRUCTURA DOCUMENTAL.**

En relación con la estructura documental, el presente trabajo se divide en un sumario que indica donde se encuentran el índice de contenidos, el de tablas, el de gráficos, además del apartado de siglas y acrónimos, y el resumen. Continuando con el índice de contenido, éste está compuesto por cinco capítulos, un apartado bibliográfico, y por último, un apartado de anexos.

El trabajo en sí, se inicia con el capítulo 1: Introducción, donde se desarrollan los aspectos más básicos del proyecto. Este primer capítulo está formado por tres apartados, el primero hace mención al objeto de estudio del trabajo, en el segundo se definen los objetivos que se pretenden conseguir, y en el último, se trata la exposición del trabajo según esta estructura. Tras esa introducción se inicia el capítulo 2: Metodología, en el que se explicará los pasos que se han seguido para la obtención de información que fundamenta el proyecto y que le otorga veracidad y credibilidad.

En cuanto al capítulo 3: Situación Actual, es el de mayor importancia debido a que en él se desarrolla prácticamente todo el trabajo y es la fuente sobre la que se apoyan las propuestas de mejora y las conclusiones. En él, desde un marco teórico e histórico, se desarrollan y analizan por apartados y subapartados la materia relacionada con la sanidad pública y la migración en España que ha tenido lugar en el último siglo, así como toda la legislación y normativa correspondiente al objeto de estudio de nuestro proyecto. Yendo al detalle, en el primer apartado del capítulo 3 se habla de la sanidad en España a modo general centrándose en lo que está ocurriendo actualmente, para exponer después en el correspondiente subapartado el concepto de salud pública y formación en la historia. El segundo apartado se centra en el fenómeno migratorio ocurrido en España, empezando por los flujos migratorios para después proseguir con la evolución histórica que ha tenido este fenómeno en el Estado español. A continuación, tienen lugar los dos apartados más importantes de todo el proyecto, uno por ser la base normativa tanto nacional como internacional sobre la que asienta el último apartado, y éste por ser el apartado sobre el que se analiza el famoso RDL. Siguiendo con el detalle, en el apartado número tres, como bien se ha apuntado, tiene lugar todo el marco normativo nacional e internacional del derecho a la salud de los inmigrantes antes del RDL 16/2012, tanto el referente a la legislación de extranjería como el referente a la sanidad, haciendo un inciso aparte sobre la sanidad en la Comunidad Valenciana. Por último, el apartado más importante de todos, el cuatro, analiza con detalle cómo se regula, cómo se fundamenta el RDL 16/2012, así como los efectos que han tenido lugar en estos tres años de aplicación del mismo, entre los que destaca la dispar aplicación que se ha producido en las diferentes comunidades autónomas y todo lo que ello conlleva. En este caso, también se dedica un apartado especial a la Comunidad Valenciana, para así poder centrar de manera específica el objeto de estudio en esta comunidad.

El siguiente capítulo, el cuatro: Propuesta de mejora, desglosa las diferentes propuestas llevadas a cabo por el país en general, pero centrándonos en cinco organizaciones que han sabido desarrollar una gran labor para mejorar la situación de exclusión por la que atraviesa el estado español, y así finalmente tener una base sobre la que sustentar la propuesta final.

Por último, en el capítulo cinco: Conclusiones, tienen lugar las resoluciones a las que se llega tras haber analizado toda la normativa existente sobre el derecho a la sanidad de los inmigrantes, así como también sobre el RDL, tanto sus modificaciones como sus consecuencias a nivel nacional y comunitario que han afectado a tantas personas. A continuación de todo ello, aparece la bibliografía empleada para la realización del TFG, mismo que se complementa con la aplicación de los anexos en la parte final del trabajo.



## 2. METODOLOGÍA.

En todo Proyecto Final de Grado existen una serie de pasos a seguir de enorme importancia para la realización del mismo, pero sin duda la base sobre la que se asientan los contenidos del proyecto es la veracidad de la información con la que se da cuerpo al estudio. Es por ello, que saber de dónde se ha obtenido la información es sumamente importante para poder fundamentar nuestro proyecto y dotarlo de credibilidad.

En este caso, para investigar todo lo referente al derecho de la salud de los inmigrantes en situación irregular en la Comunidad Valenciana, se ha realizado una búsqueda, recopilación y análisis de información de fuentes secundarias. Antes que nada, hay que señalar que debido al gran trabajo realizado por diversas ONG, fundaciones y plataformas sobre la realidad de las consecuencias propulsadas por la aplicación del RDL 16/2012, y al corto período de tiempo del que se disponía para realizar un estudio de esa envergadura, en este proyecto no se ha realizado un trabajo de campo sino un estudio bibliográfico sobre la evolución que ha tenido el derecho a la salud en España, y de igual manera sobre la migración ocurrida en el último siglo. Y además de profundizar en la normativa general y específica que es de aplicación para el análisis del proyecto, se ha tenido en cuenta también las funciones y servicios prestados por la comunidad valenciana para tratar de paliar las graves vulneraciones que se están produciendo con la nueva normativa. En relación a ello, también se ha constatado; aunque de manera no tan detallada; lo realizado en otras comunidades autónomas, mostrando así una comparación con las demás ciudades frente a lo acontecido en la comunidad valenciana. Y para complementar lo expuesto se han incluido gráficas, tablas y anexos que muestran con más detalle lo explicado en el trabajo.

Como se ha apuntado, para esa búsqueda y recogida de información, se ha recurrido mayoritariamente a fuentes secundarias, ya que son rápidas y fáciles de obtener con lo que el coste es prácticamente cero. Dichas fuentes se han detectado gracias a las bases de datos de los buscadores oficiales como Dialnet, Google Académico y Google, aunque sobretodo se ha hecho uso de las publicaciones en formato electrónico de este último. Entre las principales fuentes se encuentran:

- Toda la normativa concerniente al objeto del TFG obtenida a través del Boletín Oficial del Estado (BOE) y la Conselleria de la Comunitat Valenciana.
- La página web del Instituto Nacional de Estadística así como la del Instituto Valenciano de Estadística, de las cuáles la información contenida en los padrones de ambas ha sido decisiva para dar credibilidad a los datos numéricos y de porcentajes que se encuentran en el trabajo.
- La variada consulta de libros relacionados con la sanidad y la inmigración en España, sirviéndonos de apoyo para darle varios puntos de vista al estudio.

- Los estudios e informes sobre la aplicación del RDL 16/2012, entre los que se destaca los de Yo Sí Sanidad Universal y Médicos del Mundo. Aunque lo opera prima en cuanto a informes son los concernientes a la plataforma civil de ODUSALUD.

En cuanto a las fuentes primarias, destaca la elaboración de algunas de las tablas y gráficas, cuyos datos se han obtenido de las bases de datos de los Institutos de Estadísticas y de las bases de algunas organizaciones como las comentadas anteriormente. Pero especial mención hay que hacer al contacto directo que se ha tenido con el personal de ODUSALUD, para corroborar los datos de sus informes, saber cómo funciona la recogida de datos, conocer cómo se desarrolla la plataforma a día de hoy, entre otras cosas.

Y respecto a los aspectos formales dictados por la UPV, el trabajo fin de grado versa sobre un problema real y está relacionado con el trabajo profesional de un alumno en GAP. Además, en cuanto a los aspectos visuales de formato, en el trabajo todas las páginas están numeradas para así facilitar la búsqueda de cualquier apartado sólo con ver el índice. Mismo que ejemplifica toda la estructura del trabajo y que se complementa con el índice de tablas y gráficas, sin olvidar el apartado de la bibliografía que da muestra de que información se ha hecho uso; en un orden alfabético; a través de las citas de autores realizadas a la largo de todo el trabajo. Citas bibliográficas basadas en las normas APA, cuyo sistema es el de nombre y fecha, sistema Harvard, y de las que siempre se ha utilizado el mismo criterio para que todo el trabajo sea uniforme y tenga coherencia.

### **3. SITUACIÓN ACTUAL.**

#### **3.1. LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA.**

El Sistema Nacional de Salud Español ha sido representado durante muchos años como uno de los sistemas sanitarios de mayor éxito a nivel internacional, pues junto con la universalidad, solidaridad y equidad que profesaba, más los indicadores generales de salud que se caracterizaban por ser uno de los mejores del mundo, configuró un verdadero logro social aportando enormes beneficios al conjunto de la sociedad. Servicio del cual, tal como apunta (FEDEA, 2014), el ciudadano disponía sin apenas copagos, y a un coste bastante razonable en equiparación con otros países, ya que era financiado con impuestos generales. Así, la asistencia sanitaria se había establecido como uno de los pilares primordiales del Estado de Bienestar en España.

A pesar de ello, los últimos años de la primera década del nuevo milenio se han caracterizado por los importantes cambios que se han producido en la sociedad española, cambios tanto a nivel económico como social producidos por la fuerte crisis

económica<sup>1</sup> que impera en el país desde 2008, que junto con la caída en los ingresos tributarios han tambaleado las partidas presupuestarias públicas. Uno de esos cambios fue la aprobación del RDL 16/2012, que como ya hemos manifestado en el capítulo 1 ha afectado a varios sectores de la población española, concretamente a los inmigrantes irregulares en lo referente al acceso al sistema sanitario.

Por lo mismo, queremos remarcar lo concerniente al gasto sanitario público, que en el momento de redactar este trabajo, la información oficial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, establecía que el mismo había sufrido una caída de 8.869 millones de euros entre los años 2009 y 2013. Con un gasto sanitario público de 61.710 millones de euros en el año 2013. (Ver Tabla 1).

**Tabla 1: Gasto Sanitario Público. España, 2009-2013**

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Millones de euros</b>	70.579	69.417	68.050	64.153	61.710
<b>Porcentaje sobre PIB</b>	6,5%	6,4%	6,3%	6,1%	5,9%
<b>Euros por habitante</b>	1.510	1.475	1.442	1.357	1.309

**Fuente: Elaboración Propia. Datos obtenidos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013).**

**<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>**

Estos resultados evidencian que el sistema sanitario requiere verdaderos cambios estructurales. El problema viene de si efectivamente las políticas desarrolladas hasta ahora, como por ejemplo la aprobación del RDL 16/2012, y las que se desarrollarán posteriormente están centradas en el control presupuestario para así poder avanzar hacia un sistema sanitario eficiente y equitativo.

---

<sup>1</sup> Crisis económica española-enmarcada dentro de la crisis económica mundial-iniciada en 2008 y que continúa en la actualidad. Para España supuso el final de la burbuja inmobiliaria, la crisis financiera y el aumento del desempleo.  
[https://es.wikipedia.org/wiki/Crisis\\_econ%C3%B3mica\\_espa%C3%B1ola\\_%282008-2015%29](https://es.wikipedia.org/wiki/Crisis_econ%C3%B3mica_espa%C3%B1ola_%282008-2015%29)

Antes de ahondar sobre el tema de ese buscado y ansiado sistema sanitario y los efectos que ha tenido la implantación de ese Real Decreto-Ley, es necesario conocer como el Sistema Nacional de Salud España llegó a convertirse en uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar en España. Hecho que tuvo su origen en la Ley General de Sanidad de 1986, y que ofreció como resultado de su implantación el inicio de un nuevo sistema sanitario español. Dicho sistema ha sido fruto de un proceso histórico que, en el caso de España, comprende unos 200 años desde el momento en que el poder público asume un papel destacado en la sanidad.

Por tanto, vamos a hacer un recorrido histórico de la evolución de la salud pública hasta llegar al sistema sanitario que impera hoy en día en la sociedad española.

### **3.1.1. El concepto de Salud Pública y su formación en la historia.**

La definición de lo que denominamos Salud Pública ha ido variando a largo de la historia dependiendo del contexto social o político en que se encuentre, por lo que resulta evidente su vinculación con la acción del gobierno, que se ha traducido históricamente en la creación de un cuerpo propio de la administración pública, como casi exclusiva delimitación profesional (RODRÍGUEZ OCAÑA & MARTÍNEZ NAVARRO, 2009).

Muestra de ello son las múltiples definiciones que han hecho varios autores con el paso de los años sobre la salud pública, a medida ésta se iba asentando en la sociedad hasta convertirse en una realidad. Destaca la acuñada por WINSLOW en 1920 y adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1953:

“La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y mejorar la salud y la vitalidad mental y física de las personas mediante una acción concertada de la comunidad. La salud pública no es una disciplina intelectual concreta, sino un campo de actividad social. Incluye la aplicación de la química, la bacteriológica, la ingeniería, la estadística, la fisiología y la patología y la epidemiología, incluso algo de sociología, y construye un programa de servicio comunitario sobre tales ciencias básicas”.

El concepto de salud pública en sí, es relativamente moderno, de finales del siglo XIX y principios del XX. Sin embargo, tal como apunta CRUZ ROJO (2009), “la salud pública como ciencia tiene dos siglos de existencia, pero medidas para la conservación de la salud de los pueblos, como parte esencial del instinto de supervivencia, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad”, tal como veremos a continuación.

Y debido al gran trabajo realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública en su informe de 2008 sobre *Salud pública en España: De la Edad Media al siglo XXI*, vamos a contar con el mismo en su mayoría relacionándolo con otros autores, para llevar a cabo de la forma más sencilla y resumida la redacción sobre la evolución del sistema sanitario español.

### 3.1.1.1. *La Administración Sanitaria de la baja Edad Media.*

La aparición de una política sanitaria ordenada estatalmente se produjo a partir de 1721, con el sistema de juntas de sanidad. En el siglo XVIII, por sanidad, se entendía la parcela de las administraciones públicas dedicada a proteger la salud de la población frente a enfermedades catastróficas. (RODRÍGUEZ OCAÑA, 1988).

Las más antiguas juntas de sanidad se asentaban en los puertos de mar más importantes y aparecían cuando había amenaza de un contagio. Dichas juntas estaban compuestas por miembros del gobierno de la ciudad, normalmente elegidos por sorteo. A partir de 1720, el sistema de juntas locales se completó con la existencia de una Suprema Junta de Sanidad, dependencia del Consejo de Castilla. Esta definía, los lugares sospechosos de procedencias de personas y mercaderías contra las que debían adoptarse precauciones en las “aduanas sanitarias”. Debido a que sus tareas eran principalmente administrativas ya que sus funciones eran de tipo burocrático-policial, y que no contaba con sanitarios expertos en su seno, la Junta recurrió al Protomedicato, el tribunal formado por los principales médicos de la Casa Real. El control de la enseñanza y el ejercicio profesional estaba encomendado al Real Tribunal del Protomedicato, que sólo ocasionalmente tuvo alguna relación con problemas del tipo de los vigilados por las juntas de sanidad. Esta división de tareas entró en crisis durante el reinado de Carlos IV. La reconstrucción de la Junta Suprema, suprimida por Godoy, en 1809 (Real Cédula de 25 de agosto) ha de enmarcarse en el ámbito de la guerra y la restauración reformada de la monarquía borbónica. Más tarde, en 1811 las Cortes desestimaron su informe de gestión acerca de la epidemia de Cádiz por lo que promovieron la conversión de la Inspección de salud pública, más tarde Comisión Sanitaria (RODRÍGUEZ OCAÑA & MARTÍNEZ NAVARRO, 2009b).

La Constitución de 1812 reclamó, para el Estado y los organismos públicos, la asunción y el control de la asistencia social y de la beneficencia. Ejemplo de esta transición de un modelo a otro es el Reglamento de provincias aprobado por las Cortes de Cádiz en 1811. Ésta fue una norma orientada a ordenar la actividad de las juntas superiores provinciales (FARRERONS NOGUERA, 2013).

Las Cortes de Cádiz fueron conscientes del peligro de enfrentamiento entre políticos y profesionales si se mantenían dos instituciones con competencias solapadas y composición tan contraria, por lo que modificaron la Junta Suprema introduciendo en ella representantes del Protomedicato (borrador de Decreto de 7 de septiembre de 1813). Aunque estos cambios fueron abolidos tras el regreso del rey Fernando (RODRÍGUEZ OCAÑA & MARTÍNEZ NAVARRO, 2009c, citado en PESET (1972)).

Cuando el temor a la propagación de la fiebre amarilla atemorizó a la sanidad española, ésta creó una extraordinaria situación de urgencia sanitaria que determinó la generalización del sistema de juntas sanitarias.

### 3.1.1.2. *La sanidad liberal en el siglo XIX.*

Tras la Guerra de la Independencia la vida política española resultó muy complicada. El siglo XIX conoció todo tipo de regímenes, desde el absolutismo más estricto bajo Fernando VII al republicano federal. El asentamiento del liberalismo constitucional fue lento y complejo, tanto como la extensión del libre mercado capitalista. La organización sanitaria se reforzó en el terreno municipal, y creció en relación con los cambios en la consideración social de la pobreza: la era industrial convierte en pobres a los trabajadores. Por eso, el desarrollo benéfico se interpretó como un mecanismo defensivo del poder establecido, empleado en beneficio del modelo de sociedad de las élites dominantes. El liderazgo decisivo en la actuación sanitaria en España, tanto preventiva como asistencial, correspondió a los poderes locales, al crearse y desarrollarse la beneficencia pública. Su piedra clave fue la Ley General de Beneficencia de 1849 (RODRÍGUEZ OCAÑA & MARTÍNEZ NAVARRO, 2009d).

En el contexto político del bienio progresista y el epidémico de la segunda acometida histórica del cólera asiático en la Península Ibérica, fue aprobada en 1855 la primera ley de sanidad española. Denominada Ley del Servicio General de Sanidad, estuvo prácticamente enfocada hacia la protección frente a las enfermedades exóticas, respetando las líneas maestras de la administración liberal ya instaurada. Por eso motivo, estipuló con minuciosidad todo lo referido a las relaciones exteriores. El sistema de juntas de sanidad, pese a su fundamentación en la Ley de Sanidad de 1855, desaparecerá en la segunda mitad del siglo al ritmo del crecimiento de los dispositivos sanitarios locales. El mismo hizo crisis en 1868. Por el contrario, se abrieron nuevos frentes y aparecieron nuevos agentes políticos (nacionalistas, proletarios). La Restauración calmó el panorama político, por un tiempo, al forjarse una alianza entre conservadores y liberales en torno al trono. Ya a finales de siglo, se inicia un giro político hacia la intervención social que tuvo su primera manifestación con la fundación de la Comisión de Reformas Sociales en 1883 (RODRÍGUEZ OCAÑA & MARTÍNEZ NAVARRO, 2009e).

### 3.1.1.3. *Nacimiento y consolidación de la salud pública en España a lo largo del siglo XX.*

En España, la salud pública nace y se desarrolla a lo largo del siglo XX, en el cual se pueden diferenciar cuatro etapas:

- **Nacimiento (1904-1925):** El comienzo del siglo XX se caracteriza por afrontar una crisis sobrevenida tras la derrota frente a EE.UU. en 1898. Nació el término “regeneracionismo”, que según explica (RODRÍGUEZ OCAÑA & MARTÍNEZ NAVARRO, 2009f) era el intento de modificar la vida social y la acción del Estado, con un sentido modernizador que consistía en adaptar a las condiciones

españolas las pautas y estructuras vigentes en los países que se consideraban civilizados.

- *Legislación y administración sanitaria*: La única institución sanitaria central que existía a inicios de siglo era el Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII que pasó a llamarse Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII en 1909 tras las amenazas epidémicas en Europa y Norte de África, según expone en su informe (ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD, 2015). Este instituto sirvió de plataforma para asentar las bases de una enseñanza reglada en materia sanitaria.

Siguiendo con (RODRÍGUEZ OCAÑA & MARTÍNEZ NAVARRO, 2009g), en 1904 se dictó la Instrucción General de Sanidad, suponiendo la organización de un servicio sanitario permanente, de higiene y prevención, en el interior, y la creación de los inspectores de sanidad. A palabras de RODRÍGUEZ OCAÑA (1994), esta etapa también se caracteriza por modernizar la vida española, en particular de la Administración del Estado, que partía de calificar la situación sanitaria como “desastre”. Dicha modernización tomó cuerpo con la creación de una nueva legislación y administración sanitaria (en 1899 se creó, fugazmente, la Dirección General de Sanidad), la cual alcanzó su asentamiento con la reinstalación de dicha DGS (1922). Otro hito legislativo fue el Reglamento de Sanidad Provincial de 1925, que creó los Institutos Provinciales de Higiene como centros técnicos competentes de la administración sanitaria periférica, además también destaca la Escuela Nacional de Sanidad de 1924.

- **Consolidación (1926-1957)**: Esta etapa tiene su inicio en la dictadura de Primo de Rivera, manteniéndose durante la República y los primeros años del franquismo, estableciendo el modelo jerárquico-territorial en cuatro niveles, central, provincial, comarcal y local.

- *Legislación y administración sanitaria*: Como ya comentamos en la fase de nacimiento, el Reglamento de Sanidad Provincial de 1925 fue importante para la modernización de la administración sanitaria. Sobre todo, en la dictadura de Primo de Rivera, dando lugar a la fusión de todos los organismos sanitarios de ámbito provincial en un único Instituto Provincial de Higiene, del cual destaca su función de organizar núcleos comarcales para atender eficazmente los servicios que demandasen las diferentes localidades, según indica (HUERTAS, 2000). Este autor también señala que la realidad no respondió a las previsiones normativas.

Siguiendo lo definido por HUERTAS (2000b), en la II República, destaca su intento de reforma sanitaria republicana, caracterizado por el aumento del gasto sanitario y el proyecto de crear una infraestructura sanitaria. En cuanto a sus aportaciones legislativas, en materia de

sanidad resulta significativa la Ley de Bases de Régimen Sanitario de 1934, con la que se pretendió dar una mejor organización de los servicios sanitarios encomendados a municipios y diputaciones. Así, las Mancomunidades se consolidaron y se reafirmó la consideración de la sanidad como función pública dirigida por el Estado que contaba con la colaboración entre municipios, provincias y la propia administración central. Ya durante la guerra civil, se intentó dar cabida a unos servicios sanitarios que llegaron a un desarrollo suficiente como para intentar incorporar elementos como la promoción de la salud, la gratuidad y la universalización, evidenciando así una posible futura creación de un Servicio Nacional de Salud; aunque todo ello no pasó del plano teórico.

Para FUNDACIÓN ALTERNATIVAS (2007), la salud pública se reguló en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, que sustituyó a la de Beneficencia de 1849. En los años cuarenta, la asistencia sanitaria se incluía en el sector privado con o sin ánimo de lucro, tal como la Cruz Roja, a excepción de las situaciones que incluían asistencia de beneficencia o tratamiento a patologías como la tuberculosis, y que eran asumidas por el Estado. De esta manera, el sistema sanitario asistencial quedó dividido en tres niveles: beneficencia, asistencia privada y SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad, 1942). Este último nivel acabaría imponiéndose como el sistema de supremacía de la sanidad, ya que para finales de los años cincuenta fue clave para la protección social y la asistencia sanitaria en España. En 1957, el INP (Instituto Nacional de Previsión, 1908) llevó a cabo la creación del Plan Nacional de Seguridad Social, el cual daría como resultado al proyecto de Ley de Bases de la Seguridad Social y, por consiguiente, a la mismísima Seguridad Social.

- **Difuminación (1958-1980):** La sanidad durante el franquismo (1939-1975), significó tras el final de la guerra civil la derrota de los principales protagonistas que desarrollaron los avances sanitarios de la II República y la interrupción de los logros conseguidos en la etapa anterior, así lo apunta (MARSET CAMPOS, et al., 1995).

Continuando con (RODRÍGUEZ OCAÑA & MARTÍNEZ NAVARRO, 2009h), se evidencian dos etapas durante el franquismo: la primera, período de autarquía que va desde 1939 hasta 1959, la cual hemos descrito dentro de la fase de consolidación; y la segunda, período de desarrollismo que se inicia a continuación de la anterior hasta la muerte de Franco en 1975. En este caso, toca esclarecer la segunda etapa legislativa del franquismo.

- *Legislación y administración sanitaria:* La Ley en materia sanitaria que prima en este período es la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, que va en dirección hacia una racionalización financiera y administrativa de las entidades y prestaciones existentes, tal como indica SOLÉ SABARÍS (1965).



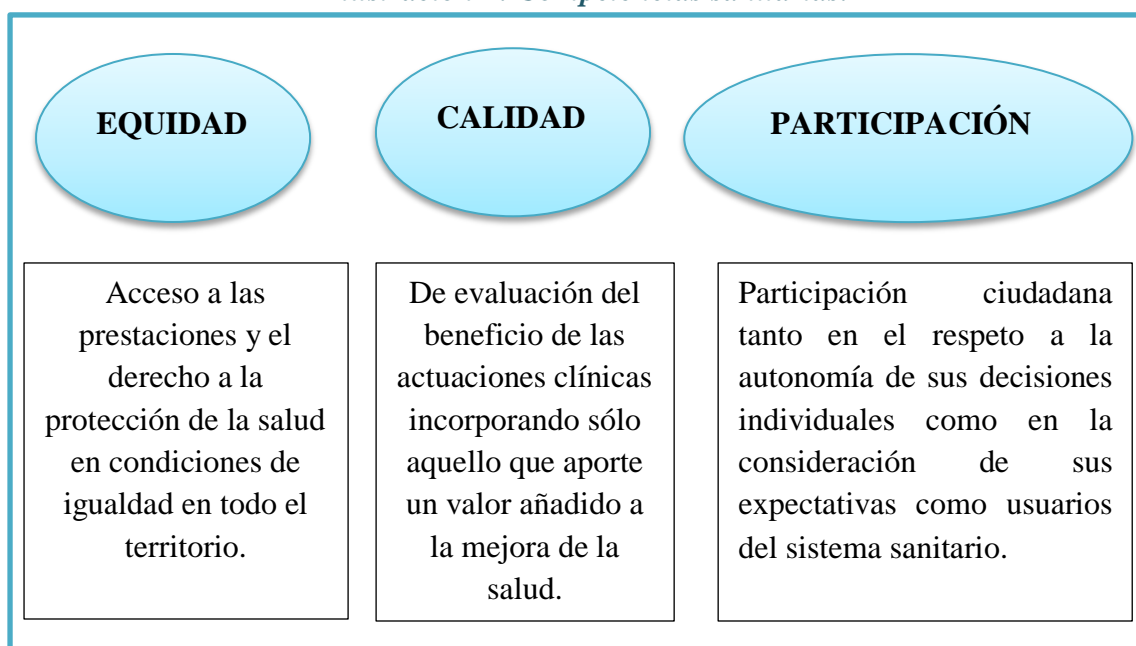
En esta etapa, tal como expone (MARSET CAMPOS, et al., 1995b), también tiene lugar la eliminación de las Mancomunidades Sanitarias creadas en la II República, pues pasan a ser parte integrante de las Jefaturas Provinciales de Sanidad. Se evidencia así, el debilitamiento de la estructura dependiente de la DGS, justo cuando la estructura del SOE comienza a crecer y a imponerse.

- **Renacimiento (1981-en adelante):** Esta última fase será descrita con mayor amplitud, debido a su importancia, en el apartado siguiente.

#### 3.1.1.4. *El Sistema Nacional de Salud: la España democrática.*

El año 1978 marcó un antes y un después en la sociedad del Estado Español, ya que tras la aprobación de la Constitución Española (CE), se pasa de un régimen autoritario a un régimen democrático; por consiguiente, el camino hacia la democratización daba inicio. Con la aprobación de la norma suprema del ordenamiento jurídico español se sentaron las bases por las que se rige el derecho a la protección de salud (art.43 CE), y además conformó al Estado como un Estado de Autonomías, así lo evidenciaba el título VIII del texto constitucional. En él, tal como explica FUNDACIÓN ALTERNATIVAS (2007b), se consideraron competencias de la Administración General del Estado (AGE) las de Seguridad Social, mientras que se asignó a las CCAA las concernientes con la sanidad estatal. Así, se daba origen a lo que sería un sistema sanitario descentralizado políticamente en los años siguientes. (*Ver Ilustración 1*).

*Ilustración 1: Competencias sanitarias.*



**Fuente: Elaboración Propia. Datos obtenidos del Portal de Conselleria de Sanidad. <http://www.san.gva.es> (2012).**

La ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad vino a reforzar lo establecido en la CE al desarrollar los principios y criterios que han posibilitado modelar el Sistema Nacional de Salud, el cual comenzó a diseñarse por el gobierno socialista en 1982. Sin embargo, en su desarrollo posterior la propia Ley no regula el derecho como un derecho de todos, vincula el acceso a las prestaciones sanitarias a la extensión de la cobertura de la Seguridad Social (SS). A pesar de ello, el SNS no sustituyó a la Seguridad Social como nueva forma de organizar la protección de la salud, sino que se superpuso a ella, así lo indica FUNDACIÓN ALTERNATIVAS (2007c). Otro acontecimiento trascendental, desde el punto de vista económico, fue que en 1988 la ASSS (Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social) pasó de financiarse por las cuotas de la Seguridad Social a realizarlo a través de los impuestos pagados por todos los españoles. De esta forma, se constituyó el sistema sanitario español denominado Sistema Nacional de Salud, el cual tiene como pilares la CE de 1978 y la LGS de 1986.

Según la última definición establecida por el Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad en 2012, 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 que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

En cuanto a su estructura, por un lado se distinguía la administrativa y la de asistencia general. En lo concerniente a la administrativa, (AINCHIL CAYUELA, et al., 2013) explica que la función del Ministerio de Sanidad y Consumo como órgano de la AGE era llevar a cabo lo establecido por el Gobierno sobre sanidad, que como Ministerio delegó la gestión y administración de esas previsiones, siendo la principal INDASALUD, la cual ejercía sus funciones a nivel nacional. Una vez llevadas a cabo las transferencias en Sanidad a las CCAA, éstas crearon sus propios servicios de salud. En lado de la asistencial, esta se organizaba en dos niveles: la atención primaria, la cual desarrolla sus servicios en los centros de salud; y la atención especializada, que se lleva a cabo en ambulatorios y hospitales. (Ver Tabla 2).

**Tabla 2: Estructura asistencial del Sistema Nacional de Salud**

	<b>Atención Primaria(AP)</b>	<b>Atención Especializada</b>
<b>Características</b>	Accesibilidad	Complejidad técnica
<b>Actividades</b>	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad	Cuenta con los medios de mayor complejidad y coste
<b>Acceso</b>	Espontáneo	Por medio de los facultativos de AP
<b>Dispositivo asistencial</b>	Centros de salud	Centros de especialidades y hospitales
<b>Régimen de atención</b>	En el centro o domicilio	Vía ambulatoria o internamiento

Fuente: Elaboración Propia. Información obtenida en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>

Las prestaciones del SNS consistían en otorgar a los ciudadanos actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud, cuya cartera de servicios básicos se actualizó con la Ley 16/2003 y el RD 1030/2006, así fue definido, especificado y detallado en el informe de 2010 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Como aspectos característicos del Sistema Nacional de Salud destacaban la universalidad, el servicio se daba en condiciones de igualdad fuesen las que fuesen las circunstancias, pero eso no conllevaba a que la cobertura sanitaria pública se extendiese a la totalidad de la población, no hay que confundir disponibilidad con accesibilidad; y la solidaridad, las contribuciones de los ciudadanos se calculan de acuerdo a sus niveles de sus rentas y había equidad en cuanto al acceso a las prestaciones. Otro aspecto a destacar es la financiación del sistema, ya que en 1999 pasó a ser pública mediante los ingresos del Estado (CATALÁ GONZÁLEZ, 2010). Cada persona aporta impuestos en función de su nivel de renta, recibiendo servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades de salud. En lo referente a asistencia sanitaria para enfermedad común y accidente no laboral se trataba de una prestación no contributiva financiada a través de los impuestos que estaba integrada en la financiación general de cada CCAA (MINISTERIO DE SANIDAD, 2010).

El proceso de descentralización sanitaria, iniciado en España en el año 1979, tuvo su punto culmine durante el año 2002 con el traspaso de los servicios estatales de salud pública a las CCAA pasando la financiación sanitaria a integrarse dentro de la financiación general de las CCAA (BOHÍGAS, 2003). Aunque el Estado era quien reconocía el derecho al acceso del sistema sanitario público, quien establecía cómo hacerlo y bajo qué condiciones eran las CCAA. Es por ello, que se hizo necesaria la aprobación de una nueva ley que culminase el proceso de reforma llevado hasta entonces. De este modo, el 14 de mayo de 2003 se aprobó la Ley 14/2003, *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.

La Ley 14/1986 también recoge los principios relacionados con la coordinación sanitaria estatal, en la que se marcan los instrumentos de colaboración. Además, creó como órgano de coordinación entre las CCAA y la AGE, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), el cual es profundizado por la Ley 14/2003. (*Ver Tabla 3*).

Si hay una característica que prima sobre las demás acerca del modelo sanitario iniciado en 1986 es la universalidad, característica que en el año 2012 queda restringida con la aprobación del RDL 16/2012.

*Tabla 3: Competencias de las AAPP en materia sanitaria.*

<b>CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS</b>	<b>ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO</b>	Bases y coordinación de la sanidad
		Sanidad exterior
		Política del medicamento
		Gestión de INGESA
	<b>COMUNIDADES AUTÓNOMAS</b>	Planificación Sanitaria
		Salud Pública
Gestión y Servicios de Salud		
<b>CORPORACIONES LOCALES</b>	Salubridad	
	Colaboración en la gestión de los SP	

Fuente: Elaboración propia. Información obtenida en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012.pdf>

## 3.2. EL FENÓMENO MIGRATORIO EN ESPAÑA.

### 3.2.1. El contexto de los flujos migratorios.

En el mundo el fenómeno de las migraciones de población ha estado siempre patente, convirtiéndose en una práctica diaria con matices específicos dependiendo del momento histórico en que tengan lugar y, significando una necesidad para las personas que desde la antigüedad se desplazaban de un lugar a otro en busca de un mejor nivel de vida que el habido en su país de origen ya sea por factores económicos, sociales, políticos, etc. Dando lugar así a los denominados flujos migratorios, siendo los países más desarrollados los de mayor atracción. Actualmente millones de personas viven en país distinto del que nacieron.

Los flujos migratorios traen consigo los conceptos de persona inmigrante y emigrante. La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) reconoce el derecho a emigrar en su art. 13:

▪ **Artículo 13.**

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.
2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

En cuanto al concepto de persona inmigrante, tal como indica (SOLER GONZÁLEZ, 2008), se refiere a aquellos individuos que salen de su país con destino a otro, impulsados tanto por las dificultades de llevar una vida digna en su lugar de origen, como por las expectativas de mejorarla en el país de destino.

Así pues, la migración es un fenómeno sociológico de gran dimensión para muchos países, y además supone un cambio social importante en el Siglo XXI. Se explica así que los flujos migratorios sean actualmente un rasgo fundamental del fenómeno de la globalización. Como afirma (FERNÁNDEZ HUERTA, 2014), cuanto más globalización más migración. Pero esta vez no estamos ante una migración libre sino forzada por las condiciones en las que se vive en los países de origen de los inmigrantes.

A continuación, para profundizar sobre el tema de las migraciones nos centraremos en la perspectiva histórica que ha tenido la inmigración en el Estado Español.

### **3.2.2. La Inmigración en España.**

Para llevar a cabo la redacción sobre el fenómeno migratorio en España desde una perspectiva histórica, a lo largo de todo este apartado vamos a hacer uso en su mayoría de varios de los argumentos establecidos en el informe realizado por el Colectivo Ioé (PEREDA, et al., 2008) denominado “*Inmigrantes, nuevos ciudadanos: ¿Hacia una España plural e intercultural?*”.

#### *3.2.2.1. La España migrante. De país de emigración a país de Inmigración.*

Como ya hemos señalado, las migraciones son un fenómeno que ha tenido lugar a lo largo de toda la historia de la humanidad. Sin embargo, ha desencadenado una gran repercusión en España en las últimas décadas.

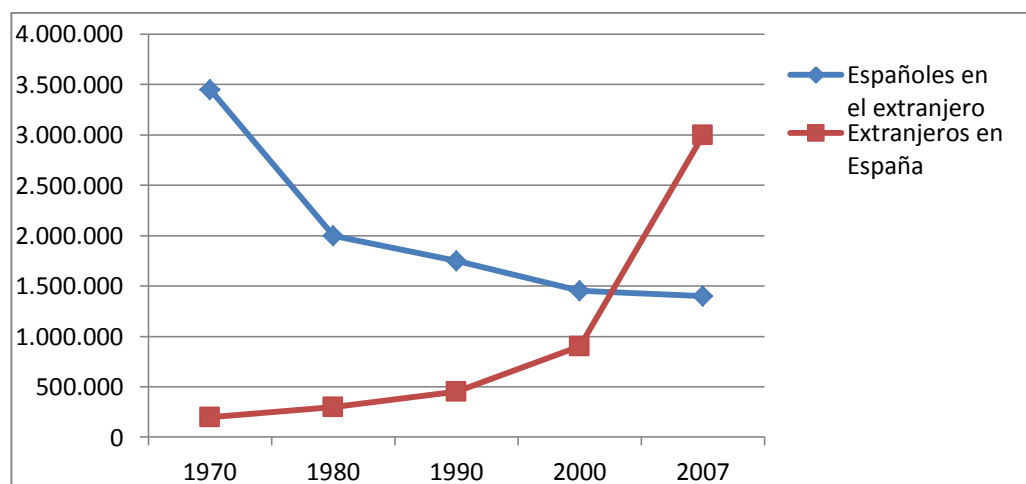
España ha tenido un papel muy activo en las migraciones internacionales a lo largo de sus siglos de historia:

- Primero: Por los procedimientos de depuración étnica y religiosa del nuevo estado-nación, que conllevó la expulsión de judíos y musulmanes entre los siglos XV y XVII. Después, por la migración de españoles hacia las colonias y excolonias de ultramar.

- Segundo: Por las consecuencias de la reconstrucción económica de Europa tras la Segunda Guerra Mundial que coincidió con el excedente de mano de obra en el campo español, originada por la modernización agraria e industrial del país.
- Tercero: A causa de la importante llegada de extranjeros a España en el contexto de las migraciones Sur-Norte que caracterizan a la economía globalizada del siglo XXI.

Es en esta tercera razón, en la que nos vamos a centrar para describir el cambio de tendencia dado en la transición al siglo XXI, al pasar España de ser un país de emigración a un país de inmigración. A partir de la crisis económica<sup>2</sup> de 1973 se produce un cambio en las migraciones internacionales españolas, dejando de ser un país de emigración para convertirse con el paso de los años en un país de inmigración. Hecho que adquiere un aceleramiento extraordinariamente ascendente con la entrada al nuevo milenio. Según cifras oficiales del Ministerio del Interior, los extranjeros con permiso de residencia se multiplicaron por 3 entre 1970 y 1995, y por 7 entre 1995 y 2007. Si comparamos estas cifras con el número de españoles residentes en el extranjero, se comprueba que ha sido en torno al año 2001 cuando el número de extranjeros en España ha superado por primera vez al de españoles residentes en el exterior. (Ver Gráfico 1).

**Gráfico 1: Españoles residentes en el extranjero y extranjeros residentes en España (1970-2007)**



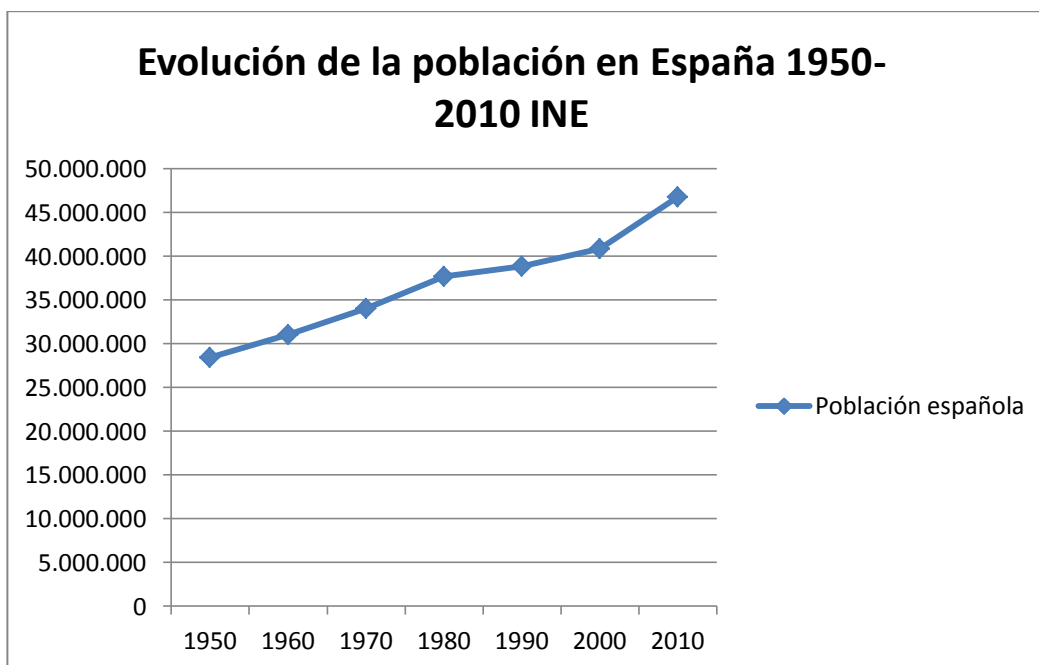
**Fuente: Elaboración propia. Información recogida por el informe de Colectivo Ioé (2008) a partir de la estadística de extranjeros residentes en España (Ministerio del Interior) y la de españoles con residencia permanente en el exterior.**

Para poder comprender ese cambio de emigración a inmigración de las migraciones españolas, hay que especificar cuál era la situación del país en las últimas décadas del siglo XX. La población de esos años se caracterizó por una tendencia al

<sup>2</sup> A finales de la época del franquismo, en España la fuerte subida del precio del petróleo produjo serias repercusiones en el país. Desencadenó una espiral inflacionista, el paro se disparó y acabó estancándose. Esta crisis petrolera fue el detonante del fin de una época dorada que se había vivido desde 1960 hasta 1973.

estancamiento y envejecimiento. Entre los años 1950 y 1981 la población española se incrementó al ritmo promedio del 1% anual. En cambio, entre 1981 y 2001 se redujo al 0,4%. Por consiguiente, en la década de los años 60 y 70 la población creció por encima de los tres millones de personas, mientras que en los '80 y '90 los aumentos se situaron en torno al millón y medio de habitantes.

*Gráfico 2: Evolución de la población en España 1950-2010*



**Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del INE.**

En gran parte del período, el mayor impacto se debió a un descenso continuo del crecimiento vegetativo (diferencia entre nacimientos y defunciones), originado por la caída de las tasas de natalidad. Muestra de ello es que a mediados de los '90 la población española crecía por debajo del nivel de reemplazo generacional (establecido en 2,1 hijos por mujer). Hecho que unido a la prolongación de la esperanza de vida, provocó un continuo envejecimiento de la población (los mayores de 65 años eran el 13,8% en 1991 y el 17% en 2001<sup>3</sup>).

En cuanto a la situación económica comprendida entre 1994 y 2005, ésta se caracterizó por el crecimiento de la Renta Nacional Disponible, la cual aumentó un 51% en términos reales con un incremento anual por persona del 3,4%. Otro factor clave para justificar la llegada de los inmigrantes fue el empleo, puesto que el número de puestos

<sup>3</sup> Todos los datos obtenidos, porcentajes y números han sido obtenidos del INE y MEYSS, aunque no se represente con una gráfica.

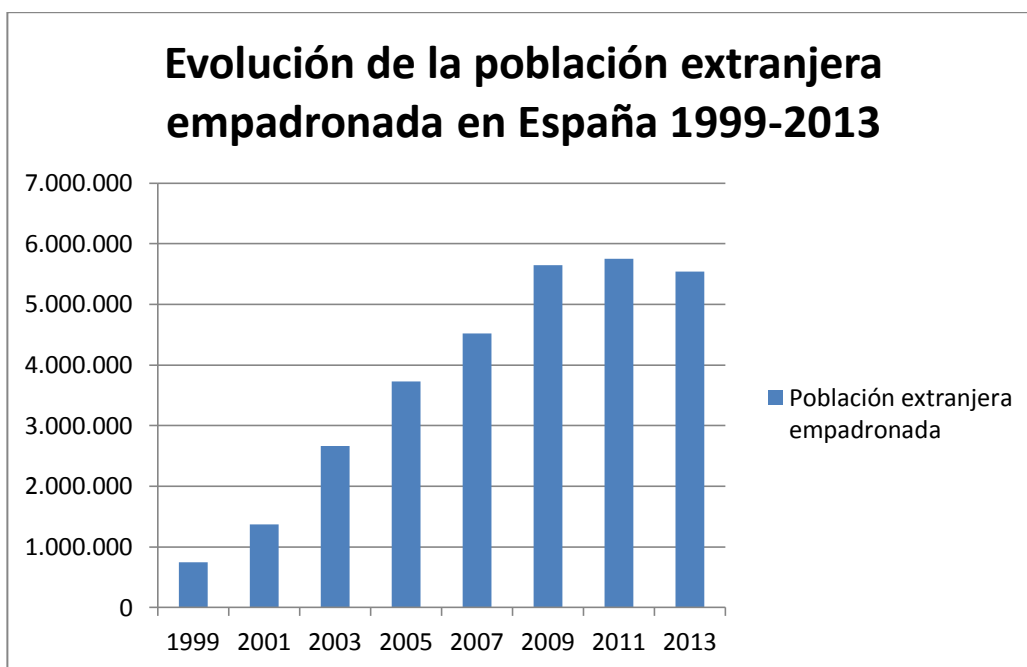
de trabajo fue ascendiendo un 62% entre 1994 y 2007, pasando de 12,4 a 20,1 millones en poco más de diez años.

Finalmente, podemos decir que la década del boom de la inmigración (entre 1998 y 2007) destacó por su expansión económica y las oportunidades de empleo situados en un contexto de baja natalidad y envejecimiento poblacional.

Los países con más inmigrantes llegados a España son Rumanía (925.140), Marruecos (888.937), Ecuador (390.034), Colombia (270.335) y Reino Unido (255.135), que conjuntamente representan el 49,60% del total de extranjeros en España, según MEYSS (Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Secretaría General de Inmigración y Emigración, 30 de Junio de 2013).

Sin embargo, según datos del INE (2014), la evolución de la población extranjera empadronada en España en 1999 era de 748.954, ascendiendo notable y anualmente hasta llegar a 2011 con 5.751.487 extranjeros empadronados. Se produce un descenso ya en el año 2012 con 5.736.258 y en 2013 con 5.546.238 extranjeros en el padrón, suponiendo esta cifra el 11,7% de la población total española.

*Gráfico 3: Evolución de la población extranjera empadronada en España 1999-2013*



**Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del INE.**

A la vista de los datos, y bajo la perspectiva de MARTÍN TEMIÑO (2014, p. 15), queda patente que la actual crisis por la que atraviesa España después del boom inmobiliario ha dado lugar a que los inmigrantes ocupen puestos de trabajo poco



cualificados cuando antes se ofertaban sin necesidad de requerir estudios. Por consiguiente, y en una época de recesión económica que ya dura 7 años, los primeros a los que despiden son los inmigrantes. Estas personas una vez perdido su puesto de trabajo y prácticamente sin posibilidad de encontrar otro, ya no ven posibilidades en España y una gran mayoría vuelve a su país de origen.

Entre los extranjeros que abandonaron España durante la primera mitad de 2013, las nacionalidades predominantes fueron las de Rumanía (37.018 emigraciones) y Marruecos (27.362), que son además las nacionalidades mayoritarias entre la población extranjera residente (INE, 2013).

A fecha de 1 de Enero de 2015, la población residente en España se situó en 46.439.864 habitantes, 72.335 menos que a comienzos de Enero de 2014. Se intensifica así el descenso iniciado en el año 2012. En términos anuales, comparado con 1 de enero de 2014 la población cae un 0,16%.

### **3.3. MARCO NORMATIVO DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS INMIGRANTES ANTES DEL RDL 16/2012.**

En España, antes de la entrada en vigor del RDL 16/2012 y el RD 1192/2012 el 1 de septiembre de 2012, los inmigrantes en situación irregular gozaban del acceso al sistema sanitario público independientemente de su situación legal o administrativa. De este modo se puede establecer que hay un antes y después tras la implantación de estos dos reales decretos en cuanto al acceso al sistema público de salud.

A continuación, para entender lo revelador de la reforma interpuesta por el RDL, se abordará lo referente a los principales antecedentes legislativos sobre el derecho a la salud de los inmigrantes que precedieron a esta nueva normativa, tanto los pertenecientes a los extranjeros como los que conciernen a la sanidad.

#### **3.3.1. Normativa legal de extranjería.**

Tal como explican AA.VV. (2000, p. 18), en España antes del siglo XX, el Estado liberal estaba basado en la soberanía nacional. Por ello, era aceptada la distinción de derechos entre los nacionales y los extranjeros, los cuales eran sometidos en su estatus a la voluntad del Estado. En esos últimos años, tras la Constitución de 1869 se les comenzaron a reconocer ciertos derechos de carácter social y económico. Al igual que, ya en el siglo XX la Constitución de la Segunda República de 1931 les reconocía algunos derechos bien porque se los atribuía de forma expresa o porque lo hacía con carácter universal atribuyéndolos a toda persona. Durante la época del franquismo los extranjeros carecían de derechos; sin embargo, con la instauración de la

Constitución de 1978 (CE) se les garantizó libertades públicas al igual que los españoles, pero tal como establece en su art. 41 “en los términos que establezcan los Tratados y la Ley”.

### 3.3.1.1. *Ley Orgánica de Extranjería 7/1985.*

Tras la entrada en vigor de la CE la nueva regulación constitucional básica de extranjería se ha ido definiendo a través de leyes posteriores. Muestra de ello fue la promulgación de la primera Ley de Extranjería, la LOE 7/1985, de 1 de julio, *sobre derechos y libertades de los extranjeros en España* (vigente hasta el 1 de febrero de 2000), enfocada a primera instancia en reprimir la delincuencia internacional y el terrorismo. Ésta tuvo lugar tras las presiones de los países europeos para que España controlase los flujos migratorios debido a su integración a la antigua Comunidad Económica Europea (CEE). Pese a tratarse de una ley de derechos y libertades, tal como apunta AJA (2012, p. 69) “más bien se trataba de una ley dirigida a facilitar el control de los extranjeros y su expulsión”. Fue la posterior STC 115/1987, de 7 de julio<sup>4</sup>, la primera en ir definiendo y delimitando a lo largo de los años cuáles eran los derechos y libertades de los extranjeros en España (SANTOLAYA, 2005). Dichos derechos y libertades tal como estipulaba la sentencia se establecerían en virtud de los convenios y tratados internacionales de los que el Estado Español es parte.

Aunque según AA.VV (2000b, p. 22), esta ley estableció la distinción entre el inmigrante en situación legal, el cual apenas tenía derechos, y aquél que se encontraba en situación irregular, que en este caso estaba destinado a la expulsión. Es por ello, y tras convertirse España en un país de inmigrantes y no de emigrantes que se hace necesaria la promulgación de una nueva Ley Orgánica de Extranjería.

### 3.3.1.2. *Ley Orgánica 4/2000.*

La entrada al nuevo milenio supuso cambios tantos sociales como jurídicos en el Estado Español ya que los primeros años del 2000 reflejaron un importante crecimiento de la población inmigrante. Por ello, un acontecimiento clave fue la aprobación de la última Ley de Extranjería promulgada el 11 de enero de 2000 bajo el nombre de Ley Orgánica 4/2000, *sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. Por consiguiente, su ámbito de aplicación estaba destinado a, tal como su art. 1 dispone, a “los que carezcan de la nacionalidad española”.

---

<sup>4</sup> STC 115/1987, de 7 de julio publicada en BOE núm. 180 de 29 de julio de 1987. <http://www.boe.es/boe/dias/1987/07/29/pdfs/T00015-00023.pdf>

Esta ley en su redacción modificada por la LO 2/2009<sup>5</sup>, de 11 de diciembre, reconocía a los extranjeros, entre otras cosas, el derecho a la salud en las mismas condiciones que los españoles estableciendo como único requisito a seguir estar empadronados en un municipio donde tuvieran su domicilio habitual<sup>6</sup>. Dicho reconocimiento quedaba patente en la redacción del art. 12 de la LO 4/2000 de la siguiente manera:

- **Artículo 12.** Derecho a la asistencia sanitaria.
  1. Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, 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 por enfermedad grave o accidente, 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 tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Es decir, si un extranjero precisaba de la utilización del servicio sanitario español el único aspecto a cumplir era el de hacer constar su residencia efectiva en un municipio, estableciendo de este modo distinción alguna entre los extranjeros que sí tenían permiso de residencia y los que sin tenerla estaban empadronados. En caso contrario, como única excepción los que no estaban empadronados podían hacer uso de ese bien jurídico por medio del servicio de urgencias si padecían enfermedad grave o habían sufrido un accidente. Así quedaba reconocido el derecho los inmigrantes a la atención gratuita en el sistema público de salud.

En el caso de los nacionales pertenecientes a Estados miembros de la Unión Europea y a los que les fuese de aplicación el régimen comunitario y precisaran de atención sanitaria, el art. 1.3. establecía que se regirían “por las normas que lo regulasen, siéndoles de aplicación la presente Ley en aquellos aspectos que pudieran ser más favorables”. Por tanto, quedaban excluidos del ámbito de aplicación de dicha Ley los extranjeros comunitarios y los turistas.

Sin embargo, a pesar de que a los extranjeros el hecho de estar empadronados les garantizaba el acceso a la sanidad pública, esto podía acarrear serios problemas a quienes inscribirse en el padrón municipal conllevara superar numerosos trámites administrativos y burocráticos. Aunque sin duda el factor decisivo a la hora de que los

---

<sup>5</sup> Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. <http://www.boe.es/boe/dias/2009/12/12/pdfs/BOE-A-2009-19949.pdf>

<sup>6</sup> La LO 2/2009, para evitar posibles confusiones interpretativa sobre el concepto de “residencia habitual” como sinónimo de “residencia legal”, cambió el requisito de la inscripción en el municipio de residencia habitual por el empadronamiento en el municipio correspondiente al “domicilio habitual”.

inmigrantes realizasen el empadronamiento -llevándoles en muchos casos a no inscribirse en el Padrón-, era el acceso que la Dirección General de Policía tenía sobre la base de datos del Padrón, ya que podían obtener información sobre aquellos que fuesen inmigrantes irregulares y terminar abriendo un expediente de expulsión. Aun así, tal como establece (DELGADO DEL RINCÓN, 2014) el registro administrativo de los inmigrantes facilitó a los Ayuntamientos establecer cuántas personas y en qué condiciones se encontraban en las localidades donde vivían. Asimismo, las AAPP pudieron distribuir la población por zonas para prestar los servicios equitativamente entre los diferentes centros<sup>7</sup>.

La LO 4/2000, desde la perspectiva de (FERNÁNDEZ HUERTA, 2014b, citado en RUIZ DE HUIDROBO DE CARLOS, 2006), promulgó una serie de medidas favorecedoras de la integración social de los inmigrantes, con un amplio reconocimiento de los derechos sociales a los inmigrantes irregulares que estuvieran empadronados.

### **3.3.2. Normativa legal del derecho a la salud.**

En cuanto a la legislación que ha configurado el sistema sanitario estatal y las diversas disposiciones referentes al derecho a la salud, destacan principalmente dos leyes: la Ley 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad* y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, las cuales establecen los principios básicos por los que debe regirse el sistema de salud español.

#### **3.3.2.1. Ley 14/1986.**

La Ley 14/1986, llamada comúnmente reforma de Ernest Lluch, introdujo la mayor modificación y evolución en la gestión de la salud pública de todos los tiempos. Para (LAMATA COTANDA & PÉREZ ANDRÉS, 2011) “supuso un impulso para la mejora de la atención sanitaria, consolidando y generalizando el derecho a la sanidad pública de calidad”. Además de que “sentó las bases de lo que hasta nuestros días hemos conocido como el Sistema Nacional de Salud español, uno de los más garantistas del mundo”. Así, el SNS definía el carácter público, la universalidad y gratuidad del sistema, los derechos y deberes de los ciudadanos y poderes públicos en este ámbito, además de la descentralización política de la sanidad, entre otras facultades (TALAVERA HUERTA, 2012). Sus características principales quedaban recogidas en el art. 46 de la ley 14/1986, del siguiente modo:

- **Artículo 46.**

- a) La extensión de sus servicios a toda la población.

---

<sup>7</sup> Centros sanitarios o educativos, de ahí a que la ley aludiera también al Padrón del domicilio habitual.

- b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- c) La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- d) La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- e) La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

Esta ley, como mencionamos en el párrafo anterior, configuraba la prestación sanitaria de forma universal ya que como se puede observar en su primer artículo se exponía lo siguiente:

- **Art. 1.2 y 1.3.** Del derecho a la protección de salud.
  - 2. Son titulares del derecho a la protección de la salud a y la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
  - 3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios establezcan.

De este modo, el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria se configura en base al concepto de ciudadano, y no de afiliación y alta al Sistema de Seguridad Social, ya que tal y como apunta (GONZÁLEZ DE HERAS, 2004):

“Desde el punto de vista jurídico, con la Ley General de Sanidad, la asistencia sanitaria deja de ser una prestación contributiva del Sistema de Seguridad Social para convertirse en un derecho de todos los ciudadanos residentes en España, y por tanto, la pertenencia o no a aquel sistema, alta y afiliación al mismo, y por extensión, la de la persona dependiente de afiliado y en alta, desaparece. Se esté o no en alta en un Sistema de Seguridad Social y se depende o no económicamente de una persona en alta, se tiene derecho a la asistencia sanitaria y por lo tanto al reconocimiento administrativo de este derecho con carácter personal y propio”.

Por consiguiente, la Ley General de Sanidad generó la ampliación de la cobertura sanitaria hasta convertirla casi en una protección de la salud completamente plena. Este hecho hacía sobreentender que si dicha cobertura alcanzaba esos niveles se aplicaba también a la población inmigrante residente, ya que en ningún punto de la ley se establecía lo contrario. Sin embargo, conseguir llegar a esa situación no fue tarea fácil para el Estado Español, ya que no contaba con la política fiscal necesaria para llevar a buen puerto una reforma sanitaria basada en la universalidad. Aunque a pesar de que no se especificaba ningún impedimento para el acceso a los servicios sanitarios, esto daba lugar a que tampoco existiesen elementos que consolidasen tal situación por lo que podrían producirse arbitrariedades con el personal administrativo de los centros de sanidad públicos.

Pese a ello, y de acuerdo al informe de RED ACOGE (2015), esta Ley sentó las bases del reconocimiento al acceso pleno del sistema sanitario basado en la universalidad, tanto en la cobertura prestada como en la población a la que se reconocía el derecho.

### 3.3.2.2. Ley 16/2003.

La segunda ley destacada de la legislación sanitaria, tal como expresábamos al inicio de este apartado, es la Ley 16/2003. En este caso, abordaremos lo referente a su aplicación antes de ser modificada por el RDL 16/2012, y posteriormente en el apartado 3.4 se expondrá los cambios que realizó dicho RDL en la presente ley.

Una vez efectuado el traspaso a las CCAA de las competencias en gestión sanitaria se hizo necesaria la aprobación de una nueva ley que culminase el proceso de reforma llevado hasta entonces. Así el 14 de mayo de 2003 se aprobó la Ley 14/2003, *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. En su exposición de motivos dicha ley estableció que la Ley 14/1986, “dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el SNS: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema”. De este modo, la Ley 16/2003 venía a complementar lo establecido en la Ley General de Sanidad referente a la coordinación y cooperación entre las CCAA y la AGE (BOHÍGAS, 2003b). Y por consiguiente, la aprobación de esta nueva ley acentuaba positivamente el camino correcto que se estaba siguiendo hacia la universalidad del derecho a la salud.

La estructuración de la ley la conforman once capítulos, cuyos seis primeros definen el núcleo del SNS. Es decir, en ellos se asientan las bases de lo que los ciudadanos pueden esperar del sistema sanitario público como son los profesionales sanitarios, las prestaciones, los medicamentos, la calidad, etc. Concretamente destacamos el art. 2.a, 2.b, 2.c de sus principios generales, los cuales estaban redactados del siguiente modo:

- **Artículo 2.** Principios generales.
  - a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.
  - b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado.
  - c) La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública.

Especial importancia debemos darle a su art. 3 ya que este es el objeto de modificación fundamental del RDL 16/2012 que antes de redefinirlo se exponía así:

▪ **Artículo 3.**

1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes: a) Todos los españoles y extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el art. 12 de la LO 4/2000. b) Los nacionales de los Estados miembros de la UE que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y los tratados y convenios que suscriban por el Estado español y les sean de aplicación. c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la UE que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

Así, queda reflejado que los inmigrantes irregulares -sin permiso de residencia y/o trabajo- y los españoles eran titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria. Pero como establece el art.3.1.a “en los términos previstos en el art. 12 de la LO 4/2000”, que sólo establecía como requisito estar empadronados. Sin embargo, tal como explicaremos y analizaremos más adelante, esta normativa es modificada por el Real Decreto-ley 16/2012.

Una última ley que también evoca lo expuesto por las leyes 14/1986 y 16/2003 es la Ley 33/2011, de 4 de Octubre, *General de Salud Pública*, que hacía hincapié en la igualdad que debían poseer todas las personas respecto a la salud pública sin que se establecieran discriminaciones de ningún tipo.

### **3.3.3. El Derecho a la salud en la Comunidad Valenciana. Marco normativo de su sistema sanitario.**

Como ya hemos explicado en apartados anteriores, el Estado delegó competencias a las CCAA en cumplimiento de lo establecido por la CE, encargándose cada una de ellas de la gestión y la organización de la asistencia sanitaria. En este caso, la Comunidad Valenciana fue una de las primeras en llevar a cabo dicho mandato, cuyas competencias están reguladas en su Estatuto de Autonomía, concretamente en el título IV. Es por ello, y debido a que el trabajo aquí presente está enfocado en lo concerniente a la Comunidad Valenciana en materia de sanidad, que es primordial situar a la Comunidad dentro del contexto normativo que atañe dicha situación, ya que fueron las CCAA quienes ampliaron la extensión al derecho de asistencia sanitaria.

A través de la Ley de la Generalitat Valenciana 8/1987, de 4 de diciembre, del *Servicio Valenciano de la Salud* que viene a consagrar el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, la Comunidad Valenciana asume la gestión de la asistencia sanitaria. Con base a esto, su art. 3, el cual fue derogado por la Ley 6/1993, disponía:

▪ **Artículo 3.**

- Hacer efectiva la responsabilidad de la Generalitat en garantizar el mejor estado sanitario posible de la colectividad y una asistencia médica integral y en condiciones de igualdad para toda la población.

Una vez más, queda reflejado como se proclamaba el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones para “toda la población”. Es decir, no hace mención o distinción alguna respecto a la persona inmigrante; y por consiguiente, eso incluye también a este colectivo como titular de ese derecho. Asimismo, y hasta la promulgación de la LO 4/2000, los inmigrantes podían hacer uso del sistema sanitario en las mismas condiciones que los españoles con el único pero de tener que empadronarse. Hecho que suponía un problema a quienes estuviesen sin hogar o residencia fija.

Siguiendo la línea estructural que establece (GALLEGO GONZÁLEZ, 2014) respecto a la asistencia sanitaria de la Comunidad Valenciana, el Decreto 126/1999, de 16 de agosto, *por el que se crea el Sistema de Información Poblacional de la Consellería de Sanidad*, conllevó a la instauración de la tarjeta sanitaria como documento acreditativo para poder acceder a la asistencia sanitaria. Esta se denominó SIP (Sistema de Información Poblacional) y sería de aplicación a quienes tuvieran vecindad administrativa. Esto evidencia como la administración sanitaria valenciana ya había presupuesto el reconocimiento del derecho a toda la población por medio del empadronamiento y solicitando la tarjeta SIP.

Muestra primordial de esa prácticamente cobertura plena de la asistencia sanitaria, fue la promulgación del Decreto 26/2000, de 22 de febrero, *por el que se establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en la Comunidad Valenciana y se crea la tarjeta solidaria*, la cual viene a reforzar lo dispuesto en el PIDESC de 1966, la LGS de 1986, el Decreto 126/1999 antes mencionado, y la LO 4/2000. Un intento de universalización en toda regla al querer garantizar los derechos básicos de la población inmigrante, así lo refleja el primer párrafo del Decreto:

“El fenómeno de las migraciones, desde las áreas del mundo de mayor pobreza hacia los países desarrollados en búsqueda de oportunidades de vida humanamente más digna, ha originado la creciente afluencia de los habitantes de esas zonas a nuestro entorno más inmediato. Es evidente que las migraciones actuales encuentran su causa en los desequilibrios estructurales endógenos y que la solución a ello pasa por propiciar un auténtico desarrollo económico y social en las áreas de origen. No obstante, se deben tomar las medidas parciales y concretas para garantizar los derechos básicos de toda la población inmigrante”.

Y también su art. 2 en cuanto a las condiciones de aseguramiento:

▪ **Artículo 2:**

1. Los extranjeros que se encuentren en la Comunidad Valenciana 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 no empadronados que se encuentren en la Comunidad Valenciana 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. No obstante lo anterior, la



Conselleria de Sanidad ampliará la cobertura sanitaria para este colectivo, cuando carezca de recursos económicos, a las condiciones señaladas en el apartado 2.1, mientras normalizan su situación administrativa.

3. Los extranjeros menores de 18 años que se encuentren en la Comunidad Valenciana tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en la Comunidad Valenciana tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

La norma que integra toda la normativa hasta ahora citada en este apartado, es la Ley 6/2008, de 2 de junio, de Aseguramiento Sanitario Público de la Comunidad Valenciana, en la cual despunta sobre el resto de artículos el art. 12.1:

▪ **Artículo 12.** Prestaciones sanitarias.

1. La Conselleria de Sanidad garantiza el derecho de todas las personas, españoles y extranjeros, que residan o se encuentren en la Comunitat Valenciana, a la asistencia sanitaria en los términos establecidos en la normativa vigente y en la presente ley.

Como se puede observar, en dicho artículo se aboga nuevamente por la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria ya se fuese español o extranjero. Especial referencia hay que hacer de ese “o se encuentren en la CV” que indica en ese caso que los criterios de residencia para el reconocimiento de derechos quedan delegados, y que prima la salud y el nivel económico de las personas.

La última ley a destacar es la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana<sup>8</sup>, a través de la cual se crea la Agencia Valenciana de Salud (AVS) que describiremos en el siguiente apartado y que se encuentra regulada en título V, capítulo I de la nombrada ley.

De esta forma, queda demostrado como en materia de sanidad el respeto a la persona y a los Derechos Humanos ha estado presente en todo momento a partir del renacimiento de la salud pública.

### 3.3.3.1. *La Agencia Valenciana de la Salud.*

Tal como se ha podido comprobar y reflejar en el anterior apartado y, así como lo apunta en su artículo CERVERA TAULET (2006), el sistema sanitario en la Comunidad Valenciana ha sido objeto en los últimos años de considerables y trascendentales modificaciones que concluyen con la creación de la Agencia Valenciana de Salud realizada por la Ley 3/2003, citada en el precedente apartado. La cual la configura como el eje de la organización de los servicios sanitarios públicos, siendo su primordial finalidad regular las entidades administrativas con

---

<sup>8</sup> Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana. [http://www.docv.gva.es/portal/ficha\\_disposicion\\_pc.jsp?sig=0667/2003&L=1](http://www.docv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=0667/2003&L=1)

responsabilidades en materia de sanidad. Propósito que encaja con lo expuesto por la LGS de 1986.

Dotada de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, la Agencia es un organismo autónomo de la Generalitat, de carácter administrativo, que se encuentra asignado a la Conselleria de Sanidad.

Los estatutos que configuran la Agencia quedan establecidos a través del Decreto 25/2005 del 4 de febrero del Consell de Generalitat<sup>9</sup>. En él, se plasma su normativa de funcionamiento y su estructura, misma que se edifica alrededor de tres niveles:

1. **Conselleria de Sanidad:** Es el organismo delegado para llevar a cabo la dirección y ejecución de la política del Consell de la Generalitat en materia sanitaria. Algunas de sus funciones a destacar serían las siguientes: establecimiento de las directrices y prioridades de la política de protección de la salud, organización y planificación territorial de los recursos sanitarios, deber de garantizar las necesidades de salud pública de la población, autorización, inspección y control cualquier servicio sanitario.
2. **La Agencia Valenciana:** Le compete como tarea la gestión y administración del sistema valenciano de salud y de la prestación sanitaria en la Comunidad Valenciana. Entre sus cometidos se encuentra: llevar a cabo acuerdos, convenios para la prestación de los servicios utilizando de manera correcta los recursos sanitarios, aplicar los criterios generales de coordinación de todos los recursos sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana, desarrollar la puesta en marcha de nuevas unidades organizativas en sus centros como las unidades de gestión clínica y las áreas clínicas, y proponer a la Conselleria de Sanidad la constitución de fórmulas organizativas para la provisión y gestión de los servicios sanitarios.  
En cuanto a su estructura, por un lado está la central, y por otro, la periférica, dentro de la cual se integran los departamentos de salud. Los órganos centrales se pueden ver en la (*Ilustración 2*).
3. **Departamentos de salud:** Son los equivalentes a las áreas de salud establecidas en LGS que conforman las estructuras fundamentales del sistema sanitario. Las encargadas de dividir el territorio de la Comunidad a efectos sanitarios son las demarcaciones geográficas, las cuales componen el marco para la integración de las acciones de promoción y protección de la salud, de rehabilitación del estado de salud, y de las de prevención y curación.

Para un mejor entendimiento del sistema sanitario valenciano, se ha elaborado el siguiente esquema:

---

<sup>9</sup> Decreto 25/2005 del 4 de febrero del Consell de Generalitat, por el que se aprueban los Estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud.  
[http://www.docv.gva.es/portal/ficha\\_disposicion.jsp?id=26&sig=0645/2005&L=1&url\\_lista=](http://www.docv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=26&sig=0645/2005&L=1&url_lista=)

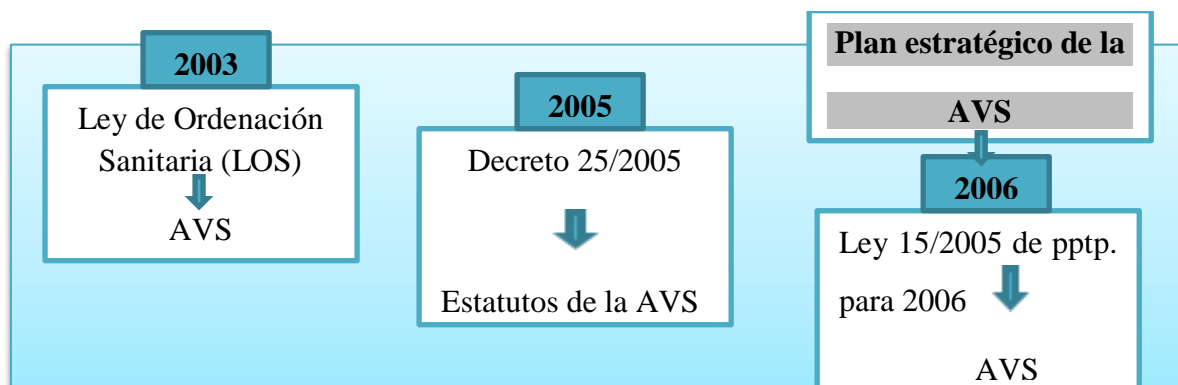
*Ilustración 2: Esquema del sistema sanitario en la Comunidad Valenciana*



**Fuente: Elaboración propia. Información obtenida del artículo La Agencia Valenciana de Salud, Manuel Cervera Taulet.**

Para el ejercicio 2006, la ley 15/2005, de 26 de diciembre, de la Generalitat, de Presupuestos de la Generalitat concede a la Agencia Valenciana de la Salud plena capacidad de actuación asignándole presupuesto propio. Su puesta en marcha se dio a conocer como Plan estratégico de la AVS el 12 de enero de 2006, el cual emana de un entorno de cambios caracterizado por el despliegue de proyectos innovadores, el enfoque hacia un modelo sostenible basado en una gestión eficiente, etc. En cuanto a la forma de abordar dicho plan estratégico, se ha decidido por un único plan para el conjunto de la organización. De este modo, se posibilita que cada uno de los departamentos pueda personalizar el plan en función de sus necesidades y características particulares de su situación y territorio por medio de los planes de desarrollo. A continuación, a modo de resumen se muestran las principales normativas que dieron lugar a la AVS.

*Ilustración 3: Principales normativas que dieron lugar a la AVS.*



**Fuente: Elaboración propia. Información obtenida del artículo la AGV, Manuel Cervera Taulet.**

### **3.3.4. Protección internacional del derecho a la salud.**

El marco normativo del derecho a la salud no se limita a la normativa interna, ya que en el ámbito de la protección del derecho a la salud, España está suscrita a una serie de tratados, convenios e instrumentos internacionales de derechos humanos que al estar ratificados son de obligación jurídica para el Estado español y que reconocen el derecho a la asistencia sanitaria de toda persona independientemente de su situación legal o nacionalidad. La interpretación del contenido de dichos tratados es de vital importancia en lo referente a los derechos básicos -en este caso, la sanidad- de los inmigrantes.

A continuación, e intentando seguir un orden cronológico, enumeraremos y argumentaremos cuáles son esos mecanismos de protección internacional relativos al derecho a la salud, tanto los concernientes a las Naciones Unidas como los que configuran la Unión Europea (UE).

#### *3.3.4.1. Naciones Unidas: OMS 1948.*

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria internacional en el sistema de las Naciones Unidas, por lo tanto, como organismo internacional vela por los asuntos sanitarios mundiales. Actualmente la integran 192 Estados miembros, de los cuales España comenzó a formar parte en 1951. Además, estos estados están comprometidos a cumplir con lo predispuesto en la Constitución de la Organización, la cual dentro de sus principios básicos define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y añade “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social”. Es decir, la OMS aboga por el derecho a la salud como derecho fundamental de toda persona sin discriminación alguna en cuanto a la titularidad del mismo, y así conseguir el grado más alto posible de salud para todos.

En cuanto al derecho a la salud de los inmigrantes irregulares, la OMS recoge en su informe de 2003 lo siguiente:

“Uno de los factores más importantes que determina si los migrantes encuentran obstáculos para acceder a los servicios de salud es la cuestión de su condición jurídica en el país. Por consiguiente, es conveniente iniciar este análisis con el examen de las cuestiones relativas a la salud y los derechos humanos de los migrantes indocumentados o “irregulares”. Las leyes y políticas que impiden a los migrantes acceder a los servicios sociales (incluida la atención médica) en función de su condición de inmigración, tienen como base y transmiten la idea de que los migrantes irregulares son los principales responsables de su precaria situación, de que a los contribuyentes les saldría muy caro pagar por sus servicios de salud y de que excluirles de las prestaciones sociales serviría

para disuadir a futuros migrantes irregulares. Por tanto, permitir a los migrantes irregulares el acceso a los servicios de salud suele considerarse un acto de caridad o “generosidad” por cuenta del Estado. Sin embargo, de acuerdo con las leyes de derechos humanos, los gobiernos tienen obligaciones jurídicas con respecto a la salud de toda persona que se encuentre en el ámbito de su jurisdicción” (p. 21).

Queda patente en este informe que es la situación legal o administrativa de los migrantes el factor más decisivo a la hora de acceder a los servicios sanitarios, y que las leyes y políticas que impiden el acceso a los migrantes a los servicios sanitarios se fundamentan en la creencia de que los inmigrantes son los causantes del inestable sistema sanitario por lo que a los contribuyentes el pago por sus servicios de salud les saldría más caro. Este estereotipo sobre los inmigrantes es de vital interés a la hora de analizar la reforma introducida por el RDL 26/2012, en el cual incidiremos con más precisión más adelante.

### 3.3.4.2. *Declaración Universal de Derechos Humanos-DUDH-1948.*

Otro de los mecanismos internacionales más antiguos sobre el derecho a la salud es la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948. El carácter universal de ese derecho que proclama la DUDH está plasmado en el art.25.1 de la misma.

#### ▪ **Artículo 25.**

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

De este modo, este artículo refleja que todo ser humano tiene derecho a un nivel digno de vida y que la garantía a la salud forma parte primordial para lograrlo. Otro artículo que fomenta el derecho a un nivel de vida adecuado que garantice la salud es el art.2.1 de la DUDH ya que proclama la igualdad y la no discriminación de los derechos establecidos en ella.

#### ▪ **Artículo 2.**

1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
2. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de una territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

A pesar de que la DUDH es un documento declarativo realizado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, tiene carácter no vinculante. Aun así, como la DUDH forma parte del derecho internacional debido a su unión con los Pactos Internacionales de Derechos Humanos su contenido está dotado de fuerza jurídica y es de cumplimiento obligatorio para los Estados firmantes de los mismos.

### 3.3.4.3. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) 1966.*

De la misma forma que la DUDH ratifica el derecho a la sanidad universal, el PIDESC, de 16 de diciembre de 1966, y de forma más específica, consagra dicho derecho en su art.12 que es redactado de la siguiente manera:

▪ **Artículo 12.**

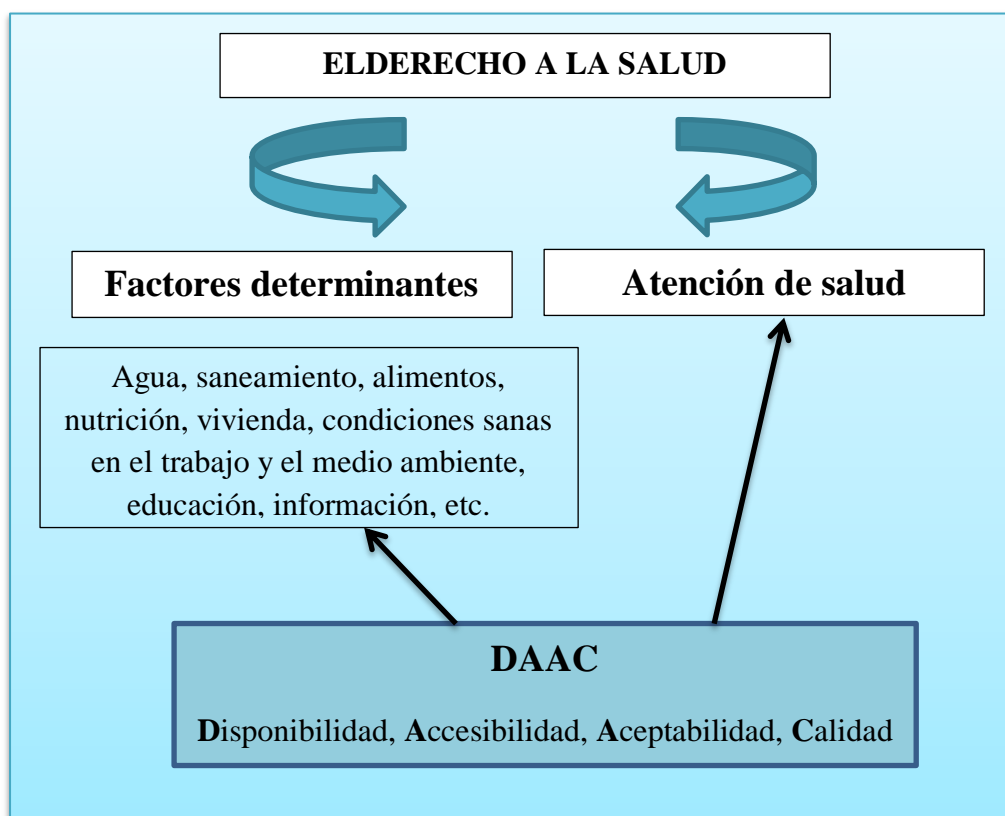
1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de ese derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidérmicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

De este modo, se especifica el reconocimiento del derecho al nivel más alto en cuanto a salud física y mental destinado a toda persona, donde los Estados Partes forman un papel crucial para hacer plena la efectividad de este derecho a través de las medidas especificadas. Años después y para aclarar dichas medidas y hacerlas efectivas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) realizó una interpretación sobre este artículo, por lo que adoptó en 2000 una Observación General (nº14) relativa al derecho a la salud, considerándolo como un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio del resto de derechos.

En el párrafo nueve de dicho Observatorio se especifica que “los Estados deben proteger este derecho permitiendo el acceso a todos los factores y servicios sanitarios para alcanzar el más alto nivel de salud”. Además, en el párrafo 12 se indica que dichos Estados deben “garantizar que el acceso a la asistencia sanitaria cumpla con las características de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”. Por último, en el párrafo 34 se matiza que “el Comité establece la obligación específica para los Estados de respetar el derecho a la salud, absteniéndose de denegar o limitar el acceso a los servicios de salud, a los inmigrantes ilegales” (CDESC, 2000). (*Ver Ilustración 4*).

Por otro lado, según establece en su página web (OMS, 2013) en dicha Observación general el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud como el agua, el saneamiento, los alimentos, la nutrición, etc. (Ver Ilustración 4).

*Ilustración 4: Principios y factores determinantes del derecho a la salud.*



**Fuente:** Elaboración propia. Información extraída de Observación general N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

#### 3.3.4.4. *Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) 1950.*

El Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) nació en Roma el 4 de Noviembre de 1950 tras la consideración de los Gobiernos signatarios sobre: la DUDH de 1948 que aseguraba la universalidad de sus derechos, sobre el Consejo de Europa que buscaba una unión más estrecha entre sus miembros y sobre que los Gobiernos confirmaban su adhesión a dichas libertades fundamentales. En este caso, abordaremos lo enunciado por los Gobiernos signatarios en el convenio, concretamente los artículos 1, 2, 3 que son los que más relación pueden guardar respecto a las condiciones sanitarias de los inmigrantes.

Empezando con que el art.1 apunta a que los derechos y libertades contenidos en el convenio “reconocen a toda persona dependiente de su jurisdicción”, se puede deducir e interpretar que dicha afirmación también alcanza a los extranjeros y no sólo a los nacionales.

A pesar de que los derechos contenidos en el convenio se dirigen en mayor medida a los derechos civiles y políticos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) ha reconocido obligaciones positivas en los Estados parte referentes a la sanidad, educación, etc. Tal como apunta (SOBRINO GUIJARRO, 2013), aunque este Tribunal no tuvo apenas oportunidad de conocer las reclamaciones debido a de la falta de asistencia médica, sí que pudo realizar interpretaciones sobre el derecho a la asistencia sanitaria relacionada con algunos derechos del Convenio, de los cuales algunos se podían identificar con la asistencia sanitaria de los inmigrantes.

El TEDH estableció dos afirmaciones: La primera es que la denegación del tratamiento médico en circunstancias de gravedad puede constituir el incumplimiento que tiene el Estado de proteger la vida recogido en el art. 2 del Convenio, el cual establece que “el derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley”; y la segunda se refiere a que el sufrimiento causado por enfermedad física o mental puede estar incluido en el ámbito protector del art. 3 del Convenio “Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes” si tal enfermedad se debe a la expulsión, detención u otras medidas adoptadas por las autoridades que afecten a personas con enfermedades graves.

Para (FERNÁNDEZ DE MARCOS Y MORALES, 1993) los mecanismos de control institucional introducidos por el Convenio a fin de asegurar el respeto de sus disposiciones no son suficientes, puesto que es fundamental una reforma del CEDH.

#### 3.3.4.5. *Carta Social Europea 1961.*

La Carta Social Europea de 1961 (en adelante CSE), de 18 de octubre de 1961, fue ratificada por España el 29 de abril de 1980. Esta carta surge como complemento del CEDH ya que ni éste ni ninguno de sus Protocolos Adicionales contenían una norma específica acerca del derecho a la protección de la salud, por lo que adhiere derechos de carácter social y económico.

Concretamente, en la Parte I de la Carta destaca el apartado 11 que establece que las Partes contratantes reconocen “Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar”. En la Parte II, esta afirmación se regula de manera más detallada en los art. 11 y 13.

**Artículo 11.** Derecho a la protección de la salud.



Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes Contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines:

1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente.
2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma.
3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras.

### **Artículo 13.** Derecho a la asistencia social y médica.

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las Partes Contratantes se comprometen:

1. A velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de seguridad social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado.
2. A velar por que las personas que se beneficien de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales.
3. A disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar.
4. Aplicar las disposiciones mencionadas en los párrafos 1, 2 y 3 del presente artículo, en condiciones de igualdad con sus nacionales, a los de las restantes Partes Contratantes que se encuentren legalmente en su territorio, conforme a las obligaciones derivadas del Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica, firmado en París el 11 de diciembre de 1953.

A través de estos dos artículos queda patente la adaptación de diversas medidas preventivas, educacionales y asistenciales que los Estados se comprometen a realizar para así poder garantizar el derecho a la salud.

Sin embargo, en el Anexo de la CSE, apartado primero, al referirse a su ámbito de aplicación se expone:

- **Anexo a la Carta Social.** Ámbito de aplicación de la Carta Social en lo que se refiere a las personas protegidas.
  1. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 12, párrafo 4, y en el artículo 13, párrafo 4, las personas a que se refieren los artículos 1 al 17 sólo comprenden a los extranjeros que, siendo, súbditos de otras Partes Contratantes, residan legalmente o trabajen regularmente dentro del territorio de la Parte Contratante interesada, entendiéndose que los artículos precitados se interpretarán a la luz de las disposiciones contenidas en los artículos 18 y 19.  
Esta interpretación no excluye la extensión de derechos análogos a otras personas por una Parte Contratante cualquiera.

Es decir, se podría deducir que de su ámbito de aplicación quedarían excluidos los inmigrantes irregulares, a pesar de que permite a los Estados parte asignar los derechos a otras personas.

El 3 de mayo de 1996 se aprobó la Carta Social Europea revisada, la cual España firmó el 23 de octubre de 2000 pero que a día de hoy aún no ha sido ratificada. Hay que destacar que esta revisión es una ampliación de la CSE de 1961, es decir, la misma sigue en plena vigencia, y por consiguiente vincula jurídicamente al Estado Español.

### 3.3.4.6. *Carta de los derechos fundamentales de la UE 2000.*

Proclamada en la cumbre de Niza, la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE, de 7 de diciembre de 2000, constituye el primer catálogo organizado de los derechos fundamentales que ha sido adoptado formalmente por la Unión Europea (RIDOLA, 2004). Es por ello que en el ámbito de la UE adquiere gran importancia en la protección de derechos humanos, principalmente tras su versión adaptada con la entrada en vigor del Tratado de Lisboa de 7 de diciembre de 2007, que le otorga carácter vinculante<sup>10</sup>.

La Carta contiene una amplia lista de derechos de todo tipo tanto individuales, políticos como sociales, proclamados con una mayor o menor extensión y precisión, según cada caso. Dichos derechos, tras un Preámbulo donde se describen los principios inspiradores de la Carta, se sistematizan alrededor de siete capítulos, seis con los derechos proclamados y el último con las cláusulas generales o transversales (FREIXES SANJUÁN, 2005). En este caso, nos centraremos en el capítulo IV denominado “Solidaridad” dentro del cual se encuentra el art. 35 que basado en el art. 11 de la CSE especifica lo siguiente:

- **Artículo 35.** Protección de la salud.  
“Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”.

Pese a que el artículo incluye el garantizar “un alto nivel de protección de la salud humana” y que a primera instancia reconoce el acceso a la atención sanitaria pública, este matiza que se hará bajo “las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales”. El problema radica en ese matiz ya a pesar de garantizar el más alto nivel de salud el artículo dicta que se realizará en dichas condiciones, por lo que merma en cierta medida la universalidad del derecho.

---

<sup>10</sup> Tratado de la Unión Europea, artículo 6.

Siguiendo una línea positiva respecto a este hecho, en palabras de LEMA TOMÉ (2013) citando a BOMBILLAR SÁENZ (2010), el hecho de que se den esas condiciones para el establecimiento de las prestaciones sanitarias no supone una limitación del derecho a la salud, ni por la condición jurídico-política ni tampoco por la condición jurídico administrativa.

### 3.3.5. Normativa constitucional.

Una vez analizado el marco jurídico nacional e internacional del derecho a la salud en España, podemos afirmar que el ámbito de la protección sanitaria de los inmigrantes irregulares está vinculado a los mecanismos de protección europea e internacional de Derechos Humanos de los que España forma parte integrante. Es decir, la firma y ratificación del Estado español de esos tratados constituyen normas vinculantes que forman parte del Derecho interno y que son de obligado cumplimiento para el Estado.

Especial relevancia tiene en este aspecto la Constitución española de 1978, ya que los derechos reconocidos a los inmigrantes incluidos en ella se interpretan bajo el contenido de dichos tratados sobre la protección de Derechos Humanos. Así lo especifica el art. 10.2 de la CE haciendo una remisión a la Declaración Universal de Derechos Humanos y demás tratados y convenios.

- **Artículo 10.** De los derechos y deberes fundamentales.
  1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.
  2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.

Siguiendo la misma línea sobre los derechos y libertades de los extranjeros que integran la CE, el art. 13.1 define el estatus constitucional de esos derechos, tal como se indica a continuación:

- **Artículo 13.** De los españoles y los extranjeros.
  1. Los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley.

Como se puede apreciar, una de las formas de reconocimiento a esas libertades públicas es a través de los tratados internacionales. No obstante, el alcance de los derechos que proclaman dichos tratados es incierto pues hasta el momento la falta del efecto directo de sus disposiciones ha impedido la atribución de derechos subjetivos. Hecho que ha llevado al Tribunal Constitucional (TC) a pronunciarse y a realizar una

interpretación de este artículo estableciendo una triple categoría de derechos de los extranjeros. Dicha clasificación se desarrolla de la siguiente manera<sup>11</sup>:

- Primera categoría: Contienen aquellos derechos fundamentales que pertenecen a los extranjeros en términos equiparables a los españoles. Es decir, derechos que pertenecen a la persona como tal y que resultan imprescindibles para la garantía de la dignidad humana tal como expresa el art. 10.1 antes redactado. Algunos de esos derechos serían el derecho a la vida, la integridad física y moral, la intimidad, etc.
- Segunda categoría: Integraría por un lado los derechos predicables a los ciudadanos de los cuales los extranjeros quedarían excluidos, como el art. 23 de la CE relativo al derecho al voto; y por otro, los que la CE reconoce exclusivamente a los extranjeros con independencia de que sean o no residentes legales. En estos casos, reconoce el Tribunal, el legislador puede establecer “condicionamientos adicionales” respecto a su ejercicio, “si bien ha de respetar, en todo caso, las prescripciones constitucionales”. Estos derechos son los derivados de los artículos 21 y 22 de la Constitución pertenecientes al derecho de reunión y asociación.
- Tercera categoría: La titularidad del resto de derechos corresponderá a los extranjeros según lo que se establezca en los tratados y leyes, siendo admisible que se fijen restricciones y limitaciones respecto de los nacionales según lo establezca el legislador. Dentro de esta categoría de derechos se encontraría el derecho a la salud.

Respecto a la primera categoría podemos establecer que en España los extranjeros son iguales a los españoles en cuanto a los derechos pertenecientes a la persona humana. Dentro de la última categoría, en donde se establece que el legislador puede llevar a cabo “restricciones y limitaciones” hay que remarcar que éstas no son absolutas puesto que no pueden repercutir en ningún caso al ejercicio de derechos fundamentales.

Por consiguiente, tal como expone el Tribunal Constitucional la tarea llevada a cabo por el legislador concerniente a los derechos de los extranjeros se considerará constitucionalmente válida si no conlleva el detrimento de otros derechos constitucionalmente protegidos.

En el Capítulo III de la CE denominado “De los principios rectores de la política social y económica” el derecho a la salud se reconoce concretamente en su art. 43.

---

<sup>11</sup> Jurisprudencia contenida fundamentalmente en las SSTC 107/1984 (FF.JJ. 3 y 4) y 236/2007 (FF.JJ. 3 y 4).

▪ **Artículo 43.**

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

En este sentido, y dentro del mismo Capítulo III se consagra en el art.41 el derecho a la Seguridad Social:

▪ **Artículo 41.**

Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.

Un factor crucial respecto a la limitación de la extensión del derecho a la salud de los inmigrantes irregulares se encuentra en la ubicación de estos dos artículos, situados en el Capítulo III de la categoría de los “Principios Rectores de la Política Social y Económica”; cuando para que el derecho a la salud fuese de exigido cumplimiento, según la perspectiva de LEMA TOMÉ (2013b), deberían encontrarse dentro del Capítulo II de “Derechos y libertades”, cuya Sección 1ª (“De los derechos fundamentales y de las libertades públicas”) enuncia una serie de derechos humanos constitucionalizados cuyo cumplimiento es exigible ante los tribunales (p. 99).

Por tanto, la ubicación que tiene la protección del derecho a la salud en la CE hace que esos principios rectores no sean alegables ante los Tribunales sino de acuerdo con la Ley que los desarrollen (SOBRINO GUIJARRO, 2013b, p. 50). Hay que destacar que el contenido que adopte la legislación sobre esos derechos deberá regirse por lo establecido en art. 53.3.

▪ **Artículo 53.**

El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo tercero informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen.

Desde la perspectiva de FERNÁNDEZ BERNAT (2013), dejando a un lado su ubicación en la CE, el derecho a la salud debe considerarse equiparable respecto a los españoles, por su vínculo respecto a la dignidad de la persona y los derechos inviolables que les son inherentes (p. 4).

### **3.4. REFORMA LEGISLATIVA A TRAVÉS DEL RDL 16/2012.**

Una vez analizado todo el contexto histórico y normativo de la sociedad española en materia de inmigración y sanidad; que refleja como a través de los años se da lugar al asentamiento del derecho a la salud con caracteres universales; es hora de ahondar en la legislación objeto de estudio de este trabajo que acaba con tan primado derecho.

El 20 de abril de 2012 fue aprobada por el Gobierno Español una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud a través del Real Decreto Ley 16/2012, *de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, el cual ha supuesto modificaciones en tres ámbitos materiales básicos: la determinación de las prestaciones sanitarias, sustituidas por una “cartera de servicios común” dividida en distintas 129 categorías; un nuevo sistema de aportación económica de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria, denominada “copago” farmacéutico; y la regulación de la condición de asegurado. Dicha condición ha supuesto un cambio radical de elementos sustantivos de nuestro sistema sanitario público, dejando a cientos y miles de personas sin asistencia sanitaria, y en especial a los inmigrantes en situación irregular.

Sin embargo, esta nueva normativa no ha sido la única que ha aprobado el sistema sanitario público, al RD 16/2012 le han sucedido otros en estos tres años de aplicación que han acentuado dicha exclusión. Así, el 3 de agosto de 2012, se aprobó el Real Decreto 1192/2012 (en adelante RD 1192/2012), *por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*, aclarando así algunos puntos polémicos de su antecesor.

La instauración de este nuevo modelo del Sistema Nacional de Salud ha significado acabar con el que existía hasta ahora, terminando con la universalidad que caracterizaba a nuestro sistema público de salud, que desde su entrada en vigor el derecho a la asistencia sanitaria y la financiación pública de los medicamentos se vincula con el origen y la situación administrativa o laboral de las personas, estableciendo de este modo un modelo de aseguramientos.

#### **3.4.1. Real Decreto Ley 16/2012.**

Tal como hemos ido exponiendo a lo largo del trabajo, el derecho a la protección de la salud ha seguido una evolución legislativa en relación a la asistencia sanitaria de los inmigrantes irregulares, del cual se desprende el afán de universalidad de tal derecho, mismo que ha sufrido un retroceso con la instauración del RDL 16/2012.

A continuación, expondremos cuáles han sido los cambios más significativos de dicha normativa, a quiénes ha afectado, su aplicación en las CCAA -y en especial la Comunidad Valenciana-, los motivos y razones que la inspiraron, así como todo el desarrollo posterior al RDL tanto lo referente a la normativa como a las consecuencias y efectos que ha tenido su implantación. Aunque son numerosas las reformas de este RDL nos centraremos en las que afectan a los inmigrantes y analizaremos los artículos que más les atañen. Para una mejor comprensión de la nueva normativa (*Ver Anexo 1*).

#### 3.4.1.1. *Regulación.*

El Real Decreto-ley 16/2012 -que entró en vigor el 1 de septiembre de 2012- en su art.1, capítulo I de la asistencia sanitaria en España pone de manifiesto el cambio realizado a la Ley 16/2003, concretamente a su art.3. Un cambio radical que tiene la siguiente redacción:

- **Uno.** Se modifica el artículo 3, que tendrá la siguiente redacción:

*«Artículo 3. De la condición de asegurado.»*

1. 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.

Anteriormente, la Ley 16/2003 disponía en ese artículo que la titularidad de los derechos de protección de la salud y la atención sanitaria correspondía tanto a los españoles como a los extranjeros, pero como se puede comprobar la nueva redacción incluye ahora la condición de asegurado. Quedan por tanto excluidas de ese ámbito todas las personas que no posean dicha condición. Así, para que un extranjero pueda ostentar esa condición debe atenerse a lo establecido en el apartado 2 del art. 3:

2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:
  - 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 la 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, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

Por consiguiente, este cambio a la condición de asegurado y la restricción a estos 4 supuestos afectaba directamente a los mayores de 26 años que no hubiesen accedido aún a su primer empleo, situación que se corrige con el RD 1192/2012; y afectó a la población inmigrante en situación irregular, que de no encontrarse dentro de ninguno de los supuestos antes mencionados deberá seguir lo dispuesto en el apartado 3:

3. En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, 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 para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

Es decir, en este apartado se da la posibilidad de ser “asegurado” si se acredita que no se supera el límite de ingresos reglamentariamente, cuando antes de la reforma si se demostraba insuficiencia económica bastaba con estar empadronados en su municipio habitual para acceder a la asistencia sanitaria. Con relación a ese límite de ingresos, el RD 1192/2012 establece que también ostentarán la condición de aseguradas las personas que no tengan “ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía”. Otra forma de acceder a dichas prestaciones, la define el apartado 4:

4. A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

Así, junto a la figura de asegurado aparece la de beneficiario que también tiene reconocida la asistencia sanitaria dependiendo de si verifica las condiciones antes señaladas. Llegados a este punto, si no se posee de la condición de asegurado ni tampoco de la de beneficiario, se pasa a lo establecido en el apartado 5:

5. Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

Este sin duda es un punto muy poco coherente ciñéndonos en lo que puede suponer para un inmigrante en situación irregular, ya que si se encuentra en esas condiciones y sin apenas recursos es prácticamente imposible que pueda pagar un seguro médico privado. Situación que beneficia claramente a las aseguradoras privadas que tendrían la oportunidad de hacer negocio por



medio de tales situaciones. Profundizaremos en el tema en un apartado específico más adelante, ya que el RD 576/2013 vino a establecer los requisitos básicos del convenio especial.

Mediante el nuevo artículo 3 bis se establece que el reconocimiento de la condición de asegurado correrá a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social, el cual solicitará algunos requisitos y documentos para poder verificar dicha condición. Recién en el nuevo artículo 3 ter, que el RDL añade a la anterior 16/2003, se hace mención explícita sobre la atención sanitaria que recibirán los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, la cual será gratuita en las siguientes condiciones especiales:

- **Tres.** Se añade un nuevo artículo 3 ter, que tendrá la siguiente redacción:

*«Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.*

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- 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.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.»

Por tanto, los inmigrantes en situación irregular sólo podrán hacer uso de la asistencia médica en los casos de accidente o enfermedad grave hasta su completa recuperación, a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto, y a los menores de edad en todo caso. A pesar de ello, tal como veremos más adelante, estas situaciones especiales no siempre se han reconocido a la población inmigrante ya que durante estos tres años de aplicación han sido múltiples los casos de desatención médica a este colectivo.

El RDL 16/2012 vino a concretarse con el desarrollo normativo de la misma a través del RD 1192/2012 que confirmó los supuestos establecidos de su antecesor. La introducción de la categoría de asegurado hace efectiva la vinculación del derecho a la asistencia sanitaria pública con el sistema contributivo de la Seguridad Social. Por consiguiente, desde el 1 de septiembre, tal como indica (GALLEGO GONZÁLEZ, 2014b), habrá personas “aseguradas” que serán aquellas que coticen a la Seguridad Social o reciban alguna ayuda o prestación estatal; a la par, serán “beneficiarios” aquellas que ostenten el derecho por ser familiares directos de las personas “aseguradas”, y un último grupo también denominados “asegurados” pero que incluiría a personas de origen español, comunitarios registrados o extracomunitarios con autorización de residencia que no se encuentran en ninguno de los supuestos anteriores. Hay que matizar que los beneficiarios deben de depender económicamente de los asegurados, es decir, aquél que perciba rentas superiores al doble del IPREM

mensualmente no podrá ser nombrada “beneficiaria” y pasará a llamarse “asegurada”. Sin embargo, el vínculo del concepto “asegurado” a aquellos que coticen a la SS es irreal y no tiene razón de ser, puesto que el SNS del Estado español se financia a través de los Presupuestos Generales del Estado desde 1999.

Tal como se puede apreciar, la implantación de esta normativa no se ha ceñido sólo a incrementar el grado de restricción del acceso a la asistencia médica, sino que ha supuesto una modificación trascendental del concepto de la sanidad pública y gratuita. Esto nos lleva a pensar, cuáles han sido las causas, los fundamentos que están detrás de la creación del RDL 16/2012.

#### *3.4.1.2. Razones para el cambio de legislación.*

En el Preámbulo del citado RDL tienen lugar los argumentos argüidos por el Gobierno para justificar su adopción. En él, se hace alusión a la necesidad de centralizar el SNS, puesto que se manifiesta que el mismo está sufriendo situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos dando lugar a diferencias en las prestaciones; y por tanto, poniendo en riesgo la solvencia del Sistema Nacional de Salud. Bajo la perspectiva de GALLEGO GONZÁLEZ (2014c), la gran reforma para el desarrollo de la universalidad fueron las transferencias de financiación y delegación de competencias a las CCAA, por lo si se atiende al término “cohesión” utilizado en el argumento y lo que se pretende con él en la actualidad, es ilógico tratar de centralizar el SNS ya que dará lugar a consecuencias negativas para los inmigrantes irregulares. Puesto que eran las CCAA quiénes aseguraban de alguna manera la asistencia sanitaria.

Dos de los motivos principales aducidos por el RDL es la racionalización del gasto sanitario y la sostenibilidad del SNS, debidos en gran parte a la alta morosidad, al insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias, al envejecimiento de la población y a los avances en salud que hacen que sea primordial elaborar medidas urgentes e indispensables ya que supondrán indudablemente un incremento del gasto público sanitario.

Centrándonos en esa insostenibilidad, y siguiendo con lo expuesto por GALLEGO GONZÁLEZ (2014d), el RDL toma como medidas la disminución del gasto en atención primaria y en subvenciones de tratamientos farmacéuticos, además de la ya citada exclusión de personas del SNS con base a su situación jurídica, entre otras. Así se haría frente a la transición demográfica (envejecimiento) de la población y a los avances en tecnología sanitaria que conllevarían a un aumento del gasto público. De este modo, dichas medidas servirían para “sostener” el SNS. Sin embargo, junto con la nueva forma de recaudación a través del previo pago de precisos servicios sanitarios, un gran número de personas no podrán permitirse el pago de medicamentos, tratamientos o seguimientos sanitarios; y por consiguiente, se agravará su salud, por lo que tendrían que recurrir a urgencias, implicando de este modo gastos más costosos

presupuestariamente. Esto evidencia que por ahorrar el Gobierno puede incurrir en gastos mayores a largo plazo.

En cuanto al principio de promover el ahorro económico para hacer frente a los incrementos del gasto sanitario, el RDL según (RED ACOGE, 2015), no incorpora una memoria económica que posibilite conocer cuáles son las cifras con las que se calculó el gasto sanitario de la población en situación irregular o si para el cálculo se tuvieron en cuenta otras circunstancias. A día de hoy sigue sin esclarecerse cuál es ese supuesto ahorro por la exclusión del sistema sanitario de la población en situación irregular. Por tanto, aunque hubiese un ahorro, no está ni justificado ni probado que el mismo no tenga que designarse a financiar la mayor carga de los servicios de urgencias.

Con relación al gran desembolso en gasto sanitario y la mala gestión de los recursos disponibles, el RDL hace alusión a poner freno a la “alta morosidad”. Morosidad causada en gran parte por los abusos que supuestamente hacen los extranjeros que llegaban al país para hacer uso exclusivo del sistema sanitario gratuito, que coloquialmente el gobierno denominó “turismo sanitario”. Nada más lejos de la realidad, hay que tener en cuenta que las personas en situación irregular que aterrizan en el estado español no lo hacen exclusivamente para hacer uso y disfrute de la sanidad pública, sino que principalmente vienen en busca de unas mejores condiciones de vida. Generalmente, son personas jóvenes y sanas en búsqueda de un trabajo digno ya que carecen de recursos, mismos que les eran imposibles obtener en su país de origen. Sin embargo, la grave crisis económica por la que atraviesa el Estado desde hace ya siete años ha hecho que aumente el número de personas desempleadas, de las cuales las principales en ser despedidas son las pertenecientes a la población inmigrante. Debido a que la residencia legal está ligada al mercado de trabajo, muchos inmigrantes han perdido el derecho a la misma al no poder atestiguar su aportación a la Seguridad Social, que mientras tuvieron trabajo, pagaron sus correspondientes impuestos y cotizaciones. Es decir, la población inmigrante no sólo ya no tiene un empleo, sino que tampoco dispone del acceso a la asistencia sanitaria. Por tanto, el motivo sobre la alta morosidad cometida por este sector no es válido, ya que como hemos explicado anteriormente, su fin no es aprovecharse de la sanidad pública gratuita de España.

Siguiendo con el término de “turismo sanitario” y con la acusación hecha a los inmigrantes sobre su abuso del sistema sanitario español, no resulta insólito la fama que ha adquirido dicho RDL, transmitiendo un mensaje de miedo para ese colectivo. Muestra de ello es la gravedad de los discursos oficiales establecidos tras la nueva normativa, como por ejemplo el vertido por la propia Ministra de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad, propulsora de la reforma, Ana Mato, que esclarecía que con las modificaciones del SNS se buscaba “*acabar con el turismo sanitario y para acabar con los abusos que se producen por parte de los extranjeros que vienen a España*”, a la vez que añadía “*la tarjeta sanitaria es para los españoles*”<sup>12</sup>. Otras perlas soltadas por los dirigentes políticos como el consejero de Sanidad de Castilla la Mancha, José Ignacio

---

<sup>12</sup> Algunas de las frases que la Ministra de Sanidad propinó en el anuncio del RDL se pueden encontrar en <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/04/18/espana/1334762545.html>

Echániz “*no hay que olvidar que la sanidad gratuita ha sido fundamental para fomentar el efecto llamada. Mucha gente ha cogido una patera porque sabía que en España tenía la asistencia sanitaria garantizada*”, o el propio portavoz de los populares en el Congreso, Alfonso Alonso con su “*el sistema sanitario no puede ser un coladero de inmigrantes*” han logrado difundir un mensaje acusatorio sobre este sector, provocando el miedo en ellos por una posible persecución, y el apoyo de gran parte de la población española, así lo detallaba en su informe (YO SÍ SANIDAD UNIVERSAL, 2013). Aun así, a pesar de que todo este entramado acusatorio y discriminatorio no ha sido probado con cifras o estadísticas, eso no ha imposibilitado que se excluyan a los extranjeros irregulares del sistema sanitario público.

De hecho, en el Preámbulo del RDL se afirma “a la vista de los Informes<sup>13</sup> del Tribunal de Cuentas (...) resulta imprescindible regular sin más demora la condición de asegurado”, cuando en ningún momento dicho Tribunal menciona el término “turismo sanitario”, puesto que únicamente afirma la necesidad de emplear correctamente los diferentes tratados y convenios internacionales en materia de sanidad y seguridad social debido a que España está desarrollando un gasto innecesario por no aplicar como es debido la normativa vigente. Por tanto, ello no puede derivar en la necesidad de transformar todo el SNS, y en el caso que nos compete, de excluir de la asistencia sanitaria pública a la población indocumentada. Ahora es cuando habría de preguntarse de dónde saca el Gobierno los términos de “alta morosidad” y de “turismo sanitario”, puesto que no es lo mismo afirmar que hay personas que vienen a nuestro país para obtener asistencia sanitaria gratuita a modo de beneficio a señalar la necesidad de controlar el acceso a la asistencia sanitaria pública de determinadas personas de origen extranjero por ser titulares en ámbitos diferentes GALLEGO GONZÁLEZ (2014e).

A modo de conclusión: ¿Cómo se puede argumentar que la mayor preocupación es seguir manteniendo el modelo español del SNS, cuando algunos de sus principios trascendentales como la universalidad y la gratuidad de los servicios están siendo acabados?

### **3.4.2. Análisis de las principales consecuencias tras tres años de la entrada en vigor del RDL.**

A fecha de Julio de 2015, son tres años ya desde la aprobación del polémico Real Decreto-Ley. A partir del mismo se han ido definiendo sus normas de desarrollo, tal como se indica en el RD 1129/2012. El que hayan transcurrido ya algunos años desde su puesta en marcha nos posibilita elaborar un análisis de su aplicación y de todo lo que ha supuesto para la sociedad alguno de sus puntos más controvertidos y debatidos.

---

<sup>13</sup> Informe del Tribunal de Cuentas (marzo 2012): *Fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de la Seguridad Social.*

### 3.4.2.1. *Modificación y derogación de Leyes Orgánicas.*

Tras décadas de trabajo de integración y de ampliación progresiva de la cobertura hasta alcanzar la universalidad de nuestro SNS, con hitos claros en la Ley General de Sanidad (1986), la financiación de la sanidad por impuestos (1999), las Leyes de Extranjería (2000), Cohesión (2003) y la Ley General de Salud Pública (2011), el RDL provoca una quiebra del modelo de universalidad, con pérdidas graves de derechos, al implantar un sistema basado en el aseguramiento; y por consiguiente, una transformación de todas estas normativas (LÓPEZ FERNÁNDEZ, et al., 2012).

Para poder atestiguar que el RDL ha conllevado una alteración trascendental del marco legal que regula la asistencia sanitaria de los extranjeros es necesario conocer de qué manera se ha transformado el SNS. Entre la normativa modificada se encuentran las siguientes normas: La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios<sup>14</sup>; la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias<sup>15</sup>; la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud<sup>16</sup>; la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria<sup>17</sup>; el R. D. Ley 8/2010, de 10 mayo, de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público<sup>18</sup>; el R. D. Ley 823/2008, de 16 de mayo, de medicamentos para uso humano<sup>19</sup>; el R. D. Ley 1030/2006, de 15 de septiembre, sobre la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud<sup>20</sup>; y el R. D. Ley 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo<sup>21</sup>. Es obvio que el cambio realizado en nuestro derecho a la salud en virtud de un Real Decreto Ley es más

---

<sup>14</sup> Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Publicado en BOE núm. 178, de 27 de julio de 2006. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554>

<sup>15</sup> Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Publicado en BOE núm. 280, de 22/11/2003. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

<sup>16</sup> Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Publicado en BOE núm. 301, de 17/12/2003. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>

<sup>17</sup> Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria. Publicado en BOE núm. 302, de 18/12/2003. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23186>

<sup>18</sup> Ley 8/2010, de 10 mayo, de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. Publicado en BOE núm. 126, de 24 de mayo de 2010. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-8228>

<sup>19</sup> El R. D. Ley 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos para uso humano. Publicado en BOE núm. 131, de 30 de mayo de 2008. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-9291](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-9291)

<sup>20</sup> Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Publicado en BOE núm. 222, de 16/09/2006. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>

<sup>21</sup> Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. Publicado en BOE núm. 51, de 28 de febrero de 2007. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-4184](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-4184)

que característico, a la vista está toda esta lista de normas que han sido alteradas en aspectos determinantes GALLEGO GONZÁLEZ (2014f).

Además de toda esa normativa modificada, el R. D. Ley 16/2012 afecta a otra serie de leyes como son los Estatutos de Autonomía de las CCAA de Aragón, Andalucía, Cataluña y País Vasco o la misma LO 4/2000, puesto que tal como hemos señalado en apartados anteriores, toda esta legislación hace alusión expresa al derecho a la salud de las personas extranjeras, independientemente de su residencia legal o no.

Antes de ahondar en ley o leyes sobre las que realiza una mayor modificación el RDL, hay que dar constancia sobre la escasa constitucionalidad que profesa el mismo, ya que sólo en un párrafo del RDL se alude a la reserva de ley ordinaria sobre el derecho a la salud, definida en el art. 43 de la CE. Su interpretación, no es más que la facultad de poder cambiar el SNS así como la exclusión del acceso a la sanidad pública de la población en situación irregular por medio de un sencillo Real Decreto. Esto tiene su origen en la ubicación que tiene ese artículo en la CE, el cual está integrado en los “Principios Rectores de la Política Social y Económica”, cuando para que el derecho a la salud fuese de exigido cumplimiento, tal como indicamos previamente, debería encontrarse dentro del Capítulo II de “Derechos y libertades”, cuyos derechos humanos son de exigible cumplimiento ante los tribunales. Finalmente, también realiza otra mención a la CE, concretamente del art. 86 para establecer como causa de la modificación que concurren los presupuestos de necesarios de extraordinaria y urgente necesidad para aprobar medidas mediante un RDL. Dicho artículo establece lo siguiente:

- **Artículo 86.** De la elaboración de las leyes.
  1. En caso de extraordinaria y urgente necesidad, el Gobierno podrá dictar 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 regulados en el Título I, al régimen de las Comunidades Autónomas ni al Derecho electoral general.
  2. Los Decretos-leyes deberán ser inmediatamente sometidos a debate y votación de totalidad al Congreso de los Diputados, convocado al efecto si no estuviere reunido, en el plazo de los treinta días siguientes a su promulgación. El Congreso habrá de pronunciarse expresamente dentro de dicho plazo sobre su convalidación o derogación, para lo cual el Reglamento establecerá un procedimiento especial y sumario.
  3. Durante el plazo establecido en el apartado anterior, las Cortes podrán tramitarlos como proyectos de ley por el procedimiento de urgencia.

Por tanto, según el contenido establecido en este artículo se da la autorización necesaria para excluir a miles de personas del acceso a la sanidad pública, y por así decirlo, dicha exclusión estaría legitimada.

Refiriéndonos a la LO 4/2000, el RDL modifica algunos de sus preceptos fundamentales, así queda establecido en la Disposición Adicional 3º del mismo. En el ámbito que nos ocupa, una de esas disposiciones reformadas es el art. 12, del que se establece en dicha disposición que se trata de un precepto que no tiene naturaleza orgánica. Debido al cambio, el artículo 12, que reconocía el derecho de los extranjeros a recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles bajo la única condición de estar empadronados en el municipio en el que tuvieran su domicilio habitual, pasa a establecer lo siguiente: “Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria”. Un cambio sumamente sutil que marca la diferencia entre tener acceso a la sanidad pública o no tenerla, cuando su legislación anterior a la reforma, precedida por la LGS 14/1986, autorizaba a los extranjeros a acceder a la asistencia sanitaria pública en las mismas condiciones que los españoles siempre que se cumpliera con el requisito del empadronamiento. Y precisamente la regulación de esta cuestión en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, es objeto de una reforma incisiva por parte del RDL, tal como apunta SOBRINO GUIJARRO (2013c). En definitiva, la residencia legal se convierte en un requisito indispensable tras la reforma del RDL para que un inmigrante irregular obtenga la condición de asegurado y así poder ser titular del derecho a la asistencia sanitaria.

Para finalizar, hay que señalar también otra gran modificación que desencadenó la implantación de este RDL y es la concerniente a la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*<sup>22</sup> cuya afección dio lugar a que no fuese necesario el consentimiento en la cesión de datos de carácter personal, y de este modo el INSS accediese a los mismos sin ningún impedimento, además de poder comunicarse también con las Oficinas de Extranjería sobre los casos de inmigrantes indocumentados. Es decir, nuevamente una normativa con rango de Ley Orgánica es alterada por un Real Decreto.

### 3.4.2.2. *Aplicación del RDL en las diferentes Comunidades Autónomas.*

La función de regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos, la competencia sobre las bases y la coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos, así como el régimen económico de la Seguridad Social, y la regulación de la situación jurídico-administrativa de los extranjeros en España es competencia del Estado, así queda redactado en su art. 149.1.2.16.17 CE:

- **Artículo 149.** De la Comunidades Autónomas.

---

<sup>22</sup> Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Publicado en BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>

1. El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:
  - 1.ª La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.
  - 2.ª Nacionalidad, inmigración, emigración, extranjería y derecho de asilo.
  - 16.ª Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.
  - 17.ª Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

Con base a ello, podemos establecer que es el Estado el que vincula y condiciona la titularidad y el ejercicio de determinados derechos de los extranjeros (el derecho a la salud) a su situación legal y administrativa en España, y que la sanidad es una materia de titularidad compartida en la que al Estado le compete definir las condiciones básicas que han de ser comunes para todas las CCAA, con el fin de garantizar equidad y homogeneidad en el acceso de los ciudadanos a la sanidad. Por el lado de las Comunidades Autónomas, a estas se les atribuye el desarrollo y la ejecución de las bases o condiciones básicas fijadas por el Estado. Además, pueden adecuarlas a sus eventualidades particulares mediante propuestas políticas propias que se puntualizarán, a su vez, en normas legislativas y reglamentarias (DELGADO DEL RINCÓN, 2014b).

Esto ha desencadenado, tal como apunta (BAS SARMIENTO, et al., 2015), que la descentralización en la gestión sanitaria por comunidades autónomas provoque que el Real Decreto Ley 16/2012, que regula y limita el acceso a los servicios de salud de los colectivos de inmigrantes más vulnerables, se implemente de manera desigual en el territorio nacional. Es decir, las CCAA han respondido de manera dispar al desarrollar y aplicar este RDL, propiciando un panorama muy diverso actualmente con normativas que restringen en mayor o menor medida el derecho a la asistencia sanitaria.

A tenor de ello, y siguiendo con lo definido por DELGADO DEL RINCÓN (2014c), se pueden distinguir tres grupos de comunidades conforme a si reconocen un mayor o menor acceso a la asistencia sanitaria:

- **1er grupo:** En él se encontrarían aquellas comunidades como Madrid, Castilla-La Mancha, Cantabria, La Rioja, Islas Baleares, Extremadura, Aragón o Murcia que desde el 1 de septiembre aplican lo dispuesto por el RDL 16/2012, no concediendo la tarjeta sanitaria ni el acceso a la asistencia sanitaria a los inmigrantes irregulares salvo en los tres supuestos previstos que contempla el RDL: urgencias, mujeres embarazadas, y menores de edad.
- **2do grupo:** Integra a las comunidades autónomas que desde que se puso en marcha el RDL, manifestaron su voluntad de no aplicar el mismo facilitando el acceso sin ningún requisito o exigiendo un periodo de empadronamiento previo a los inmigrantes en situación irregular. Este grupo lo conforman Andalucía, Asturias, Cataluña o País Vasco. Algunas de las cuales, tal como detallaremos más adelante, han interpuesto recursos de inconstitucionalidad contra el RDL.



- **3er grupo:** Comprende aquellas que han creado un acceso paralelo desarrollando otros mecanismos para seguir otorgando asistencia sanitaria a la población inmigrante en situación irregular, tales como las instrucciones que reconocen la asistencia sanitaria a los inmigrantes irregulares, pero con la premisa de facturar los servicios prestados. En ellas se establece también la eventualidad de que hayan facturas impagadas, puesto que habrán inmigrantes en situación irregular que no podrán costearlas debido a sus escasos recursos. Dentro de este último grupo se encuentran la Comunidad Valenciana y Castilla y León, aunque también habría que añadir a las comunidades de Galicia, Navarra y Canarias que han optado por introducir un documento que acredita a los inmigrantes irregulares como usuarios del servicio de salud autonómico.

A pesar de todo ello, se ha vulnerado lo establecido por el propio RDL, ya que antes de que entrara en vigor el mismo, algunas comunidades ya habían empezado a retirar de sus sistemas sanitarios a los inmigrantes irregulares<sup>23</sup>. Por otro lado, hay que destacar que en muchos casos el personal sanitario ha sido informado de dichas medidas tardíamente, provocando desconcierto entre los usuarios y descoordinación en los centros de salud. Hay que indicar también que se han confeccionado circulares y notas informativas confusas en algunas Comunidades Autónomas en sus correspondientes centros de salud, donde el personal administrativo y no el sanitario tienen permitido dictaminar cuándo se está o no en una situación de urgencia. Pero sin duda lo más preocupante es que se han denunciado casos en los que se les ha denegado la asistencia sanitaria a mujeres embarazadas y menores en situación irregular, cuando el mismo RDL dictamina que si tienen derecho a ella en esas situaciones.

Para ahondar más en el tema sobre estos incumplimientos de lo dispuesto en el RDL, vamos a dar evidencia en este trabajo de alguno de los casos que el informe de YO SÍ SANIDAD UNIVERSAL (2013b) hace constar acerca de las situaciones de exclusión que está viviendo el colectivo de los inmigrantes irregulares.

- **Carteles administrativos, hojas informativas y compromisos de pago:**

Hasta el 31 de agosto, toda persona empadronada en el estado español podía obtener una tarjeta sanitaria y ser atendida. Con el cambio de normativa los distintos centros de salud y hospitales han ido estableciendo estos recordatorios para que todo aquel demandante de atención sanitaria supiese que se les exigirá la tarjeta sanitaria en primer lugar, y en algunos casos, acompañada de otro documento identificativo.

Ejemplo de ello, es el cartel interpuesto en el “Servicio de Admisión a Urgencias” del Hospital Ramón y Cajal, en el que puede leerse: “Los usuarios del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid deberán mostrar su tarjeta sanitaria individual para acceder a cada una de las prestaciones y servicios sanitarios, debiendo presentarse acompañando a la misma el documento

---

<sup>23</sup> Algunos gobiernos autonómicos procedieron a expulsar a los inmigrantes irregulares de sus sistemas sanitarios, cuatro meses antes de la entrada en vigor del RDL 16/2012.

identificativo de la personalidad de su titular, cuando así sea requerido”. (*ver documento 1 de Anexo 2*).

Esto es solo un ejemplo de otros tantos centros de salud que han seguido la misma línea, convirtiendo a estos carteles en auténticas herramientas de disuasión, ya que al no poseer de la tarjeta sanitaria muchos afectados salen de los centros desistiendo de la idea de solicitar atención médica. Por el contrario, los que no desisten de ese derecho, es ahí donde encuentran las primeras barreras discriminatorias. Se evidencia así que no se toma conciencia de la nueva situación por la que pasan los afectados del RDL y que prima más el criterio economicista propulsado por el gobierno. Circunstancia que cobra mayor transcendentalismo al comprobarse que es contradictoria a lo dispuesto en el art. 3 ter del RDL que apunta que las personas “no registradas ni autorizadas como residentes en España” recibirán asistencia sanitaria “de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica...”.

Otro instrumento excluyente son las “hojas informativas”, con las que las personas son avisadas de que si no poseen los documentos acreditativos necesarios su asistencia sanitaria será cobrada. Esta situación va unida a la de los “compromisos de pago”, los cuales en la mayoría de casos se impone a las personas que acuden a urgencias a firmarlos como requisito previo para ser atendidas, pues de lo contrario el derecho a asistencia puede ser denegado. (*Ver documento 2 de Anexo 2*).

Es por ello, que Yo Sí Sanidad Universal expresa que es una imprudencia dejar en manos del personal administrativo, la valoración de las urgencias y su clasificación en si son facturables o no.

- **La facturación y cobros en los servicios de urgencias:**

Como explicábamos en el punto anterior, en algunas CCAA sus centros de salud requieren a los inmigrantes irregulares un compromiso de pago antes de ser atendidos por el servicio de urgencias. Es decir, la emisión y el envío de las facturas evidencia la improvisación y el desconocimiento que tiene el personal administrativo de los centros de salud y hospitales sobre la legislación del RDL, mostrando de ese modo que priman más las intenciones recaudatorias que el derecho a la salud de las personas.

Por supuesto, esta praxis no está reconocida en el RDL, porque recordemos que el mismo dispone que las personas “no registradas ni autorizadas como residentes en España” recibirán asistencia sanitaria “de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica...”. Pese a ello, y aunque tengan necesidad, las personas en situación irregular se están negando a ir a urgencias debido tanto al miedo como al alto coste de los servicios sanitarios. Esta última causa tiene fundamental relevancia, puesto que si las personas en situación irregular tienen cuotas impagadas, puede ser un gran obstáculo para regularizar posteriormente su situación en España.

En medicina existe un criterio crucial que integra la asistencia sanitaria, y es el de “continuidad asistencial”, que como su nombre sugiere se debe hacer un seguimiento de la enfermedad hasta la cura de la persona. Esto conlleva un diagnóstico inicial, unas pruebas básicas, un segundo diagnóstico, un tratamiento y seguimiento continuado del mismo hasta conseguir la curación y así dar el alta médica. Por consiguiente, si el servicio de asistencia sanitaria a los inmigrantes irregulares se acota a las urgencias, no se podrá dar esa continuidad asistencial, la cual es esencial para conseguir una sociedad sana.

En contraposición a este hecho, tal como se indica en RED ACOGE (2015b), el Pleno del Foro para la Integración Social de los Inmigrantes publicó una nota el 14 de diciembre de 2014<sup>24</sup> en la que se manifestaban las preocupaciones a este caso por cuatro razones esenciales como son que estas personas aparecerían como deudores frente a la administración, que el pago en hospitales es indebido, por el carácter disuasorio de la medida y porque todo ello daría lugar a que estas personas estén privadas del derecho a la salud.

▪ **La desatención a menores y embarazadas:**

Es de recordar que el art.3 ter del RDL 16/2012 dispone que “los extranjeros menores de 18 años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”. Pues bien, es sumamente indignante constatar que se están sucediendo casos en los que estos menores son desatendidos debido a problemas burocráticos, pues al intentar sus madres y padres expedirles la tarjeta sanitaria, ésta no puede ser tramitada al carecer los menores de pasaporte u otro documento identificativo que les ha sido imposible conseguir a sus progenitores por falta de recursos. Sin duda, esto muestra una vez más la falta de información de la que carece el personal administrativo acerca de la nueva normativa. Es decir, dicho personal no ha obtenido las instrucciones básicas necesarias sobre cómo proceder en estos casos en los centros de salud, originando en muchas ocasiones que a los menores hijos de inmigrantes en situación irregular se les niegue atención primaria y se los derive al servicio de urgencias o a alguna oficina del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En alguna de esas oficinas se ha visto entregar documentos explicativos sobre la “distribución de competencias entre INSS/ISM y los centros de salud” (*ver documento 3, anexo 2*). Es alarmante ver como un documento oficial como ese denomine a estos menores, “menores ilegales”.

En cuanto a la desatención a mujeres embarazadas en situación irregular, es conveniente volver a recalcar lo que establece como normativa el RDL en el art. 3 ter, “Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en... De asistencia al embarazo, parto y postparto”.

---

<sup>24</sup> Para más detalle [http://www.foroinmigracion.es/es/MANDATO-FORO-2010-2013/DocumentosAprobados/Otrostrabajos/Doc\\_3\\_Declaracixn\\_Factura\\_Sanitaria\\_aprobada\\_en\\_Pleno.pdf](http://www.foroinmigracion.es/es/MANDATO-FORO-2010-2013/DocumentosAprobados/Otrostrabajos/Doc_3_Declaracixn_Factura_Sanitaria_aprobada_en_Pleno.pdf)

Es por ello, que la plataforma de desobediencia civil Yo Sí Sanidad Universal como cualquier otra haría, ha remarcado lo lamentable de que a mujeres en esas situaciones se les niegue la atención sanitaria en iguales condiciones que los españoles, limitando su atención a urgencias por no tener tarjeta sanitaria cuando por derecho les corresponde. Uno de los casos registrados por los grupos de acompañamientos de esta plataforma fue en el barrio de Austrias en la ciudad de Madrid, que acompañó a una joven rumana embarazada de cinco meses quien al sentir dolores en la zona abdominal decidió ir a su centro de salud, donde se le negó la atención remitiéndola a “conseguir su tarjeta y volver”. Luego de posteriores acompañamientos al INSS y comprobar la documentación que poseía, se constató que tenía un certificado de inscripción comunitaria que le autorizaba a residir pero no a trabajar, lo que le permite por consiguiente acceder a la tarjeta sanitaria como persona “sin recursos”. Este tipo de situaciones están haciendo mella en dichas mujeres a las que les invade el miedo y deciden llevar su embarazo sin un seguimiento médico adecuado, aumentando así las probabilidades de sufrir un embarazo de alto riesgo.

#### 3.4.2.2.1. Los convenios especiales.

Conforme a lo establecido por el art. 3.5 de la modificada Ley 16/2003 y el RD 1192/2012, aquellas personas que no tuviesen la condición de aseguradas o beneficiarias de aquellas podrían suscribirse a un convenio especial, de modo que su acceso a la asistencia sanitaria estaría supeditado al pago de una contraprestación o cuota derivada de la suscripción de dicho convenio especial. Es decir, a los inmigrantes irregulares que deseen acceder a la asistencia sanitaria pública, el sistema sanitario español podrá expedirles unos seguros anuales. Esta normativa ha sido expuesta a varias modificaciones desde su promulgación, pero es en virtud del *RD 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*, cuando el convenio toma forma y se establecen los requisitos básicos de convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.

El quiénes podrán suscribirse a ese convenio, queda definido en el art. 3 del mismo de la siguiente manera:

- **Artículo 3.** Requisitos para la suscripción y el mantenimiento del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 7.3 de este real decreto, podrán suscribir el convenio especial de prestación de asistencia sanitaria aquellas personas que residan en España y que, no teniendo la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud conforme a lo dispuesto en los artículos 2 y 3 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, reúnan los siguientes requisitos:

- a) Acreditar la residencia efectiva en España durante un período continuado mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud del convenio especial.
- b) Estar empadronadas, en el momento de presentar la solicitud de suscripción del convenio especial, en algún municipio perteneciente al ámbito territorial al que extienda sus competencias la administración pública competente para su suscripción.
- c) No tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título, ya sea por aplicación de la normativa nacional, de los reglamentos comunitarios en materia de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que en dicha materia hayan sido suscritos por España con otros países.

Es decir, tal como indica DELGADO DEL RINCÓN (2014d), las personas que podrán suscribirse a este tipo de convenio especial serán los españoles que nunca hayan trabajado y cuyos ingresos sean superiores a los cien mil euros al año (rentistas). Además de, los europeos y los nacionales de terceros países que durante su estancia en España quieran suscribir el convenio para ser atendidos por el sistema sanitario público español; siempre que acrediten la residencia efectiva y continuada en España durante un año, es decir, se excluye a las personas de reciente llegada al Estado español; y estén empadronados en un municipio español.

En cuanto a la cuantía de los convenios suscritos el RD 576/2013 establece en su art. 6.1 lo siguiente:

- **Artículo 6.** Contraprestación económica a abonar por la suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria.
  1. La suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria determinará la obligación de abonar a la administración pública con la que se suscriba el mismo la siguiente contraprestación económica:
    - a) Si el suscriptor tiene menos de 65 años: cuota mensual de 60 euros.
    - b) Si el suscriptor tiene 65 o más años: cuota mensual de 157 euros.

Esta cuota mensual podrá ser incrementada por las comunidades autónomas cuando incorporen en el convenio especial otras prestaciones asistenciales de la cartera de servicios complementaria de la comunidad autónoma conforme a lo establecido en el artículo 2.2. El pago de esta contraprestación económica mensual se realizará en la forma que se determine por las administraciones públicas competentes.

Tal como queda remarcado, se hace una diferenciación entre si quienes solicitan la suscripción son menores de 65 años, los cuales deberán pagar 60 euros de cuota mensual; y los que son mayores de 65 que deberán abonar 157 euros mensuales. A simple vista estas cantidades pueden parecer no muy elevadas, pero que si quien debe de abonarlas son los inmigrantes en situación irregular dichas cantidades resultan onerosas, puesto que no poseen los recursos económicos suficientes ni si quiera para llevar un nivel adecuado de vida. Es más, estos importes pueden ser revisados en función de la evolución del coste de las prestaciones de la cartera común básica, es decir, puede aumentar progresivamente. Por tanto, ¿Cómo van a poder suscribirse a esos convenios especiales?. Si estas personas no pueden hacer frente al abono mensual por estar suscritos al convenio especial deberán pagar el coste total de la prestación, pudiendo incurrir en esta manera a deudas con la administración pública, y por consiguiente a no resolver favorablemente sus trámites de residencia. Pero es más, quiénes si puedan hacer frente al pago del convenio deben vivir en España durante un año. Es decir, se vuelve a la misma situación, se debe abonar todo.

Conforme a lo establecido en su Preámbulo el RD 576/2013, y a lo comprendido en el art. 8.1 bis de la modificada Ley 16/2013, a través de los convenios se podrá acceder a *“la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública”*.

De la redacción anterior se puede decir que es lo que hay en claro, y eso es que a pesar de acceder a la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS a través del convenio, quedas fuera de la prestación farmacéutica que sí poseen las personas aseguradas y sus beneficiarias. Y además, hay que añadir que la firma del convenio no dará lugar a la expedición de la tarjeta sanitaria. Esto hace constatar que el famoso convenio es incompleto y favorece la inequidad.

#### 3.4.2.2.2. La prestación farmacéutica.

Como bien explicamos en el punto anterior, a través de la suscripción al convenio especial se puede acceder a las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud. Es decir, de esa normativa se excluye el acceso a las prestaciones de la cartera común suplementaria del SNS, esto es, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y el transporte sanitario no urgente; además de la exclusión a las prestaciones de la cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud, que son las actividades, servicios o técnicas de apoyo a la mejora de una patología de carácter crónico. Aun así, las CCAA tienen la eventualidad de poder facilitar las prestaciones asistenciales propias de su cartera de servicios complementaria, distintas a las incluidas en la cartera común de servicios del

SNS, siempre y cuando dichas comunidades las incluyan en el convenio especial (DELGADO RINCÓN, 2014e).

Atendiendo a todo ello, a las limitaciones y exclusiones que se dan desde el RDL, se está lejos de poder garantizar una situación de salud pública, especialmente porque los ya de por sí excluidos del sistema no tienen acceso a la cobertura farmacéutica de sus tratamientos, por lo que no pueden darle continuidad a los mismos.

Como parte integrante de la “cartera común suplementaria”, las prestaciones farmacéuticas están sujetas a financiación estatal y al abono de un porcentaje específico en el caso de los pacientes. Es decir, la prestación farmacéutica ambulatoria estará sujeta a aportación del usuario, del que hay que destacar que ya ha financiado la parte correspondiente a la subvención estatal con sus propios impuestos. Esa aportación deberá ser proporcional al nivel de renta de cada uno, así está redactado en el art. 94.5 bis de la Ley 16/2003 que añade el RDL 16/2012.

- **Artículo 94 bis.** Aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.
5. Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:
    - a) Un 60 % del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
    - b) Un 50 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
    - c) Un 40 % para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.
    - d) Un 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

Tal como se puede observar, el nuevo artículo establece criterios mucho más objetivos de cómo se estructura el copago farmacéutico, pero al mismo tiempo son varias las lagunas incluidas en él, como por ejemplo que no hay mención alguna sobre la población que no dispone de recursos suficientes. Lo que implica que los inmigrantes irregulares tienen que pagar todo, es decir, la cuantía exacta de los medicamentos.

A este modelo de “repago”, tal como cuenta la plataforma de Yo Sí Sanidad Universal, se le añaden medidas de afán recaudatorio como el “euro por receta” que se estableció en Madrid<sup>25</sup> con la arbitrariedad de asegurar que si la Justicia le daba la razón ante las demandas interpuestas reclamaría a todas las personas desobedientes los

---

<sup>25</sup> Para más información [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/10/31/madrid/1351676852\\_269833.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/10/31/madrid/1351676852_269833.html)

importes adeudados. Pero de lo contrario, no devolvería lo ilegítimamente recaudado. Hechos como este muestran la gravedad del asunto, sobretodo en lo concerniente a las prestaciones que se exigen a la población en situación administrativa irregular en el servicio de urgencias y que no dan cobertura farmacéutica. Lo que se les otorga es una receta (conocida como receta blanca) no financiada por el SNS, que representa el deber de pagar el 100% del coste de sus medicinas ya que no poseen tarjeta sanitaria. Por tanto, todo deberá ser abonado por ellos. Situación que se agrava aún más en el caso de que estas personas sufran enfermedades crónicas, puesto que no podrán tomar de forma continuada sus medicamentos, medicamentos que deben tomarse de por vida.

De igual forma que el RDL 16/2012 ha sido aplicado de manera dispar por las CCAA, éstas también regulan de manera desigual la prestación farmacéutica, incluyendo en unas u otras programas o medidas especiales para reducir la barrera económica que limita el acceso de los medicamentos; sin embargo, no han sido medidas determinantes. Referente a este tema, Médicos del mundo en su informe de 2014 indica algunas excepciones a estas medidas:

- **Aportación del 40%:** En los sistemas de Asturias y Andalucía se permite la prescripción y dispensación normalizada en dicho porcentaje.
- **Aportación del 50%:** En Extremadura las personas beneficiarias del programa de Seguimiento en Atención Sanitaria en la Comunidad de Extremadura (PASCAEX) están sujetas sólo a la aplicación de un 50% de copago por prestación farmacéutica.

En el mismo informe se indica que en septiembre de 2013, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobaba una Resolución<sup>26</sup> con la que se pretendía introducir la aplicación del copago a los medicamentos de dispensación hospitalaria, provocando reacciones varias entre las CCAA. Las comunidades de Castilla y León, Andalucía y País Vasco han recurrido dicha Resolución debido principalmente al escaso ahorro económico que aportará la medida. Se trata de medicamentos bastante onerosos, designados a tratar pacientes crónicos o con enfermedades graves que se dispensan en las farmacias hospitalarias a pacientes no ingresados y que hasta ahora eran gratuitos. Con esta Resolución estarán sujetos a un copago máximo del 10% del precio por envase, con un tope de 4,2 euros por fármaco. Ese 10% destinado a dispensación hospitalaria, sin duda perjudica enormemente a las familias con menos recursos que estén pasando enfermedades graves, y si le sumamos el añadido del 100% de los medicamentos que se adquieren en las farmacias ambulatorias, la situación se vuelve más delicada aún.

---

<sup>26</sup> Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario. <http://www.boe.es/boe/dias/2013/09/19/pdfs/BOE-A-2013-9709.pdf>



Es evidente que el copago farmacéutico es una de las graves consecuencias que ha acarreado el RDL, y que sin duda está condenando a muchísimas personas a llevar sus enfermedades sin la medicación que les corresponde.

#### 3.4.2.2.3. Los programas especiales: condiciones y supuestos de acceso.

Previamente se ha explicado como la implementación del RDL 16/2012 se ha desarrollado de manera desigual en las CCAA, habiendo dos grupos de ellas que rechazando en mayor o menor medida lo establecido por la nueva normativa han promulgado acciones contra el mismo a través de herramientas, mecanismos y programas especiales e incluso interponiendo recursos de inconstitucionalidad.

Entre esa variedad de aplicaciones, Médicos del Mundo en su informe de 2014 constató que diez comunidades autónomas habían propugnado medidas para proporcionar Tarjeta Autonómica Sanitaria a los inmigrantes en situación irregular. De esas diez, ocho lo han hecho en forma de “programa especial” específico para los no asegurados y los no beneficiarios de los mismos (Aragón, Canarias, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Galicia y Valencia); y dos admitiendo el derecho a la atención sanitaria en condiciones semejantes al resto de la población residente (Andalucía y Asturias). El resto de comunidades ha establecido condiciones y supuestos de acceso a la atención médica con pautas diversas entre unas y otras. Por ejemplo, en Madrid y Murcia los enfermos crónicos con un proceso abierto antes del 31 de agosto de 2012 pueden recibir control y seguimiento médico de su especialista. Otro caso sería el de personas con enfermedades valoradas de riesgo para Salud Pública, las cuales serán atendidas en Madrid sólo si su duración es menor a un año. En caso contrario, recibirán atención conforme al marco de las campañas de salud, como en las comunidades de Castilla y León y Baleares.

Sin embargo, esa disparidad existente entre las comunidades autónomas respecto a la aplicación de estos mecanismos y programas especiales ha hecho que no esté garantizado su éxito ni se cumpla con su fin que es conseguir la universalidad en el acceso a la asistencia sanitaria. En algunas de ellas dichas medidas no han sido efectivas, como en el caso del Programa Gallego de protección social de la salud pública que entró en vigor en septiembre de 2012 para dar cobertura a las personas que no sean aseguradas ni beneficiarias del SNS. Dieciocho meses después, tan sólo 1.470 han podido beneficiarse de él. A todo ello, hay que añadirle que la población inmigrante que no pueda beneficiarse de esos programas especiales por no cumplir los requisitos necesarios, se enfrenta dispares realidades en función de la CCAA donde viva.

#### 3.4.2.2.4. Implicaciones de la reforma en las mujeres inmigrantes.

Incluso en los supuestos que el RDL 16/2012 establece que tienen derechos a las prestaciones sanitarias, las mujeres inmigrantes están encontrando muchas trabas para

poder acceder a ellas. Este colectivo representa una vulnerabilidad especial debido a que si muchas de ellas ven limitada su asistencia a los servicios de urgencias, la capacidad para detectar y combatir casos de violencia de género queda mermada ya que los centros de salud es donde suelen acudir primeramente tras sufrir alguna agresión.

Muchas son las organizaciones como Médicos del mundo, Amnistía Internacional, Red Acoge, ODUSALUD, Sociedad Española de Medicina en Familia y Comunitaria que alertan de que así como se reducen las posibilidades de detectar casos de violencia de género tras la normativa aplicada, también se imposibilita la identificación de víctimas de trata, a pesar de que el RDL contempla estos casos como excepciones para acceder a la asistencia, aunque sólo si estas personas obtienen permiso de residencia temporal por acogerse al período de restablecimiento y reflexión. Aun así, este requisito es inaplicable en la mayoría de casos<sup>27</sup> (LEMA TOMÉ, 2013c).

Todo este gran problema está ligado, tal como apunta (MORERO BELTRÁN & BALLESTEROS PENA, 2014), a la percepción que tienen estas mujeres sobre las administraciones públicas, que las ven más como una amenaza por el miedo a ser expulsadas al encontrarse en situación irregular que como una fuente de protección.

Por último, otra gran preocupación que atañe a las mujeres inmigrantes son las repercusiones que la nueva normativa está teniendo sobre su salud sexual y reproductiva. Por tanto, y volviendo al estudio de Médicos del Mundo, la ONG advierte que “la exclusión del sistema público de salud en los niveles de Atención Primaria y Especializada, impide el acceso a programas de información y asesoramiento en métodos anticonceptivos”. Y en la misma línea añade, “las mujeres inmigrantes sin tarjeta sanitaria que desean interrumpir su embarazo aún dentro del marco legal regulado por Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo 2/2010 de 3 de marzo 2010 encuentran impedimentos para ser atendidas en los servicios sanitarios” (2014, pp. 18-19).

Bajo la perspectiva de (GRANDE GASCÓN, et al., 2015) se puede concluir que la mujer inmigrante, aún si está regularizada y tiene derecho a una cobertura sanitaria, se encuentra con una serie de impedimentos que no existen para la población autóctona y para las que todavía no se han encontrado soluciones globales y estructurales.

### 3.4.2.3. *Argumentos en contra.*

El RDL 16/2012 en sí, ha traído consigo múltiples consecuencias que han afectado no sólo al colectivo de los inmigrantes en situación irregular sino a toda la sociedad española debido a que el mismo ha dado lugar a más reformas de las que

---

<sup>27</sup> El período de restablecimiento y reflexión no se expide ni se concede a todas las víctimas de trata; sólo a aquellas víctimas y (presunta víctimas) de trata de personas, que están en situación administrativa irregular en España, en el caso de que necesiten tomarse un tiempo para decidir si quieren ayudar o no a las autoridades en la persecución del delito.

aparentemente estaba estipulado, provocando así un malestar social mucho mayor entre la población del país. Por esta misma razón, no es de extrañar los innumerables argumentos en contra que ha recibido la nueva normativa a través de campañas, plataformas, diversas ONG, estudios, artículos, normativas internacionales, así como también por parte de algunas de las CCAA que como se explicó anteriormente, no están a favor del RDL. En este trabajo se abordarán los argumentos en contra referentes a la población inmigrante irregular, especialmente los que atañen a la universalidad del derecho a la salud y a la inconstitucionalidad del RDL.

#### 3.4.2.3.1. Derecho a la salud. ¿Un derecho universal?.

Con base a la interpretación de los tratados, convenios internacionales y normativa constitucional en materia de sanidad y derechos humanos que existen hoy en día y vinculan al Estado español, y de los que ya se ha hecho alusión en apartados anteriores, se puede hablar de la salud como derecho universal. Es justamente ese carácter universal el que ha desaparecido tras la nueva regulación, dando lugar a perniciosas críticas por parte de la sociedad civil debido a la exclusión discriminatoria de los inmigrantes en situación administrativa irregular.

El día que el RDL entró en vigor, varias instituciones y organizaciones<sup>28</sup> como Médicos del mundo, Amnistía Internacional, Red Acoge y Sociedad Española de Medicina en Familia y Comunitaria denunciaron que dicha reforma sanitaria constituía una violación de los derechos humanos al “limitar el derecho a la salud de algunos de los colectivos más vulnerables de la sociedad, y por ser una medida regresiva y discriminatoria”. Además, estas instituciones señalaron también que esta medida suponía una vulneración del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1976 suscrito por España tras su entrada a las Naciones Unidas en 1955, asumiendo así la Declaración Universal de Derechos Humanos. Dicha vulneración del Pacto se refiere a sus art. 12 y 25, los cuales indican que todos los Estados deban de comprometerse a salvaguardar el derecho a la salud de las personas sujetas a su jurisdicción.

En el ámbito del personal sanitario, la Organización Médica Colegial (2012), en su Declaración de 1 de septiembre, expone que *el médico, en todo momento, debe atender a todos, independientemente de su situación legal*, y alude la posibilidad del facultativo de recurrir a su derecho de la objeción de conciencia<sup>29</sup> (art. 32.1 del Código de Deontología Médica).

---

<sup>28</sup> Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/noticias/noticias/articulo/con-la-reforma-sanitaria-entra-en-vigor-una-nueva-violacion-de-derechos-humanos/>

<sup>29</sup> La conciencia positiva mueve al profesional a actuar proporcionando tratamientos sanitarios profesionalmente admitidos pero prohibidos por una norma jurídica, en lugar de abstenerse a prestar sus servicios, como sucede en la objeción de conciencia tradicional o negativa.

Siguiendo la misma línea de preocupación respecto a la nueva legislación, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (CDESC, 2012) advierte a España:

▪ C. Principales motivos de preocupación y recomendaciones.

19. El Comité está preocupado por las modificaciones introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012, del 20 de abril de 2012, en particular a la Ley de Extranjería de 2009, que recortan los derechos de acceso de los inmigrantes en situación irregular a los servicios públicos de salud (art. 12).

El Comité recomienda al Estado parte asegurar que, de conformidad con el Comentario General 14 y con el principio de universalidad de las prestaciones sanitarias, las reformas adoptadas no limiten el acceso de las personas que residen en el Estado parte a los servicios de salud, cualquiera sea su situación legal. También recomienda que el Estado parte evalúe el impacto de toda propuesta de recorte en cuanto al acceso de las personas y colectivos desfavorecidos y marginados a los servicios de salud.

Conforme a lo expuesto por el Comité y demás organizaciones se puede afirmar que todos esos argumentos en contra son tan sólo la punta del iceberg de una normativa que limita el acceso a los servicios de salud a personas que no residen legalmente, puesto que el verdadero resultado de la nueva legislación está suponiendo un menoscabo en la salud y la vida de muchas personas.

Como ejemplo de los estándares de salud que un Estado debe asegurar, varios intercesores del derecho a la salud han señalado a la Observación General número 14 del Comité DESC. En ella además se recalca que los servicios de salud deben de ser disponibles, accesibles, aceptables y de calidad, elementos que el RDL no hace efectivos (GALLEGO GONZÁLEZ, 2014g). (*Ver Ilustración 4*).

Sin duda alguna, el derecho a la salud es parte inherente de una persona por la simple y sencilla razón de serlo. Se trata pues de un derecho humano universal proclamado por varios tratados y convenios internacionales, pero que debido a su falta de protección en el Estado español y de la que sí disponen otros derechos, se le considera un derecho de principio rector de la política social y económica, en vez de un derecho fundamental de libertad pública.

#### 3.4.2.3.2. La inconstitucionalidad del RDL: recursos en contra.

A medida que se ha ido analizando el RDL 16/2012 y los efectos y consecuencias que ha generado, se ha dado muestra de las dudas en cuanto a su constitucionalidad. Muestra de ello es que tras la aprobación de la nueva legislación, diversas CCAA proclamaron que no iban a aplicar el RDL, y es más, son varios los recursos de inconstitucionalidad presentados por ellas hasta la fecha contra esta nueva norma ante el Tribunal Constitucional, el cual los ha admitido a trámite. Y lo que ellas

reclaman y denuncian a través de los recursos es que el derecho a la salud está siendo vulnerado por no respetar la dignidad ni la integridad física de las personas afectadas, principios que son propios del derecho a la vida, y del cual el derecho a la salud se encuentra vinculado. Aunque a fecha de la realización de este trabajo el TC aún no ha resuelto estos recursos y tardará en hacerlo, hay que destacar el recurso interpuesto por la Comunidad del País Vasco, y del cual el TC sí se ha pronunciado.

Ejemplo de ese pronunciamiento es la solicitud del gobierno Vasco de levantamiento de la suspensión del Decreto 114/2012, del País Vasco<sup>30</sup>, a través del ATC 239/2012, de 12 de diciembre de 2012. Mediante dicho Decreto, el Gobierno Vasco pretendía regular la “aplicabilidad de la nueva normativa básica” en materia sanitaria. Es decir, dar cobertura sanitaria a las personas que habían sido excluidas por el RDL 16/2012. Una vez entra en vigor el decreto autonómico vasco, es llevado al Tribunal Constitucional por el ejecutivo central que expone un conflicto positivo de competencias frente al Gobierno vasco; además de solicitar la suspensión de la vigencia y aplicación de gran parte de sus preceptos. El Tribunal Constitucional admite a trámite el conflicto positivo de competencias y concluye en suspender la vigencia y aplicación del Decreto impugnado. El Gobierno Vasco responde propulsando una solicitud para el levantamiento de la suspensión del Decreto 114/2012. Meses después, el TC da respuesta a esa solicitud y resuelve el incidente de suspensión del Decreto del Gobierno vasco en el ATC 239/2012, de 12 de diciembre (DELGADO RINCON, 2014f). En respuesta al porqué del levantamiento de la suspensión del Decreto, el TC manifestó:

“Teniendo en cuenta la concreción de los perjuicios derivados del levantamiento o del mantenimiento de la suspensión efectuada por las partes, y la importancia de los intereses en juego, es que el derecho a la salud y el derecho a la integridad física de las personas afectadas por las medidas impugnadas, así como la conveniencia de evitar riesgos para la salud del conjunto de la sociedad, poseen una importancia singular en el marco constitucional, que no puede verse desvirtuada por la mera consideración de un eventual ahorro económico que no ha podido ser concretado” (FJ 5).

A pesar de ello, el TC mantiene, sin embargo, la suspensión de los preceptos del Decreto vasco concernientes a los porcentajes de prestación farmacéutica, al estimar que el Gobierno de la nación demuestra los perjuicios económicos que para el control del déficit implica la aplicación del Decreto.

Hoy por hoy, los recursos de inconstitucionalidad de los que el RDL ha sido objeto provienen de las comunidades de: Navarra, Andalucía, Asturias, País Vasco, Canarias y Cataluña. A modo general, En general, todos los recursos fundamentan también un conflicto de competencias.

---

<sup>30</sup> 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. <http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.eus/r48-bopv2/es/p43aBOPVWebWar/VerParalelo.do?cd2012002973>

### **3.4.3. Comunidad Valenciana: estudio de la aplicación del RDL.**

Como se ha podido ir viendo a medida que se analizaba la reforma interpuesta por el RDL, las comunidades autónomas han reaccionado de manera dispar a la misma, otorgando múltiples contextos tan variados en materia de sanidad que claramente dan muestra de la ruptura de equidad en el ámbito territorial concerniente a este ámbito. Ahora bien, y debido a que el presente trabajo centra su objeto de estudio en la Comunidad Valenciana, es necesario destacarla frente al resto de comunidades para poder concretar el mismo, y así dar muestra de cómo el RDL ha afectado a dicha comunidad concretando con más detalle cuáles han sido esos efectos que se han producido durante los tres años de aplicación de la nueva normativa.

Para ello se ha contado con la ayuda del Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana-ODUSALUD<sup>31</sup>, plataforma con la que se ha tenido contacto para constatar la información y los datos recabados en sus informes, los cuales son accesibles a toda la población que posea Internet ya que los mismos se pueden descargar por medio de su página web. A continuación, se expondrá como afectó la reforma a la comunidad para después ilustrar cuáles han sido los datos obtenidos por la plataforma antes comentada sobre el análisis de los casos recogidos por sus entidades colaboradoras.

#### *3.4.3.1. Tres años de exclusión sanitaria.*

La aplicación del RDL en la Comunidad Valenciana, al igual que en muchas otras comunidades, ha dado lugar a diferencias y barreras burocráticas en el acceso a la asistencia sanitaria, impidiendo así diagnósticos y tratamientos adecuados para la población más vulnerable económicamente y por consiguiente, a los extranjeros sin permiso de residencia (ODUSALUD, 2012).

Y a pesar de que la normativa vigente de la Comunidad Valenciana no establece un modelo sanitario de acceso a todas las personas residentes en territorio español, hay que recordar que la comunidad pertenece al grupo de aquellas comunidades que han creado un acceso paralelo a los servicios sanitarios desarrollando otros mecanismos operativos para seguir otorgando asistencia sanitaria a la población sin recursos y a la población inmigrante en situación irregular. Entre esos mecanismos destaca la puesta en marcha del Programa Valenciano de Protección de la Salud (PVPS).

Como complemento a la reforma sanitaria, diez meses después de la entrada en vigor del RDL, en julio de 2013, la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana propulsó el Programa Valenciano de Protección de la Salud, que aunque no genera el

---

<sup>31</sup> El objetivo del Observatorio es velar por el cumplimiento del Derecho Universal a la protección de la Salud de los ciudadanos y ciudadanas, especialmente en poblaciones que se encuentran desfavorecidas y sufren vulneraciones hacia su persona.

derecho a reclamar la asistencia sanitaria, incluye atención sanitaria dentro de la cartera común de servicios (Atención Primaria como Especializada), así como cobertura farmacológica bajo unos criterios de acceso más accesibles que lo que exige la normativa estatal. Dichos requisitos están redactados de la siguiente manera en el PVPS:

- El PVPS va dirigido a aquellas personas que reúnan, simultáneamente, los siguientes requisitos:
  1. Ser extranjero mayor de edad.
  2. No tener reconocido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social la condición de asegurado o beneficiario del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud.
  3. No exportar el derecho a la asistencia sanitaria desde el país de origen o procedencia.
  4. No tener terceros obligados al pago.
  5. No reunir los requisitos exigidos para la suscripción de un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria.
  6. Estar empadronado en cualquier municipio de la Comunidad Valenciana con una antigüedad igual o superior a un año desde la puesta en marcha del presente programa.
  7. La renta anual de la unidad familiar sea inferior a 1,5 veces el valor del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM) aprobado en los Presupuestos Generales del Estado para 2013.

Destaca que a pesar de que ser un programa para la atención sanitaria de personas sin recursos al que se podrían acoger una parte de las personas migrantes, se pida como uno de los requisitos principales contar con al menos un año de empadronamiento y tener unos ingresos inferiores a 1,5 veces el IPREM. Es decir, tal y como indica AMNISTÍA INTERNACIONAL (2015), el PVPS no supone ningún cambio para las personas migrantes que han sido excluidas por el RDL 16/2012 y lleven menos de un año de empadronamiento o tengan unos ingresos superiores a los 800 euros. Otro factor a destacar es que las personas incluidas en el programa deberán abonar el 40% de los medicamentos ambulatorios, frente al 100% del copago farmacéutico ambulatorio impuesto por la nueva normativa a quienes no sean asegurados ni beneficiarios.

Continuando con el estudio de Amnistía Internacional de 2015, en la Comunidad Valenciana actualmente hay empadronadas más de 160.000 personas de origen extranjero no comunitario en situación administrativa irregular. Y hasta agosto de 2014, sólo 3.491 personas se habían beneficiado del PVPS. Como no hay datos de cuántas personas si cumplen con los requisitos de dicho programa, es preocupante que aún después de instaurar el PVPS haya personas excluidas de la asistencia médica como también lo es que se emitan compromisos de pago y facturas en la atención en urgencias si no se posee la correspondiente tarjeta sanitaria cuando el RDL si la garantiza en estos casos. Debido a ello muchas de estas personas en situación irregular prefieren no acudir a sus centros de salud por temor a represalias. Es evidente que los requisitos

demandados por el programa dejan sin probabilidad de acceso a una parte considerable de la población, y que además, aun cumpliendo los requisitos para acceder a él, muchas personas no pueden acreditarlo con documentos fehacientes ya sea por las trabas administrativas o por el coste para obtenerlos en sus países de origen. Si a eso se le suma la poca difusión que tuvo el programa más la mala organización de la Conselleria para informar al personal tanto administrativo como sanitario de los nuevos cambios, obtenemos la respuesta de porqué el PVPS no ha sido tan eficaz como se esperaba. Dicho de otro modo, el programa sólo ha llegado a cubrir una mínima parte de las personas a las que iba destinado.

Así como expone Yo Sí Sanidad Universal en su informe de 2013, aunque desde que se aprobara el RDL el conseller de sanitat concluyó que en la Comunidad Valenciana la asistencia sanitaria se garantizaría a toda la población y de que se propulsarían programas como el antes citado para asegurar la atención médica a los más necesitados, en la práctica lamentablemente no ha sido así. La ambigüedad en cuanto a la interpretación de la norma ha conllevado a que los facultativos en materia de sanidad consideren por un lado atender a todas las personas, promoviendo la universalidad; y por otro, facturarles la asistencia médica a las personas que no posean tarjeta sanitaria. Ese criterio de que cada quien lo interprete a su manera y ejerza el juicio que le parezca conlleva grandes responsabilidades y riesgos para la el bienestar de la sociedad.

Un ejemplo grave de esta terrible situación ocurrido en Valencia, también recogido en el informe de 2013 de Yo Sí Sanidad Universal, es el de Soledad Torrico, quién se presentó en su centro de salud de la comunidad con un cuadro de tos y no la atendieron porque supuestamente su tarjeta no era válida, tarjeta que sólo estaba deteriorada pero que nadie fue capaz de verificar. Ello dio lugar a que la mujer recorriera las urgencias de varios hospitales y centros de salud. Una semana después, ésta moría en su casa aguardando a los servicios de urgencias, al que hacía dos horas que había llamado. Torrico sí tenía permiso de residencia.

En resumen: la desinformación entre las personas usuarias y la parte trabajadora del sistema de salud, la arbitrariedad en la atención, sumado a que aún son muchas las personas que encuentran limitaciones a la hora de acceder a la atención sanitaria da muestra de que aún nos asentamos en un sistema sanitario no universal, así lo reflejan los datos obtenidos y recabados por la plataforma valenciana ODUSALUD a lo largo de sus once informes desde que fuera creada a finales de 2012. Datos e incidencias que mostraremos a continuación.



### 3.4.3.2. *Registro de incidencias producidas en la Comunidad Valenciana.*

Debido al gran trabajo realizado por diversas ONG, fundaciones y plataformas sobre la realidad de las consecuencias propulsadas por la aplicación del RDL 16/2012, y al corto período del que se disponía para realizar un estudio de esa envergadura, en este trabajo no se ha realizado un trabajo de campo sino que a continuación se mostraran algunos de los datos y resultados obtenidos por ODUSALUD reflejados en sus informes, de los cuales se analizaran el primer y último informe para así poder ofrecer una visión comparativa de los inicios de la nueva normativa así como de su situación en el presente.

Esta plataforma colaborativa fue creada para velar por el cumplimiento del Derecho a la Salud, mermado por la instauración del RDL, y es a través de las colaboraciones que hacen los ciudadanos con las entidades participantes que se tiene constancia verídica de las vulneraciones se están produciendo de dicho derecho. Además, a través de los grupos de acompañamientos, creados para intentar defender, ayudar y dar conocimientos de los derechos que se tiene como persona “no asegurada ni beneficiaria”, se ha sido testigo de varios casos donde se ha denegado el acceso a tratamientos médicos que son indispensables para la salud básica de una persona.

Puesto que son las autoridades sanitarias las portadoras del censo de casos e incidencias respecto a la denegación de la asistencia sanitaria a la población en situación irregular, el procedimiento que se sigue en ODUSALUD para obtener una aproximación del número de personas afectadas en la comunidad valenciana, es a través de un formulario al que pueden tener acceso a él todo aquel que requiera reportar su caso y así poder ejercer su derecho a la salud. Este formulario se encuentra disponible en formato electrónico y en papel, donde una vez rellenado se debe enviar a la entidad colaboradora a la que se está vinculado (*Ver Anexo 3*).

Actualmente, agosto de 2015, tras poco más de tres años de la aplicación del RDL 16/2012 y casi tres también de vida de ODUSALUD, la plataforma está integrada por 78 entidades colaboradoras, de las que destacan sus tres entidades promotoras, Médicos del Mundo CV, La Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària y Cáritas Diocesana de Valencia. La publicación de su primer informe data de noviembre de 2012 con un registro total (de octubre hasta el 30 de noviembre) de 78 declaraciones de vulneración del derecho a la salud, y desde esa fecha hasta agosto de 2015 se ha tenido constancia de 1.338 notificaciones-con una media de 112 mensuales - relativas lo mismo, por lo que desde ese primer recuento hasta el último se han contabilizado 1260 casos más, dando muestra del aumento progresivo de quebrantamientos al derecho a la salud sólo en esta comunidad en tres años. Hay que tener en cuenta de que estos registros han sido posible gracias a las personas afectadas que sí se han atrevido a pedir ayuda, lo que quiere decir que aún hay muchas más personas de las que no se tienen constancia debido al miedo que ha provocado en ellas que se tomen represalias en su

contra. Además, ese mayor número de contabilizaciones se debe al aumento de entidades que se suman a la labor que realiza ODUSALUD, con lo que hay una mayor movilización para ayudar a este colectivo de personas.

Antes de empezar a dar muestra de los datos obtenidos en el último informe de la plataforma (el N°11), es necesario situar a la comunidad en el contexto que se encuentra actualmente. Conforme a (ODUSALUD, 2015), la publicación de ese informe tiene lugar en un momento clave para la población afectada debido a tres hechos:

- El RDL 16/2012 cumple tres años desde su entrada en vigor.
- El PVPS, en julio, cumplió dos años desde su puesta en marcha.
- Sin duda el más destacable, es que hace un mes el Consell de la Generalitat Valenciana aprobó a propuesta de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, el Decreto Ley de 24 de julio, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana (en adelante DL 3/2015). El cual está pendiente de ratificación por el pleno de les Corts Valencianes el 9 de septiembre. Por lo pronto, hasta que sea firme su aplicación a todas las personas excluidas se les ha dejado de exigir a las mismas la firma de un compromiso de pago por la asistencia recibida. Es por ello, que aún es pronto para saber cuál será su alcance, su impacto y la efectividad que tendrá como normativa para asegurar el acceso pleno a la asistencia sanitaria. Por consiguiente, la observación que se haga de la evolución de este DL será sumamente importante.

A modo de resumen de estos casi tres años desde el nacimiento del observatorio, el último informe (el n°11) de ODUSALUD destaca:

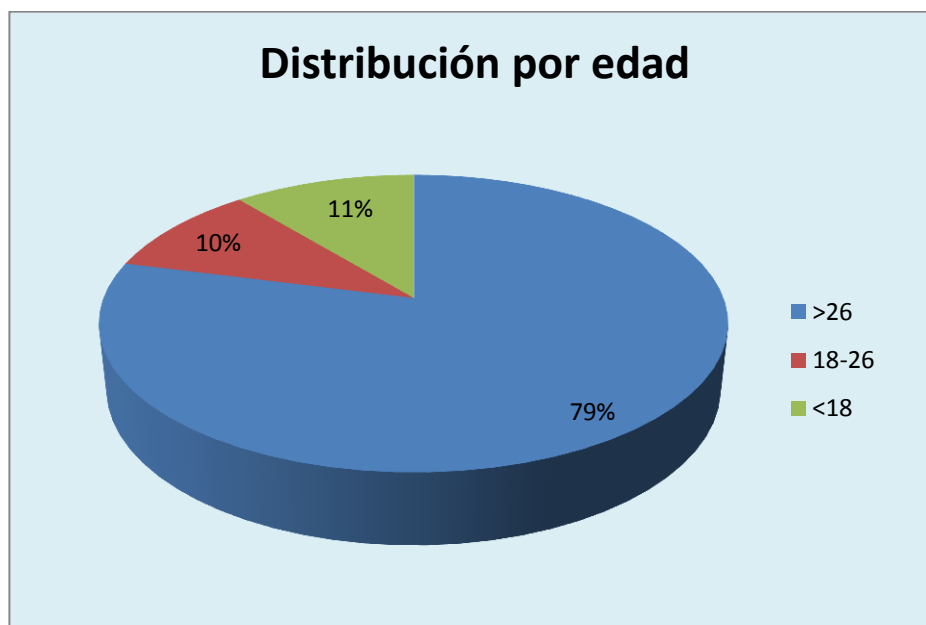
- **Que son 144 los casos de desatención médica observados en menores**, cuando el RDL dispone que los menores de 18 si tienen acceso a la asistencia sanitaria en iguales condiciones que los españoles.
- **Que a pesar de la instauración del PVPS hace dos años exacto, el número de vulneraciones al derecho a la salud sigue en aumento.** El motivo se debe a que su efectividad ha sido poca por la mala difusión que tuvo como programa de protección a la salud, que sumado a las dificultades de aplicación y a los errores en la información dada al personal administrativo y sanitario, ha conllevado a que sean pocas las personas que soliciten pertenecer a él.
- **Que las incidencias cometidas en los Centros de salud a la población inmigrante irregular han aumentado hasta un 73%.**
- **Que un 18% de las incidencias cometidas son derivadas de los compromisos de pago**, que no hacen más que provocar que las personas afectadas se autoexcluyan.

Ahora se pasará a la exposición gráfica de los casos registrados desde la puesta en marcha del observatorio en octubre de 2012 hasta agosto de 2015, del que se han obtenido 1338 incidencias:

- **Sobre las edades de la población afectada.**

Se realizó a primera instancia un registro dividiendo a las personas en tres franjas de edades (menores de 18 años, entre 18-26 años y mayores de 26 años).

*Gráfico 4: Distribución por edad de la población afectada en la Comunidad Valenciana 2012-2015*



**Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de ODUSALUD. Informe N°11**

Como se puede observar el 79% de los casos, unas 1057 incidencias pertenecen a la franja de edad de los mayores de 26 años. Esto es totalmente lógico ya que a medida que una persona va envejeciendo comienzan a detectarse enfermedades de las que es preciso darles cura lo antes posible, por lo que las personas afectadas pertenecientes a esa franja de edad son las más afectadas con la aplicación del RDL. El siguiente porcentaje más alto (11%) corresponde a los menores de edad, 144 casos son los que han sido registrados a pesar de que la normativa no les deniega la asistencia a ellos. Hay que señalar que desde el informe anterior a éste (el nº10 de abril de 2015) y el de ahora se registraron 28 incidencias más en menores. Por último, el porcentaje menor se lo lleva la franja de 18 a 26 años con un 10%, unos 137 casos aproximadamente.

- **Sobre la situación administrativa de la población afectada.**

*Gráfico 5: Distribución por situación administrativa de la población afectada en la Comunidad Valenciana 2012-2015*

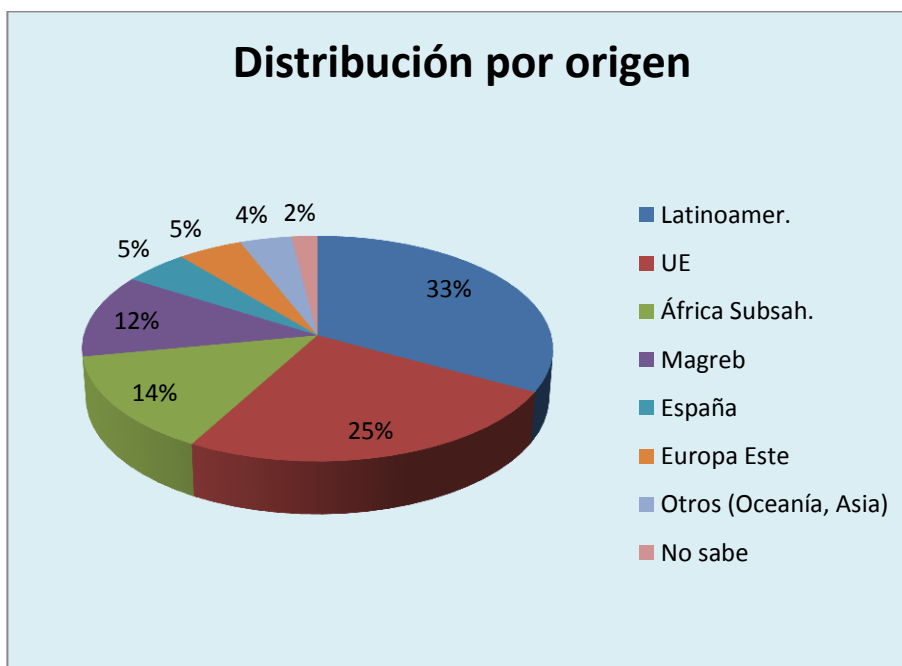


**Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de ODUSALUD. Informe N°11**

Sin duda es destacable que prácticamente más de la mitad de las declaraciones tomadas, el 60% (803 casos), aluden a la situación administrativa irregular de las personas como motivo de denegación de la tarjeta sanitaria. En cuanto a los residentes comunitarios, estos ocupan el segundo porcentaje más alto con un 24%. Sin embargo, es de asombro que un 6%, de esas incidencias pertenezcan a personas españolas. En este caso se está hablando de que unas 80 personas españolas más o menos no han podido acceder ejercer su derecho a la asistencia sanitaria gratuita. Más asombro causa aún, que aunque sea un porcentaje ínfimo, un 0,1% pertenece a víctimas de trata, cuando el RDL hace una excepción a estas personas. Esto puede deberse que aunque la normativa hace esa excepción, estas personas deben obtener el permiso de residencia temporal por acogerse al período de restablecimiento y reflexión, un proceso burocrático más que dificulta el acceso a la asistencia sanitaria.

▪ **Lugar de origen de la población afectada.**

*Gráfico 6: Distribución por origen de la población afectada en la Comunidad Valenciana 2012-2015*

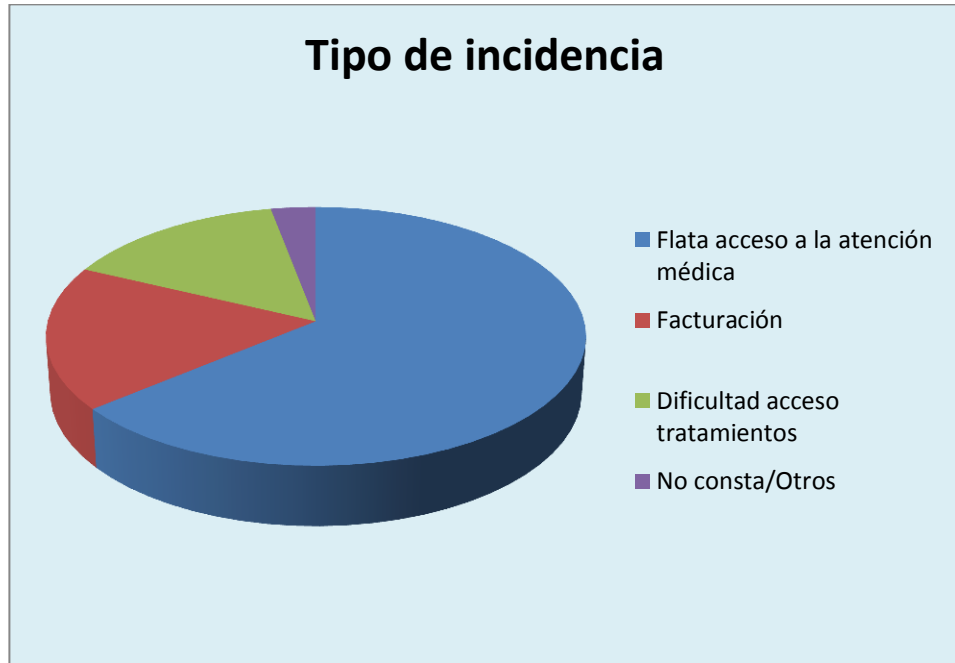


**Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de ODUSALUD. Informe N°11**

La mayoría de la población afectada como se puede ver, es de origen latinoamericano. A este colectivo se les ha denegado la asistencia sanitaria 431 veces, representando el 33,2% del total. En segundo lugar, se encontrarían las personas pertenecientes a países de la UE con un porcentaje no muy alejado del de la población latinoamericana, unas 343 personas aproximadamente, es decir, un 25,6% del total. Con 187 casos registrados, las personas procedentes del África Subsahariana se encuentran en el tercer lugar de personas afectadas con un 14%. Y uno de los porcentajes más bajos pertenece a los provenientes de Asia, un 4%.

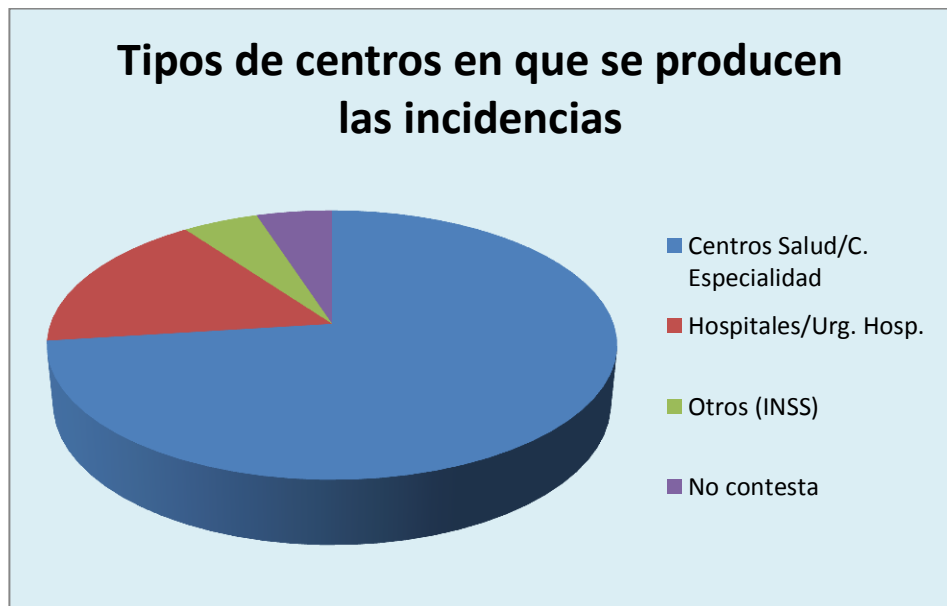
- Sobre el tipo de incidencia y los tipos de centros donde se producen.

*Gráfico 7: Tipo de incidencia sufrida por la población afectada en la Comunidad Valenciana 2012-2015*



**Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de ODUSALUD. Informe N°11**

*Gráfico 8: Tipos de centros en que se producen las incidencias en la Comunidad Valenciana 2012-2015*



**Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de ODUSALUD. Informe N°11**

Como era de esperar la incidencia más habitual es la denegación al acceso de atención médica. Un 64,4%, es decir, unas 862 personas ven mermada su salud debido a esta incidencia. En cambio, los compromisos de pago y la facturación de ellos representan un 17,7% del total. Hay que añadir que en el informe anterior a éste, el nº10 de abril de 2015, este grupo era de un 19%, lo que evidencia que ha descendido, y aunque no sea más de un 1% es importante destacar que al menos esas personas pudieron traspasar las barreras burocráticas de los compromisos de pago y así poder acceder al servicio médico. No hay tampoco dejar de indicar que las dificultades económicas para acceder a los tratamientos se refleja en un 14,6%, con las consecuencias que ello conlleva. Más dificultoso aún para acceder al servicio sanitario si en una misma persona se dan varios de los incidentes aquí nombrados, pues la exclusión es mucho mayor.

En cuanto al tipo de centro donde se produce el mayor número de incidencias, como era de esperar son los centros de salud con un 73%, unos 977 casos frente al 18% de las incidencias producidas en los hospitales. En el caso del INSS, se producen un 5% de casos del total.

#### **4. PROPUESTA DE MEJORA.**

Antes de exponer cuál es la propuesta final para intentar paliar las arbitrariedades que se han producido y se están produciendo en España por la implementación del RDL 16/2012; una vez analizado el mismo y toda la normativa que le es de aplicación; es necesario conocer de qué manera el país ha reaccionado en cuanto a proponer soluciones para intentar reducir el máximo número de personas excluidas y que éstas puedan hacer valer su derecho a la salud.

Desde que se aplicó el RDL 16/2012 fueron muchas las asociaciones, fundaciones, entidades profesionales que se alzaron en contra del mismo por vulnerar un derecho como la salud de forma tan radical. Por ese motivo a lo largo de estos tres años son varias las que se han movilizado con el objetivo de defender dicho derecho independientemente de la nacionalidad o situación administrativa de las personas, pero sobretodo lo que están intentando es que las personas afectadas por ese RDL puedan tener garantía de que van a ser atendidas.

Cada una de estas organizaciones aboga por distintas vías para reducir en todo lo que se pueda la exclusión a la población inmigrante en situación irregular. Es por ello, debido a la variedad de propuestas, que a continuación se expondrán algunas de las líneas de trabajo más destacadas propulsadas por estas entidades. Y para acotar ese aluvión de ideas, se han seleccionado cinco organizaciones que exponen tales medidas:

- **Médicos del Mundo:** Con sedes repartidas en varias ciudades españolas, esta organización independiente aboga por hacer efectivo el derecho a la salud para todas las personas. Por esta razón, es indudable su labor y la importancia que ha tenido tras la aplicación del RDL 16/2012. En su informe de 2014, Médicos del Mundo incita al gobierno a restablecer el modelo sanitario acorde al principio de universalidad, y por otro, incita a las CCAA a poner en marcha acciones que aboguen por el derecho a la salud. Algunas de esas acciones son:
  - Acabar de manera radical con las prácticas de facturación por la atención de urgencias a las personas inmigrantes sin tarjeta sanitaria.
  - Asegurar que la atención sanitaria a menores de edad y mujeres embarazadas estará garantizada.
  - Establecer la garantía de que las personas excluidas tendrán acceso a los servicios de salud y prestación farmacéutica.
  - Difundir y hacer cumplir las medidas diseñadas a todo el personal administrativo y sanitario de los centros de Salud para que así se sumen al movimiento de objeción de conciencia respecto al RDL.

Por todo ello, Médicos del Mundo junto con otras organizaciones abogan por el esfuerzo de visibilizar esta cruda realidad y hacerle frente poniendo en marcha acciones que la reduzcan al menos.

- **Yo Sí Sanidad Universal:** Esta organización surgida de un grupo de trabajadoras y usuarias del SNS para restablecer el derecho a la salud, a través de sus grupos de acompañamientos ha logrado asentarse en varias de las ciudades donde más se han constatado casos de exclusión, debido a que su objetivo principal es extender y difundir la idea de desobediencia civil entre los sanitarios y usuarios. Entre sus líneas de actuación destacan:
  - Los grupos de acompañamientos: que dan apoyo e informan a las personas excluidas de los derechos que les corresponde, además de difundir el mensaje de desobediencia civil contra el RDL.
  - En base a ese mensaje de difusión se han llevado a cabo la realización de talleres y charlas informativas, incluyendo participaciones en jornadas y encuentros.
  - Difusión de la campaña entre la población afectada y no afectada, para evitar así ambigüedad en la información que les llega a estas personas y que les crea incertidumbre y temor.

Es decir, la idea es traspasar la frontera de la población afectada, por lo que la visualización de la campaña es sumamente importante para que llegue al resto de la sociedad.



- **Amnistía Internacional:** Instaurada en varias de las ciudades españolas como Valencia, Madrid, Catalunya, esta entidad en su informe de abril de 2015, apremia a los poderes públicos del Estado y de las comunidades autónomas a cumplir con sus obligaciones internacionales en materia del derecho a la salud. Concretamente al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad le insta a:
  - Recobrar la universalidad del derecho a la salud, tomando las medidas que fuesen necesarias para así garantizar la sostenibilidad del SNS.
  - Poner en marcha las recomendaciones de los organismos internacionales de derechos humanos a través de medidas inmediatas.
  - Realizar y hacer público un informe de evaluación sobre el verdadero impacto que el RDL 16/2012 tiene sobre la salud.

En cuanto a las CCAA, Amnistía Internacional les recomienda:

- Seguir adoptando las necesarias medidas legislativas que garanticen la no-discriminación en el acceso a la salud.
- Solventar el problema del requisito del empadronamiento, y así garantizar que éste no será un impedimento para poder acceder a la asistencia médica.
- Que el personal sanitario y administrativo de los centros de salud y hospitales sea informado como corresponde, de manera que se eliminen las irregularidades administrativas.

En este caso Amnistía Internacional al igual que Médicos del Mundo, también se dirige al gobierno para que a través de él se lleven a cabo los mecanismos pertinentes que ayuden a garantizar el acceso a la salud de los inmigrantes en situación irregular, y de este modo recobrar la universalidad que caracterizaba al SNS.

- **Red Acoge:** Como organización no lucrativa su labor se centra en trabajar por los derechos de las personas inmigrantes y su integración social, y es por esta razón que también se ha sumado a desarrollar líneas de intervención para ayudar a dicho colectivo tras la reforma que ha realizado el RDL. Entre ellas destaca:
  - Que el personal sanitario posea mayor información sobre el verdadero alcance del RDL, y así evitar posibles confusiones sobre quien puede acceder al servicio sanitario y quién no.
  - Sensibilizar a la población sobre lo que ocurre verdaderamente con la población inmigrante.
  - Que se respeten los tres supuestos en los que sí es permitido a los inmigrantes acceder al servicio sanitario.
  - Reestablecer el precio de los convenios especiales ajustándose a la realidad económica.

Red Acoge expone como novedad entre sus espacios de mejora el restablecimiento de los precios de los convenios especiales, y también hace hincapié en que el personal sanitario esté más informado de las reformas aplicadas por el RDL.

- **ODUSALUD:** A partir de la preocupación por los efectos que producía en los colectivos más vulnerables de la Comunitat Valenciana la entrada en vigor del RDL, se crea este observatorio para velar por el derecho universal del derecho a la salud. Entre sus propuestas resaltan las siguientes:
  - Seguir informando a la sociedad civil sobre las consecuencias de las vulneraciones del derecho universal a la atención sanitaria en la CV.
  - Que el gobierno se comprometa a garantizar el derecho universal a la asistencia sanitaria.
  - Que la Conselleria de Sanitat informe adecuadamente a todo su personal para que así conozcan exactamente los procedimientos que hay que tener en cuenta para preservar en mayor medida el derecho a la salud.

Esta organización sigue la misma línea que las anteriormente nombradas: que la sociedad conozca la realidad del problema y que se informe correctamente al personal encargado de decidir quién es atendido y quién no.

Una vez ilustrado las propuestas más destacadas de estas cinco organizaciones se puede decir que la mayoría de ellas siguen las mismas líneas de actuación para intentar preservar el derecho a la salud. A modo de resumen hay que señalar que es fundamental el tipo de información que se difunde, es decir, tan importante es que los facultativos médicos sean conscientes de los cambios y modificaciones que se producen sobre el derecho a la salud para que no haya desconocimiento y así poder informar al usuario correctamente, como la difusión de lo que realmente está sucediendo con el RDL y las posibles vías de ayuda que hay para preservar el derecho a la salud pública a través de grupos de acompañamiento, talleres, charlas, eventos, etc. Muestra de la mala difusión de información sobre un programa de ayuda, lo tenemos en el Programa Valenciano de Protección de la Salud que a pesar de lo que promulga no ha resultado muy efectivo por esa razón.

Lo realmente importante es que no sólo el colectivo de personas afectadas tenga conocimiento pleno de todo lo que atañe la reforma propulsada por el RDL sino que toda la sociedad en conjunto debe ser consciente de las graves consecuencias que ha tenido y está teniendo la aplicación de esa normativa para que así entre todos se consiga vivir en un verdadero Estado de Bienestar. Y es ahí, a partir de esa mayor conciencia que la sociedad obtiene sobre el problema que se está viviendo en el país, que las

diferentes organizaciones y entidades juegan un papel fundamental sensibilizando y movilizándolo a la población a que proteste contra el RDL.

Es decir, la solución, la mejora a corto plazo sería esa actitud de DESOBEDIENCIA CIVIL contra el RDL. Puesto que a pesar de todas las medidas propuestas para que el acceso a la asistencia sanitaria sea universal, si tanto el personal administrativo como la comunidad médica no ejercen su derecho a la desobediencia profesional y objeción de conciencia, no habrá propuesta de mejora que valga. Por ello, sin duda es de vital importancia el papel de los gobiernos autonómicos y nacionales, ya que hay que incidir en ellos para obtener las soluciones a los problemas derivados por el RDL 16/2012. Si se sigue este camino de protesta contra esta normativa se llegará a largo plazo a la mejora ideal que es retirar el RDL-hay que seguir de cerca que ocurre con el DL 3/2015-. Esto significa que tras tres años en vigor, y todo lo que ha acarreado en sí, no queda más que LA DEROGACIÓN DEL RDL 16/2012 para poder volver a afirmar que nuestro SNS es universal. Solo así, con la vuelta de las tarjetas sanitarias que con dicha normativa fueron retiradas, toda población residente independientemente de su situación administrativa volvería a hacer uso pleno de su derecho a la protección de la salud. Este real decreto ley es injusto, y debido a esa injusticia es que hay que seguir desobedeciéndolo, pues sus consecuencias son gravemente perjudiciales.

## **5. CONCLUSIONES.**

Como último capítulo del presente trabajo, y tras el análisis realizado a lo largo del mismo, podemos exponer a continuación las conclusiones a las que se ha llegado con base al objeto de estudio. Por tanto, principalmente se puede concluir que la reforma sanitaria introducida por el Real Decreto-Ley 16/2012; por la cual la población inmigrante en situación administrativa irregular queda privada de la mayoría de las prestaciones sanitarias; supone la rotura del sistema universal que caracterizaba a nuestro Sistema Nacional de Salud. El mismo que antes de dicha reforma se definía como un sistema, universal, gratuito y garantista, impulsando de esta manera a que gozáramos de un verdadero Estado de Bienestar en el territorio español.

Ese cambio en la titularidad del derecho a la salud a la condición de asegurado ha dado lugar a la retirada de las tarjetas sanitarias de las que antes de la reforma el colectivo de los inmigrantes indocumentados podía hacer uso, restringiéndoles de esta manera tan abrupta el derecho a la salud. Esto ha significado dar un paso atrás en el proceso de universalización del derecho a la salud, así como la vulneración de otros derechos vinculados al mismo como lo es el derecho a la vida. Y así como se ha ignorado la relación que el derecho a la salud mantiene con otros derechos, se ha ignorado sobretodo la normativa internacional que hay respecto a ello, la cual configura el derecho a la salud como un derecho fundamental independientemente de la situación administrativa de las personas. Por ello, es conveniente señalar que no se entiende que a

pesar de que dicha normativa internacional se deriva de Tratados y convenios internacionales que han sido ratificados por España y que hace que sean de obligado cumplimiento, no se cumpla.

Menos aún se entiende que las razones por las que se ha promulgado el RDL 16/2012 sean por motivos económicos para reducir el gasto en sanidad, aludiendo al “turismo sanitario” como responsable de ello. En primer lugar porque no hay una razón lo verdaderamente justificada que explique ese uso excesivo que las personas inmigrantes hacen del servicio sanitario, y en segundo porque son números los estudios que demuestran que ese colectivo de personas no abusa del servicio de salud, y mucho menos que lo use en mayor medida que los nacionales, más que nada porque son personas relativamente jóvenes y sanas con ganas de trabajar. Y tercero, porque a causa de la crisis económica miles de personas han perdido sus empleos, siendo los más afectados los inmigrantes en situación irregular ya a ellos son los primeros a quienes despiden. Por esta razón, este colectivo de personas se está reduciendo cada vez más debido a esa pérdida de empleo y a la imposibilidad de encontrar otro, por lo que deciden volver a sus países de origen. Es decir, aparte de que la urgencia de la exclusión no queda argumentada, pues los objetivos a los que alude el RDL no concuerdan con el efecto conseguido, los inmigrantes en situación irregular no sólo están perdiendo sus empleos también ven roto su derecho al acceso a la asistencia sanitaria.

En relación a esos criterios económicos, cabe destacar que con la condición de asegurado la población inmigrante no podrá poseer una tarjeta sanitaria, quedando restringido su derecho a la salud a los tres supuestos que establece el RDL: urgencias, embarazo y menores de edad, aunque en estos casos también se han detectado incidencias. Esa reducción de asistencia limitada a los servicios de urgencias ha provocado en algunas ocasiones situaciones de colapso, pero sin duda lo grave del asunto es la incoherencia de reducir los servicios a las urgencias cuando la atención que se proporciona ahí es más costosa que la atención primaria. Por este lado, el Ministerio de Sanidad no ha previsto que esa limitación va a tener como consecuencia un aumento del gasto, a medio y largo plazo sumado a problemas de salud pública. Debido a que un gran colectivo de personas enfermas no dispondrán de asistencia médica con las terribles consecuencias que supone que es que no se detecten enfermedades crónicas e infecciosas a tiempo, suponiendo así un verdadero peligro para la salud pública de la sociedad. Y además, tampoco se ha considerado el grado de afección de las personas excluidas pues no es lo mismo una persona que estaba recibiendo tratamiento médico con anterioridad a la reforma que otra que ha comenzado a residir en el país con posterioridad.

También es importante señalar que la causa expuesta por el gobierno de que dichas restricciones eran para asegurar la sostenibilidad económica, son criticables pues la financiación de la Sanidad Pública en España se lleva a cabo por medio de los impuestos (IRPF, IVA, Sociedades...), y no a través de los pagos a la SS. Por consiguiente, cuando a la nómina de un trabajador se le descuenta lo pertinente para SS, eso no va destinado a financiar la salud pública. Se evidencia así que una persona

inmigrante sí contribuye a la financiación de la sanidad a través de los impuestos indirectos como el IVA.

Otro factor bastante destacable en estos tres años después de la reforma sanitaria, es que no se han adoptado mecanismos lo verdaderamente eficaces para informar como es debido a la población en conjunto sobre lo que implica el RDL. Esto ha supuesto múltiples confusiones entre los facultativos médicos y administrativos, ya que aplican desigualmente la nueva legislación y provocan exclusiones injustificadas, pues carecen del conocimiento adecuado acerca de los cambios normativos y administrativos que se han ido produciendo desde que entró en vigor el RDL.

Es ahí, en ese punto de desconcierto, temor y desconocimiento que cobran vital importancia las movilizaciones de la sociedad civil y la desobediencia que han ido propulsando diversas organizaciones, fundaciones y entidades para intentar mitigar los efectos de la reforma llevada a cabo por el RDL 16/2012. Estas organizaciones se han encargado de visibilizar dichos efectos, de informar, asesorar correctamente a la población afectada de los derechos que les son atribuibles, de denunciar ante las fuerzas políticas de las graves consecuencias que implica para la sociedad esta nueva normativa. Muestra de la gran labor que están llevando a cabo estas entidades es que en algunas comunidades gracias a las denuncias que interpusieron contra sus centros de salud, han logrado que se retire el copago sanitario y así varias personas afectadas pudieron hacer uso de su derecho a la salud. Este es un claro ejemplo de que con constancia los derechos de estas personas pueden ser defendidos y resueltos a su favor.

Viendo como esa unión de las organizaciones hace la fuerza, es que debemos entender que la exclusión que ha conllevado el RDL no es un problema individual de cada afectado/a sino que es un problema que afecta a toda la sociedad española. Puesto que las consecuencias que se están derivando y de las que hemos hecho acopio nos muestran como un RDL se ha cobrado ya varias vidas, desvirtuando de esa manera a la calidad de la asistencia sanitaria, y por consiguiente afectando a la salud del Estado. Si a ello le sumamos la falta control y coordinación en la aplicación de la norma y que las CCAA la han aplicado de manera dispar según sus criterios sobre el derecho a la salud, las diferencias en la exclusión se acentúan, pues dependiendo de en qué comunidad autónoma se encuentre tendrá acceso o no a la asistencia sanitaria.

Para concluir, es evidente que estamos ante una heterogeneidad normativa con normas autonómicas de desigual contenido y aplicación. Por esa razón es más evidente aún, el gran trabajo que hay por delante para hacer frente a esta normativa, porque aunque sin duda el poder de reestablecer esta situación corresponde al gobierno, nos corresponde a nosotros como parte del mismo impulsarles a acabar con esta situación de desigualdad. Porque el Real Decreto Ley 16/2012 es eso, desigualdad, exclusión, violación de derechos, es una medida regresiva y discriminatoria.

## BIBLIOGRAFÍA.

AA.VV., 2000. El marco político-institucional de la reforma. En: *La nueva regulación de la inmigración en España*. Valencia: Tirant lo blanch.

AA.VV., 2012. Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Issue 30, pp. 472-478.

ACOGE, R., 2015. *Red Acoge: Los efectos de la exclusión sanitaria en las personas inmigrantes más vulnerables*. [En línea] Available at: <http://www.redacoge.org/es/documentos.html> [Último acceso: 1 Agosto 2015].

AGUELO NAVARRO, P., 2001. Derechos humanos y legislaciones de extranjería. En: *Inmigración y derechos*. Zaragoza: Mira.

AINCHIL CAYUELA, C., GARCÍA ARJONA, C., OLANO SÁNCHEZ, J. & YARANGA ZANABRIA, E., 2013. *E-Repository upf*. [En línea] Available at: <http://repositori.upf.edu/handle/10230/21262> [Último acceso: 10 Junio 2015].

AJA, E., 2012. *Inmigración y democracia*. Madrid: Alianza.

AMNISTÍA INTERNACIONAL, 2015. *Abogacía*. [En línea] Available at: <http://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2015/04/Sin-tarjeta-no-hay-derecho-.pdf> [Último acceso: 11 Julio 2015].

BAS SARMIENTO, P., FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, M., ALBAR MARÍN, M. & GARCÍA RAMÍREZ, M., 2015. Percepción y experiencias en el acceso y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante.. *Gaceta Universitaria*, IXXX(4), pp. 244-251.

BLÁSQUEZ-RUIZ, F., 2005. *Igualdad, libertad y dignidad*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.

BOHÍGAS, L., 2003. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Universitaria*, XVII(4), pp. 316-18.

CATALÁ GONZÁLEZ, M., 2010. *Riunet. Upv. TFC: Análisis comparativo de la Sanidad Española y la Estadounidense a través deñ estudio del sistema de salud en la CV y en el Estado de North Carolina*. [En línea] Available at: <https://riunet.upv.es/handle/10251/45703?show=full> [Último acceso: 10 Junio 2015].

CDESC, 2000. *Observatorio de Política Social y Derechos Humanos*. [En línea]  
Available at: [http://observatoriopoliticasocial.org/sitioAnterior/index.php?option=com\\_zoo&view=category&layout=category&Itemid=651](http://observatoriopoliticasocial.org/sitioAnterior/index.php?option=com_zoo&view=category&layout=category&Itemid=651)  
[Último acceso: 10 Julio 2015].

CDESC, 2012. *MYM.ABOGADOS*. [En línea]  
Available at: [http://www.mymabogados.com/wp-content/uploads/2012/06/E.C.12.ESP\\_CO\\_5\\_sp.pdf](http://www.mymabogados.com/wp-content/uploads/2012/06/E.C.12.ESP_CO_5_sp.pdf)  
[Último acceso: 3 Agosto 2015].

CERVERA TAULET, M., 2006. La Agencia Valenciana de Salud. *Revista de Administración Sanitaria*. Siglo XXI, IV(1).

CRUZ ROJO, C., 2009. *Universidad de Sevilla/Personal.us.es*. [En línea]  
Available at: <http://personal.us.es/cruzrojo/EVOLUCION-SALUD-PUBLICA.pdf>  
[Último acceso: 12 Julio 2015].

DE LUCAS MARTÍN, J., 2004. Cómo introducir el principio de justicia en las políticas de inmigración. En: *Justicia, migración y derecho*. Madrid: Dykinson.

DELGADO DEL RINCÓN, L. E., 2014. El derecho a la asistencia sanitaria de los inmigrantes irregulares: reflexiones sobre la reforma introducida por el RDL 16/2012, de 20 de abril. *Revista de estudios políticos*, Issue 163, pp. 189-231.

ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD, 2015. *Publicaciones Online. Instituto Carlos III*. [En línea]  
Available at: <http://publicaciones.isciii.es/>  
[Último acceso: 16 Julio 2015].

FARRERONS NOGUERA, L., 2013. *Historia del Sistema Sanitario Español: Debates Parlamentarios: 1812-1986*. Primera ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

FEDEA, 2014. *Observatorio de la Sanidad de FEDEA*. [En línea]  
Available at: <http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf>  
[Último acceso: 10 Julio 2015].

FERNÁNDEZ BERNAT, J., 2013. Asistencia sanitaria e inmigración irregular. *Revista de Treball, Economia i Societat*, Issue 67, pp. 1-16.

FERNÁNDEZ DE MARCOS Y MORALES, M., 1993. Los derechos humanos y el Convenio Europeo para la protección de los DDHH y las libertades fundamentales.. En: *Jurisprudencia del TEDH*. Madrid: Cuadernos de Derecho Judicial.

FERNÁNDEZ HUERTA, E., 2014. *Academica-e.una navarra*. [En línea]  
Available at: <http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11249/fernandez67770.pdf?sequence=1&is>

Allowed=y

[Último acceso: 25 Mayo 2015].

FREIXES SANJUÁN, T., 2005. Derechos Fundamentales en la UE. Evolución y Prospectiva: La construcción de un espacio jurídico europeo de los derechos fundamentales. *Revista de Derecho Constitucional Europeo*, Issue 4.

FUNDACIÓN ALTERNATIVAS, 2007. *Secretaría del Estado de la Seguridad Social*. [En línea] Available at: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51587.pdf> [Último acceso: 12 Julio 2015].

GALLEGO GONZÁLEZ, M., 2014. *Yo Sí Sanidad Universal: El RDL 16/2012: La instauración del "apartheid sanitario"*. [En línea] Available at: <http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/noticias/Tesis.pdf?mtime=1391718803> [Último acceso: 5 Mayo 2015].

GARCÍA AMADO, J., 2004. ¿Por qué no tienen los inmigrantes los mismos derechos que los nacionales?. En: *Justicia, migración y derecho*. Madrid: Dykinson, pp. 233-253.

GARCÍA MANRIQUE, R., 2004. Los derechos de ciudadanía en la Carta Europea de derechos. En: *Justicia, migración y derechos*. Madrid: Dykinson, pp. 279-289.

GONZÁLEZ DE HERAS, M., 2004. *E-GOV*. [En línea] Available at: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/el-derecho-la-asistencia-sanitaria-en-espaa%C3%B1a-dentro-de-territorio-nacional-regulaci%C3%B3n-siste> [Último acceso: 10 Julio 2015].

GRANDE GASCÓN, M., LINARES ABAD, M., ÁLVAREZ NIETO, C. & PASTOR MORENO, G., 2015. El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género.. *Revista de Enfermería y Humanidades: Cultura de los cuidados*., Issue 30, pp. 44-50.

HIERRO, L., 1982. ¿Derechos humanos o necesidades humanas? Problemas de una concepto. *Sistema*, Issue 46, p. 61.

HUERTAS, R., 2000. POLITICA SANITARIA: DE LA DICTADURA DE PRIMO DE RIVERA A LA IIª REPÚBLICA.. *Revista Española de Salud Pública*, Volumen LXXIV, pp. 35-43.

JEFATURA DEL ESTADO, 1986. *Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado: Ley 14/1986*. [En línea] Available at: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499) [Último acceso: 15 Julio 2015].



JEFATURA DEL ESTADO, 2000. *Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado: LO 4/2000*. [En línea]  
Available at: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544>  
[Último acceso: 28 Julio 2015].

JEFATURA DEL ESTADO, 2003. *Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado: Ley 16/2003*. [En línea]  
Available at: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>  
[Último acceso: 29 Junio 2015].

JEFATURA DEL ESTADO, 2012. *Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado: RDL 16/2012*. [En línea]  
Available at: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403)  
[Último acceso: 20 Febrero 2015].

LAMATA COTANDA, F. & PÉREZ ANDRÉS, C., 2011. 25 años después de la reforma sanitaria de Ernest Lluch. *Revista Española de Salud Pública*, Issue 84, pp. 421-426.

LEMA TOMÉ, M., 2013. La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, Issue 5, pp. 95-115.

LÓPEZ FERNÁNDEZ, L. y otros, 2012. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud?. *Gaceta Universitaria*, Issue 26, pp. 298-300.

MARSET CAMPOS, P., SAÉZ GÓMEZ, J. & MARTÍNEZ NAVARRO, F., 1995. *Dipòsit digital de documents de la UAB*. [En línea]  
Available at: <http://ddd.uab.cat/record/34020>  
[Último acceso: 16 Julio 2015].

MARTÍN TEMIÑO, S., 2014. *UVa. Biblioteca Universitaria. TFG: Las estrategias de las mujeres inmigrantes búlgaras en Segovia frente a la actual crisis económica..* [En línea]  
Available at: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5567>  
[Último acceso: 10 Julio 2015].

MÉDICOS DEL MUNDO, 2014. *Médicos del Mundo: Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*. [En línea]  
Available at: [http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle\\_cn/re/menu.111/id.3770](http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle_cn/re/menu.111/id.3770)  
[Último acceso: 30 Noviembre 2014].

MINISTERIO DE SANIDAD, S. S. E. I., 2010. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. [En línea]

Available at: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>  
[Último acceso: 5 Julio 2015].

MINISTERIO DE SANIDAD, S. S. E. I., 2012. *Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado*: RD 1192/2012. [En línea]  
Available at: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10477](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10477)  
[Último acceso: 20 Febrero 2015].

MIRAUT MARTÍN, L., 2004. Introducción. En: *Justicia, migración y derecho*. Madrid: Dykinson.

MORERO BELTRÁN, A. & BALLESTEROS PENA, A., 2014. Las consecuencias de la aplicación del Real Decreto-Ley de Regulación Sanitaria RD 16/2012 sobre la salud de las mujeres migradas.. *Revista Científica Complutense. Investigaciones Feministas*, Volumen V.

ODUSALUD, 2012. *Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana*. Informe N°1. [En línea]  
Available at: <https://docs.google.com/file/d/0BwG5BIUqG-N4aE9LVmFVdmIzNVk/edit?pli=1>  
[Último acceso: 6 Junio 2015].

ODUSALUD, 2015. *Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana*. Informe N°11. [En línea]  
Available at: <https://drive.google.com/file/d/0B6xOMLiL6YCzUGIKdW1WcTRxQTg/view?pli=1>  
[Último acceso: 31 Agosto 2015].

OLMOS ALCARAZ, A., 2012. Discurso político e inmigración: análisis crítico de discurso a propósito de la reforma gubernamental realizada al sistema de salud pública en España. *Discurso y Sociedad*, Volumen VI, pp. 739-758.

OMS, 2003. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. *Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos*, Issue 4, pp. 1-38.

OMS, 2013. *Organización Mundial de la Salud: Centro de Prensa*. [En línea]  
Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>  
[Último acceso: 30 Julio 2015].

PEREDA, C., ACTIS, W. & DE PRADA, M. Á., 2008. *Colectivo Ioé*. [En línea]  
Available at: <http://www.colectivoioe.org/uploads/b225ac1dc83b7bebda55da3c4e7ef65a1cd9a72.pdf>  
[Último acceso: 25 Julio 2015].

RED ACOGE, 2015. *Red Acoge: Los efectos de la exclusión sanitaria en las personas inmigrantes más vulnerables*. [En línea]

Available at: <http://www.redacoge.org/es/documentos.html>  
[Último acceso: 2 Agosto 2015].

RIDOLA, P., 2004. La carta de los derechos fundamentales de la UE y el desarrollo del constitucionalismo europeo.. En: *Derecho Constitucional y Cultura: Estudios en homenaje a Peter Haberle*. Madrid: Tecnos.

RODRÍGUEZ OCAÑA, E. & MARTÍNEZ NAVARRO, F., 2009. *Escuela Andaluza de Salud Pública: Consejería de Salud. Salud Pública en España: De la Edad Media al Siglo XXI*. [En línea]  
Available at: <http://www.easp.es/project/salud-publica-en-espana-de-la-edad-media-al-siglo-xxi-serie-nueva-salud-publica/>  
[Último acceso: 10 Julio 2015].

RODRÍGUEZ OCAÑA, E., 1994. *Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad*. [En línea]  
Available at: [http://www.msssi.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_crom/VOL68/68\\_m\\_011.pdf](http://www.msssi.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_crom/VOL68/68_m_011.pdf)  
[Último acceso: 21 Julio 2015].

RUIZ DE HUIDOBRO DE CARLOS, J. & ALONSO HEDROSA, G., 2006. La cláusula del Estado Social y los derechos sociales de los inmigrantes. En: *Regulación legal de la extranjería e inmigración en España*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

SANTOLAYA, P., 2005. España. La inestabilidad del marco normativo de extranjería.. *La regulación de la inmigración en Europa.*, Issue 17, pp. 242-276.

SOBRINO GUIJARRO, 2013. Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud: Análisis de la reforma sanitaria en España.. *Revista Jurídica de los Derechos Sociales*, 3(2), pp. 1-32.

SOBRINO GUIJARRO, I., 2013. Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud: Análisis de la reforma sanitaria en España. *Revista jurídica de los Derechos Sociales*, III(2), pp. 1-32.

SOLANES CORELLA, Á., 2001. La situación jurídica del extranjero irregular en España. En: *Inmigración y derechos*. Zaragoza: Mira.

SOLÉ SABARÍS, F., 1965. Apunte crítico del funcionamiento de la Seguridad Social en España.. En: *La crisis de la medicina liberal*. Barcelona: Ariel, pp. 197-221.

SOLER GONZÁLEZ, J., 2008. *Inmigración: estado de salud, incapacidades laborales, farmacia y utilización de los servicios sanitarios*. Madrid: CES.

TALAVERA HUERTA, M., 2012. *Riunet*. UPV: TFC. [En línea]  
Available at:

<https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/16253/TFC%20M%C3%93NICA%20TAL%20AVERA%20HUERTA.pdf?sequence=1>

[Último acceso: 16 Junio 2015].

YO SÍ SANIDAD UNIVERSAL, 2013. *Yo Sí Sanidad Universal: Un año de exclusión sanitaria, un año de desobediencia.* [En línea]

Available at: <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/informe-un-ano-de-exclusion-sanitaria>

[Último acceso: 6 Febrero 2015].

## ANEXOS.

### ANEXO 1: BOE. 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.



#### I. DISPOSICIONES GENERALES

##### JEFATURA DEL ESTADO

**5403** *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.*

###### I

La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial.

Sin embargo, la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación. Se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias. Se hace, pues, imprescindible la adopción de medidas urgentes que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que este problema persista.

El Sistema Nacional de Salud viene sufriendo situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos lo que se traduce en la aparición de considerables diferencias en las prestaciones y en los servicios a los que acceden los pacientes en las distintas comunidades autónomas. La cohesión territorial y la equidad se han visto puestas en cuestión con determinadas medidas adoptadas durante estos últimos años.

Los datos estructurales y las cifras más significativas del gasto sanitario público muestran que la sanidad pública no puede obviar por más tiempo de una situación claramente incompatible con su imprescindible sostenibilidad y que, al mismo tiempo, ha acarreado consecuencias gravemente perjudiciales para el empleo y la viabilidad de los sectores empresariales que con él se relacionan.

Pero, además, resulta inaplazable hacer frente a los retos actuales de la asistencia sanitaria. Así, el impacto del envejecimiento de la población, la necesidad de incorporar las innovaciones terapéuticas en la terapia clínica, el avance y progreso en la medicina molecular, el desarrollo de los avances en genómica y proteómica y de nuevos fármacos, van a suponer, sin duda, un incremento del gasto sanitario cuyas previsiones deben ser rigurosamente analizadas por los responsables políticos.

El uso racional y la adecuación terapéutica a la duración real de los tratamientos es uno de los temas en los que se debe poner el énfasis. Así, los últimos datos de gestión medioambiental de residuos de medicamentos ponen de manifiesto los preocupantes costes de destrucción de productos desechados sin utilizar o de unidades excedentes de las pautas terapéuticas establecidas, que no sólo confirman la necesidad de mejorar la eficiencia en el proceso de prescripción, dispensación y uso de medicamentos, sino que alertan de los preocupantes costes medioambientales derivados.

###### II

Todos los países de la Unión Europea están analizando y adoptando medidas que permiten optimizar sus modelos asistenciales y farmacéuticos y, en especial, el gasto



farmacéutico y su peso en el gasto sanitario. La implantación de medidas en este ámbito es muy intensa, en especial en los países a los que ha golpeado con más intensidad la crisis financiera y económica.

En cumplimiento de la obligación que tienen los poderes públicos de gestionar de la manera más eficiente las capacidades del sistema, se debe garantizar el mantenimiento del modelo español de Sistema Nacional de Salud, modelo configurado como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración General de Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas, que garantiza la protección de la salud y se sustenta con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios.

Por eso, son necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes.

Asimismo, y 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 del Sistema Nacional de Salud.

El Gobierno ha expresado su deseo de abordar éstas y cuantas otras reformas sean necesarias o convenientes, no sólo 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.

Será de esta manera como realmente se podrá garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal.

Las medidas que se aplican en el presente real decreto-ley tienen como objetivo fundamental afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud dotándolo de solvencia, viabilidad y reforzando las medidas de cohesión para hacerlo sostenible en el tiempo, lo que hace necesario que éstas se apliquen con la mayor urgencia posible. Se hace preciso, en el actual contexto socioeconómico, que dichas medidas se materialicen en un instrumento normativo de efecto inmediato que de respuesta, sin demora, a las demandas internas de mejora de la equidad que exige la ciudadanía, de eficiencia que exige el Tribunal de Cuentas y de seguridad que exige el sector sanitario, y a las externas de transparencia y viabilidad que exige la Unión Europea.

Por todo ello, el Gobierno considera que concurren los presupuestos necesarios de extraordinaria y urgente necesidad establecidos en el artículo 86 de la Constitución Española que le habilitan para aprobar estas medidas mediante el mecanismo de un real decreto-ley.

### III

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.

Esta separación de fuentes de financiación entre el Sistema Nacional de Salud y la Seguridad Social no ha llevado aparejada la necesaria delimitación de funciones a la hora del reconocimiento de los derechos. Las comunidades autónomas, en el marco de sus respectivas competencias, han extendido el derecho de cobertura sanitaria de forma muy diversa y sin tener en cuenta la legislación europea en materia de aseguramiento,



poniendo en riesgo la solvencia del propio Sistema Nacional de Salud y abocándolo a procedimientos de infracción por parte de la Comisión Europea que reclama la aplicación efectiva del principio de igualdad de trato.

El dictamen motivado 2009/2341 de la Comisión Europea dirigido al Reino de España por su negativa a expedir la tarjeta sanitaria europea a personas residentes en España con derecho a recibir asistencia sanitaria con arreglo a la normativa de algunas comunidades autónomas, ha puesto de manifiesto la fragilidad del mecanismo de reconocimiento del derecho a la protección de la salud en nuestro país.

Así, el Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, y su reglamento de aplicación, el Reglamento (CE) n.º 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación, hacen efectivo el principio de igualdad de trato en las prestaciones derivadas de la acción protectora de la seguridad social entre los ciudadanos comunitarios europeos, sea cual sea su lugar de origen, asimilando éstas a las de los ciudadanos del país donde se presten.

Por otra parte, la Directiva 2004/38/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, por la que se modifica el Reglamento (CEE) n.º 1612/68 y se derogan las Directivas 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/194/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE y 93/96/CEE, regula en su artículo 7 las condiciones que se deben cumplir en aquellos casos en los que un ciudadano europeo desee residir en otro Estado Miembro, distinto del que es originario, por un periodo superior a tres meses.

Sin embargo, el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo no ha transpuesto el artículo 7 de la Directiva 2004/38/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, en sus términos literales. Esta circunstancia ha supuesto, y seguirá suponiendo si no se modifica, un grave perjuicio económico para España, especialmente en cuanto a la imposibilidad de garantizar los retornos de los gastos ocasionados por la prestación de servicios sanitarios y sociales a ciudadanos europeos.

El Tribunal de Cuentas ha puesto de manifiesto que el Sistema Nacional de Salud está asumiendo, con cargo a sus presupuestos, la asistencia sanitaria de personas que la tienen ya cubierta, bien por sus instituciones de seguridad social en origen, bien por esquemas de seguros privados, lo cual está erosionando enormemente su capacidad financiera e impidiendo que sus gestores puedan seguir realizando mejoras en los servicios. Se impone, pues, una clarificación armonizada de la condición de asegurado, a efectos de la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios, de tal forma que ésta quede vinculada de forma efectiva a la financiación por impuestos y al carácter de solidaridad social que el esquema progresivo de los mismos tiene en nuestro país.

Y es, precisamente, esta materia la que se encuentra regulada en el Capítulo I de este real decreto-ley, donde se regula la condición de asegurado, en su Disposición final tercera, por la que se modifica el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, precepto que no tiene naturaleza orgánica según establece la disposición final cuarta de dicha ley, así como en su Disposición final quinta en la que se modifica el artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero.

#### IV

Resulta, por otra parte, necesario introducir, y este es el objeto del Capítulo II del real decreto-ley, una categorización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que permita gestionar mejor la realidad asistencial en España donde coexiste un entramado jurídico-administrativo que reduce la transparencia y dificulta la ejecución, disminuyendo, en consecuencia, la eficiencia en su aplicación, y donde se de cabida a la

actuación objetiva basada en un riguroso análisis coste-efectividad que proporciona la red española de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Esta situación tiene que ser reconducida hacia la homogeneidad entre los servicios de salud, así como hacia la claridad, transparencia e información a la ciudadanía para que pueda conocer con exactitud el alcance de la cobertura de sus derechos.

Además, se hace imprescindible solucionar, en el marco de la cohesión e igualdad de derechos a la asistencia sanitaria entre los españoles y demás personas que gozan de la condición de asegurado en nuestro país, la financiación de la atención sanitaria prestada a las personas residentes en una comunidad autónoma distinta de la que está prestando la atención a través de la creación en el Capítulo III de este real decreto-ley del Fondo de Garantía Asistencial, configurado como una partida específica de compensación para la garantía asistencial en todo el Sistema Nacional de Salud.

#### V

El Capítulo IV del real decreto-ley incorpora determinadas medidas relacionadas con la prestación farmacéutica.

La financiación de medicamentos y productos sanitarios en el Sistema Nacional de Salud es uno de los grandes desafíos actuales. La austeridad en el gasto público, imprescindible en todo momento, ha devenido un objetivo inaplazable. Por ello, resulta necesario, más que nunca, que las decisiones de financiación estén presididas por los criterios de evidencia científica de coste-efectividad y por la evaluación económica, con consideración del impacto presupuestario, en la que se tenga en cuenta un esquema de precio asociado al valor real que el medicamento o producto sanitario aporta al sistema. Es momento, por tanto, de sentar las bases para un análisis exhaustivo de los beneficios que un nuevo medicamento o producto sanitario aporta a la sociedad en general y al tejido socioeconómico español en particular a la hora de decidir sobre sus condiciones de financiación por el Sistema Nacional de Salud.

El mismo principio de austeridad y de racionalización en el gasto público en la oferta de medicamentos y productos sanitarios obliga a actualizar el vigente sistema de aportación por parte del usuario y exige introducir cambios en el mismo, de modo que se adecue al actual modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud por los presupuestos generales del Estado.

Por otra parte, las medidas contenidas en los Reales Decretos-Leyes 4/2010, de 26 de marzo, 8/2010, de 20 de mayo y 9/2011, de 19 de agosto, que se centran en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y, especialmente, las relativas a los descuentos a practicar a las ventas facturadas al Sistema, producen efectos de dualidad de precios y mercados que pueden conculcar los principios de economía de mercado y que es necesario revisar a efectos de proteger la competencia en los diferentes subsectores.

#### VI

En el Capítulo V de este real decreto-ley se contemplan una serie de medidas destinadas a corregir determinadas situaciones estructurales en relación con los recursos humanos, verdaderos activos del Sistema Nacional de Salud.

Los fondos destinados a financiar los recursos humanos en los servicios de salud suponen la partida más importante de sus presupuestos. La diversidad de normas reguladoras, la complejidad organizativa de titulaciones, categorías y situaciones laborales de los más de 600.000 trabajadores de los 17 servicios de salud ha ido generando una gran variabilidad interpretativa de las normas reguladoras, que se demuestran como verdaderas barreras para el desarrollo de los planes de eficiencia y ordenación que las comunidades autónomas están desarrollando en el marco económico de crisis actual y para la libertad de movimientos de los trabajadores entre servicios de salud.



Se presenta así como una verdadera urgencia definir homogéneamente para todo el Sistema Nacional de Salud la regulación actual de aspectos vinculados a las categorías profesionales, los criterios generales reguladores del sistema retributivo o de la acción social.

Estas modificaciones son especialmente necesarias en un contexto de crisis económica para racionalizar el gasto público y posibilitar una mayor eficiencia en la gestión de los servicios de salud de las comunidades autónomas.

La inminente aplicación de la troncalidad en la formación de especialistas del Sistema Nacional de Salud hace urgente realizar determinadas modificaciones en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en lo relativo a la regulación de las Áreas de Capacitación Específica, la clarificación de las competencias en la formación de especialistas, la resolución de las solicitudes de acreditación de centros docentes y su auditoría y evaluación.

La creación de Áreas de Capacitación Específica no admite demora para dar respuesta a las necesidades del progreso científico y al derecho y deber que tienen los profesionales en orden a su desarrollo profesional. Este desarrollo es una petición unánime de los profesionales sanitarios, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, de las sociedades científicas y de las administraciones sanitarias. Sin embargo, al haber transcurrido más de 8 años desde la aprobación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, es necesario adaptar el desarrollo de las Áreas de Capacitación Específica a las nuevas necesidades del sistema sanitario y a la evolución que la formación sanitaria especializada está experimentando tanto a nivel interno (introducción de criterios de troncalidad en la formación de especialistas) como en el ámbito de la Unión Europea.

La necesidad de crear un Registro Estatal de Profesionales Sanitarios se basa en que se trata de una herramienta imprescindible para garantizar la información a la población y a las instituciones de la situación de los profesionales desde los diferentes aspectos que configuran la práctica profesional. La información respecto de la certificación de que el profesional no esté sometido a sanción disciplinaria o inhabilitación profesional se constituye en una garantía para la seguridad de los pacientes, y da cumplimiento a la exigencia del derecho comunitario para acreditar la buena práctica de los profesionales en el ámbito del derecho a la libre circulación, que tiene una gran incidencia en el sector salud.

Los registros autonómicos y colegiales no son suficientes para garantizar la necesaria planificación y control de los recursos humanos con los que cuenta el sistema sanitario. Este registro estatal, al posibilitar una conexión con los registros autonómicos en tiempo real, permitirá que los datos de especial necesidad estén disponibles de modo inmediato, desde la constancia de resolución de expedientes disciplinarios hasta la adecuada planificación de las necesidades de especialistas en estrecha conexión con las ofertas anuales de plazas en formación.

También resulta urgente garantizar la movilidad de los profesionales mediante la elaboración de un catálogo homogéneo de categorías profesionales donde se establezcan las necesarias equivalencias. Este catálogo permitirá que los profesionales puedan acceder a plazas vacantes de otros servicios de salud mejorando la calidad de la asistencia, ya que esas plazas no van a ser objeto de provisión reglada mediante la convocatoria de procesos selectivos, puesto que la oferta de empleo público se encuentra congelada.

Finalmente, criterios de racionalización y eficiencia en la gestión del gasto de acción social de los servicios de salud determinan la necesidad de posibilitar a las comunidades autónomas la modulación de su aportación en casos de incapacidad temporal, y también derogar normas preconstitucionales que resultan divergentes con los criterios recogidos en la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, en cuanto a las prestaciones económicas del personal que haya alcanzado la edad de jubilación.

VII

Por último, y al margen de las referencias que se han hechos en los apartados anteriores, se han incluido una serie de medidas adicionales que completan el paquete normativo y que resultan necesarias para la adecuada puesta en práctica de este real decreto-ley.

Así, se incorporan medidas de eficiencia que tanto necesita el Sistema para afrontar sus problemas de suficiencia financiera, posibilitando la adopción de estrategias de gestión centralizada de suministros que pongan en valor una relación de volumen-precio en la adquisición de productos, materiales y equipamientos de forma coordinada en el Sistema Nacional de Salud. También deben adoptarse medidas de esfuerzo en el ahorro energético, relacionadas no sólo con la eficiencia sino también con el compromiso en el ámbito de la responsabilidad social corporativa exigible a la mayor empresa pública del país.

En otro orden de cosas, la Directiva 2004/23/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, relativa al establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos, establece en el apartado 2 de su artículo 12 que los Estados miembros tomarán todas las medidas necesarias para garantizar que cualquier actividad de promoción y publicidad en apoyo de la donación de células y tejidos humanos se atenga a las directrices o disposiciones legales establecidas por los Estados miembros.

En este sentido, el Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, que transpone la citada Directiva 2004/23/CE a nuestro ordenamiento jurídico, no consideró preciso hacer uso de dicha atribución adoptando las medidas correspondientes. No obstante, acontecimientos relacionados con actividades de promoción y publicidad en apoyo de la donación de células y tejidos humanos que recientemente han tenido lugar en España y que no han observado la regulación vigente en la materia, aconsejan completar la transposición en el sentido de establecer, con base en las facultades previstas en la norma comunitaria, medidas que aseguren el cumplimiento de lo dispuesto por las normas españolas y que garanticen el adecuado funcionamiento del modelo español de trasplantes.

Además, el artículo 30.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dispone que las actividades de promoción y publicidad estarán sometidas a la inspección y control por las administraciones sanitarias competentes, y el artículo 40.8 de la misma ley establece que corresponde a la Administración General del Estado, sin menoscabo de las competencias de las comunidades autónomas, desarrollar reglamentación sobre, entre otros aspectos, registro de servicios, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre extracción y trasplante de órganos.

En consecuencia, con base en el citado artículo 12.2 de la Directiva 2004/23/CE, se procede a modificar el Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, mediante la adición de un nuevo párrafo al apartado 1 del artículo 4, que establece la obligación de disponer de autorización administrativa previa para realizar actividades de promoción y publicidad en apoyo de la donación de células y tejidos humanos; y a través de la adición de un artículo 30 bis, por el que se constituye un registro de donantes de progenitores hematopoyéticos comprensivo de la información agregada del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

VIII

El derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones

y servicios necesarios se consagra como principio rector de la política social y económica en el artículo 43 de la Constitución Española que reserva a la ley el establecimiento de los derechos y deberes de todos al respecto.

El Tribunal Constitucional ha considerado, en sentencias como la 182/1997, de 28 de octubre, y la 245/2004, de 16 de diciembre, que el hecho de que una materia esté sujeta al principio de reserva de ley no permite concluir que la misma se encuentre excluida del ámbito de regulación del real decreto-ley, el cual puede penetrar en dicha materia siempre que se den los requisitos constitucionales de presupuesto habilitante y no «afecte», en el sentido constitucional del término, a las materias excluidas en el artículo 86 de la Constitución Española, aspecto que necesariamente se relaja al encontramos en presencia de un principio rector de la política social y económica del Capítulo III del Título I de la Constitución.

En virtud de todo ello, haciendo uso de la autorización contenida en el artículo 86 de la Constitución Española, a propuesta de la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previa deliberación del Consejo de Ministros, en su reunión del día 20 de abril de 2012,

DISPONGO:

CAPÍTULO I

#### De la asistencia sanitaria en España

**Artículo 1.** *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 3, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 3. *De la condición de asegurado.*

1. 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.

2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

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 la 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, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

3. En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, 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 para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

4. A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción





oficial correspondiente, el ex cónyuge 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%.

5. Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

6. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo con la normativa vigente.»

Dos. Se añade un nuevo artículo 3 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 3 bis. *Reconocimiento y control de la condición de asegurado.*

1. El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de sus direcciones provinciales, que establecerá los requisitos documentales a presentar en cada caso.

2. Una vez reconocida la condición de asegurado o de beneficiario del mismo, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

3. Los órganos competentes en materia de extranjería podrán comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social, sin contar con el consentimiento del interesado, los datos que resulten imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos a los que se refiere el apartado 4 del artículo 3 de esta ley.

Del mismo modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social o de los órganos de las administraciones públicas competentes que resulten imprescindibles para verificar la concurrencia de la condición de asegurado o beneficiario. La cesión al Instituto Nacional de la Seguridad Social de estos datos no precisará del consentimiento del interesado.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social tratará la información a la que se refieren los dos párrafos anteriores con la finalidad de comunicar a las administraciones sanitarias competentes los datos necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, sin precisar para ello del consentimiento del interesado.

Cualquier modificación o variación que pueda comunicar el Instituto Nacional de la Seguridad Social deberá surtir los efectos que procedan en la tarjeta sanitaria individual.»

Tres. Se añade un nuevo artículo 3 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 3 ter. *Asistencia sanitaria en situaciones especiales.*

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- 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.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.»

## CAPÍTULO II

### De la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud

**Artículo 2.** *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 8, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 8. *Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.*

1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

2. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se articulará en torno a las siguientes modalidades:

- a) Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 bis.
- b) Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 ter.
- c) Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 quáter.

3. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante Real Decreto.

4. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad realizará anualmente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.»

Dos. Se añade un nuevo artículo 8 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 8 bis. *Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.*

1. La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

2. La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta.»

Tres. Se añade un nuevo artículo 8 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 8 ter. *Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud.*

1. La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario.

2. Esta cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluirá las siguientes prestaciones:

- a) Prestación farmacéutica.
- b) Prestación ortoprotésica.
- c) Prestación con productos dietéticos.

3. También gozará de esta consideración el transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.

4. Para las prestaciones previstas en el apartado 2 de este artículo, a excepción de la prestación farmacéutica que se regirá por su normativa, se aprobarán por Orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final.

5. El porcentaje de aportación del usuario se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo para ello el precio final del producto y sin que se aplique ningún límite de cuantía a esta aportación.»

Cuatro. Se añade un nuevo artículo 8 quáter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 8 quáter. *Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud.*

1. La cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

2. Por Orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, se aprobará la inclusión de servicios accesorios, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, así como las modalidades de aportación o reembolso aplicables en cada caso.

Las actividades, servicios o técnicas incluidas en esta modalidad de cartera se harán efectivas una vez se aprueben por Orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



3. La aportación del usuario o, en su caso, el reembolso, se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como referencia el precio final de facturación que se decida para el Sistema Nacional de Salud.»

Cinco. Se añade un nuevo artículo 8 quinquies, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 8 quinquies. *Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.*

1. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo.

2. Las comunidades autónomas podrán incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios.

3. Las comunidades autónomas deberán destinar los recursos económicos necesarios para asegurar la financiación de la cartera común de servicios, siendo preceptiva, para la aprobación de la cartera de servicios complementaria de una comunidad autónoma, la garantía previa de suficiencia financiera de la misma en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria.

4. En todo caso, estos servicios o prestaciones complementarios deberán reunir los mismos requisitos establecidos para la incorporación de nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera común de servicios, y no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Con anterioridad a su incorporación, la comunidad autónoma concernida deberá informar, de forma motivada, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

5. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud podrá emitir recomendaciones sobre el establecimiento por parte de las comunidades autónomas de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en el artículo 71.1.b) de esta ley.

6. Las comunidades autónomas pondrán en conocimiento del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad los servicios complementarios no contemplados en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud tras su incorporación efectiva a su cartera de servicios autonómica, los cuales se incluirán en el sistema de información correspondiente.

7. Las comunidades autónomas asumirán, con cargo a sus propios presupuestos, todos los costes de aplicación de la cartera de servicios complementaria a las personas que tengan la condición de asegurado.»

Seis. Se modifica el artículo 20, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 20. *Desarrollo de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.*

1. El contenido de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se determinará por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.

En la elaboración de dicho contenido se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.



En la evaluación de lo dispuesto en el párrafo anterior participará la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

2. En cualquier caso, no se incluirán en la cartera común de servicios aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada.»

Siete. Se modifican los apartados 1 y 2 del artículo 21 que quedan redactados del siguiente modo:

«1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se actualizará mediante orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El procedimiento para la actualización se desarrollará reglamentariamente.

2. Las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidas a evaluación, con carácter preceptivo y previo a su utilización en el Sistema Nacional de Salud, por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.»

### CAPÍTULO III

#### Medidas de cohesión y de garantía financiera del Sistema Nacional de Salud

##### Artículo 3. Fondo de Garantía Asistencial.

1. Se crea el Fondo de Garantía Asistencial, con carácter extrapresupuestario, con el objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de personas que gozan de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud.

2. El Fondo de Garantía Asistencial estará destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales.

3. Con el fin de realizar una adecuada gestión y seguimiento del Fondo de Garantía Asistencial, se procederá a establecer los mecanismos de reconocimiento de estas personas en el sistema de información de tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud.

4. La determinación del importe a liquidar a cada servicio de salud se establecerá mediante disposición reglamentaria al efecto.

5. El importe de las cuantías a liquidar vendrá determinado por las siguientes modalidades de desplazamiento:

a) Desplazamiento de corta duración (inferior a un mes), que se abonarán siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria de atención primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda.

b) Desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes), que se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud, con dos posibilidades de aplicación:

1.ª Para la cartera común básica de servicios asistenciales completa.

2.ª Para la cartera común básica de servicios asistenciales parcial, referida a asistencia en nivel primario o especializado.



CAPÍTULO IV

Medidas sobre la prestación farmacéutica

**Artículo 4.** *Modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.*

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 85, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 85. *Prescripción de medicamentos y productos sanitarios.*

1. La prescripción de medicamentos y productos sanitarios en el Sistema Nacional de Salud se efectuará en la forma más apropiada para el beneficio de los pacientes, a la vez que se protege la sostenibilidad del sistema.

2. En el Sistema Nacional de Salud, las prescripciones de medicamentos incluidos en el sistema de precios de referencia o de agrupaciones homogéneas no incluidas en el mismo se efectuarán de acuerdo con el siguiente esquema:

a) Para procesos agudos, la prescripción se hará, de forma general, por principio activo.

b) Para los procesos crónicos, la primera prescripción, correspondiente a la instauración del primer tratamiento, se hará, de forma general, por principio activo.

c) Para los procesos crónicos cuya prescripción se corresponda con la continuidad de tratamiento, podrá realizarse por denominación comercial, siempre y cuando ésta se encuentre incluida en el sistema de precios de referencia o sea la de menor precio dentro de su agrupación homogénea.

3. No obstante, la prescripción por denominación comercial de medicamentos será posible siempre y cuando se respete el principio de mayor eficiencia para el sistema y en el caso de los medicamentos considerados como no sustituibles.

4. Cuando la prescripción se realice por principio activo, el farmacéutico dispensará el medicamento de menor precio de su agrupación homogénea y, en el caso de igualdad, el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente.

5. En todo caso, la prescripción de un medicamento para su utilización en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica deberá ser autorizada previamente por la comisión responsable de los protocolos terapéuticos u órgano colegiado equivalente en cada comunidad autónoma.»

Dos. Se añade un nuevo artículo 85 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 85 bis. *Sistemas de información para apoyo a la prescripción.*

1. Los órganos competentes de las comunidades autónomas dotarán a sus prescriptores de un sistema de prescripción electrónica común e interoperable en el que se incorporarán subsistemas de apoyo a la prescripción, tales como:

- Nomenclátor de medicamentos en línea.
- Correspondencia entre principios activos, medicamentos disponibles y patologías en las que están indicados.
- Protocolos de tratamiento por patología recomendados desde las instituciones sanitarias y las sociedades médicas, con indicación de los estándares de elección y los beneficios esperados.
- Coste del tratamiento prescrito y alternativas de elección terapéutica según criterios de eficiencia.
- Base de datos de interacciones.



- Base de datos de ensayos clínicos en su provincia o comunidad autónoma.
- Información periódica en línea (autorización y retirada de medicamentos y productos sanitarios, alertas y comunicaciones de interés para la protección de la salud pública).
- Difusión de noticias sobre medicamentos que, sin ser alertas en sentido estricto, contribuyan a mejorar el nivel de salud de la población.

2. Los sistemas de apoyo a la prescripción recogerán la información correspondiente a los precios seleccionados vía aportación reducida, de modo que el médico pueda tomar en consideración el impacto económico durante la prescripción de medicamentos y productos sanitarios.

3. Los sistemas de apoyo a la prescripción serán gestionados desde los órganos competentes a nivel de comunidad autónoma. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud velará por que los mismos se articulen de modo eficiente y contribuyan a mantener la equidad del sistema sanitario.

4. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en coordinación con las comunidades autónomas, establecerá protocolos asistenciales de carácter básico de modo que se oriente la prescripción y utilización de aquellos medicamentos que, por sus características singulares, requieran especial atención y cautela en su prescripción y dispensación.»

Tres. Se añade un nuevo artículo 85 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 85 ter. *Exclusión de la prestación farmacéutica de medicamentos y productos sanitarios.*

1. El órgano responsable de la prestación farmacéutica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad actualizará, mediante resolución motivada, la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.

2. La motivación de la exclusión responderá a alguno de los siguientes criterios:

- a) El establecimiento de precios seleccionados.
- b) La convivencia con un medicamento sin receta con la que comparte principio activo y dosis.
- c) La consideración del medicamento como publicitario en nuestro entorno europeo.
- d) Que el principio activo cuente con un perfil de seguridad y eficacia favorable y suficientemente documentado a través de años de experiencia y un uso extenso.
- e) Por estar indicados en el tratamiento de síntomas menores.
- f) Por cumplir cualquiera de los criterios de no inclusión en financiación pública recogido en el apartado 2 del artículo 89.

3. Los responsables de los productos excluidos de la financiación comunicarán al órgano competente los precios a los que van a comercializar dichos medicamentos. La misma obligación se extiende a las variaciones en los precios.

4. En el mes siguiente a la entrada en el registro del órgano competente de las comunicaciones a las que se refiere el apartado anterior, éste resolverá sobre su conformidad o no a los precios propuestos. En caso de disconformidad, dicho órgano elevará la discrepancia a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, la cual resolverá sobre dicha cuestión. Dicha decisión será notificada mediante resolución del órgano competente al interesado.

La decisión administrativa recogida en el punto anterior se basará en razones de protección de la salud pública, de igualdad de acceso a los medicamentos por parte de los pacientes o de lesión real o potencial de los intereses de colectivos desfavorecidos.

5. En tanto en cuanto se mantenga la disconformidad mencionada en el apartado anterior, se mantendrá la vigencia del precio industrial máximo.»

Cuatro. Se añade un nuevo apartado 5 al artículo 86, que tendrá la siguiente redacción:

«5. Cuando la prescripción se realice por denominación comercial, si el medicamento prescrito tiene un precio superior al del menor precio de su agrupación homogénea el farmacéutico sustituirá el medicamento prescrito por el de menor precio y, en caso de igualdad, dispensará el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente.»

Cinco. Se modifican los apartados 1 y 2 del artículo 89, que tendrán la siguiente redacción:

«1. Para la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios será necesaria su inclusión en la prestación farmacéutica mediante la correspondiente resolución expresa de la unidad responsable del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, estableciendo las condiciones de financiación y precio en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Del mismo modo se procederá cuando se produzca una modificación de la autorización que afecte al contenido de la prestación farmacéutica, con carácter previo a la puesta en el mercado del producto modificado, bien por afectar la modificación a las indicaciones del medicamento, bien porque, sin afectarlas, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios así lo acuerde por razones de interés público o defensa de la salud o seguridad de las personas.

La inclusión de medicamentos en la financiación del Sistema Nacional de Salud se posibilita mediante la financiación selectiva y no indiscriminada teniendo en cuenta criterios generales, objetivos y publicados y, concretamente, los siguientes:

- a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que resulten indicados.
- b) Necesidades específicas de ciertos colectivos.
- c) Valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad.
- d) Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica e impacto presupuestario en el Sistema Nacional de Salud.
- e) Existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento.
- f) Grado de innovación del medicamento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 24, y con objeto de garantizar el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad podrá someter a reservas singulares las condiciones específicas de prescripción, dispensación y financiación de los mismos en el Sistema Nacional de Salud, de oficio o a propuesta de las comunidades autónomas en la Comisión Permanente de Farmacia.

Con el fin de garantizar el derecho de todas las personas que gocen de la condición de asegurado y beneficiario en el Sistema de un acceso a la prestación farmacéutica en condiciones de igualdad en todo el Sistema Nacional de Salud, las comunidades autónomas no podrán establecer, de forma unilateral, reservas singulares específicas de prescripción, dispensación y financiación de fármacos o productos sanitarios.

No obstante lo anterior, en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia podrá decidirse la excepción motivada por una o varias comunidades autónomas en razón de sus propias particularidades.



2. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad revisará los grupos, subgrupos, categorías y/o clases de medicamentos cuya financiación no se estime necesaria para cubrir las necesidades sanitarias básicas de la población española. En todo caso, no se incluirán en la prestación farmacéutica medicamentos sin receta, medicamentos que no se utilicen para el tratamiento de una patología claramente determinada, ni los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos similares.

Tampoco se financiarán los medicamentos indicados en el tratamiento de síndromes y/o síntomas de gravedad menor, ni aquellos que, aun habiendo sido autorizados de acuerdo a la normativa vigente en su momento, no respondan a las necesidades terapéuticas actuales, entendiéndose por tal un balance beneficio/riesgo desfavorable en las enfermedades para las que estén indicados.»

Seis. Se añade un nuevo artículo 89 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 89 bis. *Criterios fundamentales de inclusión en la prestación farmacéutica.*

1. Corresponde al Gobierno establecer los criterios y procedimiento para la fijación de precios de medicamentos y productos sanitarios financiados por el Sistema Nacional de Salud, tanto para los medicamentos de dispensación por oficina de farmacia a través de receta oficial, como para los medicamentos de ámbito hospitalario, incluidos los envases clínicos, o dispensados por servicios de farmacia a pacientes no ingresados.

2. Para la decisión de financiación de nuevos medicamentos, además del correspondiente análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario, se tendrá en cuenta el componente de innovación, para avances terapéuticos indiscutibles por modificar el curso de la enfermedad o mejorar el curso de la misma, el pronóstico y el resultado terapéutico de la intervención y su contribución a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud si, para un mismo resultado en salud, contribuye positivamente al Producto Interior Bruto.

3. Se tendrán en consideración los mecanismos de retorno (descuentos lineales, revisión de precio) para los medicamentos innovadores.

4. La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos tendrá en consideración los análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario.»

Siete. Se modifica el artículo 90, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 90. *Fijación de precios.*

1. Para la comercialización de un medicamento o producto sanitario en territorio español será imprescindible haber tramitado la oferta del mismo al Sistema Nacional de Salud. Se procederá de igual modo si se producen variaciones sustanciales en las condiciones de autorización del medicamento o producto sanitario.

2. El Gobierno podrá regular el mecanismo de fijación de los precios de los medicamentos y productos sanitarios que no precisen receta que se dispensen en territorio español, siguiendo un régimen general objetivo y transparente.

3. En todo caso, los titulares de autorizaciones de comercialización de los mismos podrán comercializar los medicamentos que se dispensen en territorio español en régimen de precios notificados, entendiéndose por tal la comunicación del precio al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de modo que el departamento pueda objetar el mismo por razones de interés público.

4. Corresponde a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, fijar, de modo motivado y conforme a criterios objetivos, los precios de financiación del Sistema Nacional de Salud de medicamentos y productos sanitarios para los que sea

necesario prescripción médica, que se dispensen en territorio español. Cuando estos mismos productos no resulten financiados, si son dispensados en territorio nacional operará lo establecido en el apartado 3.

5. En todo caso, los medicamentos y productos sanitarios que se decida puedan ser financiados por el Sistema Nacional de Salud podrán también comercializarse para su prescripción fuera del mismo.

6. Como regla general, el precio de financiación por el Sistema Nacional de Salud será inferior al precio industrial del medicamento aplicado cuando sea dispensado fuera del Sistema Nacional de Salud.

7. Para la toma de decisiones, la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos tendrá en consideración los informes que elabore el Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

8. Las cuantías económicas correspondientes a los conceptos de la distribución y dispensación de los medicamentos y de los productos sanitarios y, en su caso, de las deducciones aplicables a la facturación de los mismos al Sistema Nacional de Salud serán fijados por el Gobierno, previo acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, de forma general o por grupos o sectores, tomando en consideración criterios de carácter técnico-económico y sanitario.

9. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad establecerá el precio de venta al público de los medicamentos y productos sanitarios financiados mediante la agregación del precio industrial autorizado, que tiene carácter de máximo, y de los márgenes correspondientes a las actividades de distribución mayorista y dispensación al público.»

Ocho. Se añade un nuevo artículo 90 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 90 bis. *Del Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.*

1. El Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud es el órgano colegiado, de carácter científico-técnico, adscrito a la unidad ministerial con competencia en materia de prestación farmacéutica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, encargado de proporcionar asesoramiento, evaluación y consulta sobre la pertinencia, mejora y seguimiento de la evaluación económica necesaria para sustentar las decisiones de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos.

2. El Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud estará compuesto por un número máximo de 7 miembros designados por la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de entre profesionales de reconocido prestigio, con experiencia y trayectoria acreditadas en evaluación farmacoeconómica.

3. Asimismo, en función de los asuntos que se debatan, podrán asistir a las sesiones del Comité los evaluadores del órgano competente en materia de medicamentos y productos sanitarios que hayan elaborado las evaluaciones de los medicamentos y productos sanitarios objeto de debate.

4. En todo caso, la creación y el funcionamiento del Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica será atendido con los medios personales, técnicos y presupuestarios asignados al órgano al que se encuentre adscrito.»

Nueve. Se añade un nuevo apartado 6 al artículo 91, que tendrá la siguiente redacción:

«6. A los efectos de las revisiones de precios a la baja a petición de parte previstas en el apartado 1 de este artículo, sólo se tendrán en cuenta las que supongan, como mínimo, una reducción del 10% sobre el precio industrial máximo en vigor autorizado para la financiación con fondos públicos.»

Diez. Se modifica el artículo 93, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 93. *Sistema de precios de referencia.*

1. La financiación pública de medicamentos estará sometida al sistema de precios de referencia. El precio de referencia será la cuantía máxima con la que se financiarán las presentaciones de medicamentos incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen, siempre que se prescriban y dispensen con cargo a fondos públicos.

2. Los conjuntos incluirán todas las presentaciones de medicamentos financiadas que tengan el mismo principio activo e idéntica vía de administración entre las que existirá incluida en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, al menos, una presentación de medicamento genérico o biosimilar, salvo que el medicamento o su ingrediente activo principal hayan sido comercializados durante un mínimo de diez años en un Estado miembro de la Unión Europea, en cuyo caso no será indispensable la existencia de un medicamento genérico para establecer un conjunto. Las presentaciones indicadas para tratamientos en pediatría, así como las correspondientes a medicamentos de ámbito hospitalario, incluidos los envases clínicos, constituirán conjuntos independientes.

3. El precio de referencia de cada conjunto se calculará en base al coste/tratamiento/día menor de las presentaciones de medicamentos en él agrupadas, y en todo caso deberá garantizarse el abastecimiento a las oficinas de farmacia para los medicamentos de precio menor. Los medicamentos no podrán superar el precio de referencia del conjunto al que pertenezcan.

4. Se establecerán los nuevos conjuntos y se revisarán los precios de los conjuntos ya existentes con carácter anual. No obstante, los precios menores de las nuevas agrupaciones homogéneas serán fijados automáticamente en el Nomenclátor que corresponda, y los precios menores de las ya existentes serán revisados con carácter trimestral.

5. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad establecerá un sistema similar de precios para los productos sanitarios.»

Once. Se añade un nuevo artículo 93 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 93 bis. *Sistema de precios seleccionados para productos financiados.*

1. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad podrá proponer a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos la aplicación del mecanismo de precios seleccionados a los medicamentos y productos sanitarios financiados.

2. A tales efectos, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaborará una propuesta motivada, de acuerdo a los criterios recogidos en este artículo, que contendrá el precio máximo seleccionado aplicable en cada caso.

3. Una vez autorizado por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publicará la decisión por Resolución de la unidad responsable de la prestación farmacéutica.

4. En el caso de los medicamentos financiados, el sistema de precios seleccionados se aplicará a medicamentos sujetos a precios de referencia, teniendo en cuenta:

- a) El consumo del conjunto.
- b) El impacto presupuestario.
- c) La existencia de, al menos, tres medicamentos en el conjunto.
- d) Que no se produzca riesgo de desabastecimiento.

5. Análogos criterios se aplicarán para el caso de productos sanitarios.

6. Valorados los criterios anteriores, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la unidad con responsabilidad en prestación



farmacéutica, procederá a comunicar a los proveedores el inicio de un procedimiento de precio seleccionado, con comunicación del precio máximo de financiación que se propone para que manifiesten sus intenciones.

7. En base a las comunicaciones recibidas, el ministerio elaborará la propuesta a que hace referencia el punto 2 de este artículo.

8. Aquellos medicamentos y/o productos sanitarios que superen el precio máximo financiable quedarán excluidos de la financiación por el Sistema Nacional de Salud.

9. El precio seleccionado tendrá una vigencia de dos años durante los cuales no podrá ser modificado.

10. El régimen de precios seleccionados se actualizará, para los casos en los que no haya sido aplicado con anterioridad, con periodicidad anual, de forma simultánea a la actualización del sistema de precios de referencia.

11. La aplicación de este sistema supondrá la exclusión de la financiación pública de aquellas presentaciones que no resulten seleccionadas, por el tiempo de vigencia del precio seleccionado.

12. En cualquier caso, las presentaciones de los medicamentos que resulten afectadas por lo regulado en este artículo quedarán exentas, a partir de dicho momento, de la aplicación de las deducciones reguladas en los artículos 8, 9 y 10 del Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

13. Los laboratorios titulares de la autorización de comercialización de las presentaciones de los medicamentos y las empresas ofertantes de las presentaciones de los productos sanitarios que resulten finalmente seleccionadas deberán asumir el compromiso de garantizar su adecuado abastecimiento mediante declaración expresa al efecto.

14. El sistema de precios seleccionado podrá aplicarse a medicamentos y productos sanitarios que, no estando financiados, se consideren de interés para salud pública en los términos expresados en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

15. A este respecto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la determinación del precio seleccionado tendrá en cuenta las especiales características de distribución y aplicación de estos productos.

16. Asimismo, se podrá extender el mecanismo vía la selección por fijación de una aportación reducida por agrupaciones homogéneas.»

Doce. Se modifica el apartado 1 del artículo 94, que tendrá la siguiente redacción:

«1. El Gobierno revisará periódicamente la participación en el pago a satisfacer por los ciudadanos por la prestación farmacéutica incluida en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud, y los supuestos de financiación íntegra con cargo a fondos públicos.

La revisión se publicará en el "Boletín Oficial del Estado", mediante Orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.»

Trece. Se añade un nuevo artículo 94 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 94 bis. *Aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.*

1. Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente a través de oficina o servicio de farmacia.

2. La prestación farmacéutica ambulatoria estará sujeta a aportación del usuario.

3. La aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.



4. La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.

5. Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:

a) Un 60 % del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

b) Un 50 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

c) Un 40 % para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.

d) Un 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

6. Con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a tope máximos de aportación en los siguientes supuestos:

a) A un 10 % del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima para el 2012, expresada en euros, resultante de la aplicación de la actualización del IPC a la aportación máxima vigente. Dicha aportación máxima se actualizará, de forma automática cada mes de enero de acuerdo con la evolución del IPC. La actualización se formalizará por resolución de la unidad responsable de farmacia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

b) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea inferior a 18.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o que no estén incluidos en los siguientes apartados c) o d), hasta un límite máximo de aportación mensual de 8 euros.

c) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 18 euros.

d) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionista de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 60 euros.

7. El importe de las aportaciones que excedan estos montos será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral.

8. Estarán exentos de aportación, los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.

b) Personas receptoras de rentas de integración social.

c) Persona receptoras de pensiones no contributivas.





d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.

e) Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

9. El nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30 %.»

Catorce. Se añade un nuevo artículo 94 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 94 ter. *Protección de datos personales.*

1. El Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social y de las entidades que colaboran con las mismas que resulten imprescindibles para determinar la cuantía de la aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica. Dicho tratamiento, que no requerirá el consentimiento del interesado, se someterá plenamente a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y sus disposiciones de desarrollo.

2. Del mismo modo, y con la finalidad a la que se refiere el apartado anterior, la administración competente en materia tributaria podrá comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social, sin contar con el consentimiento del interesado, los datos que resulten necesarios para determinar el nivel de renta requerido.

Igualmente, los órganos de las administraciones públicas que resulten competentes para determinar la concurrencia de los requisitos establecidos para la exención de la aportación previstos en el apartado 8 del artículo 94 bis de esta ley, podrán comunicar esta circunstancia al Instituto Nacional de la Seguridad Social sin contar con el consentimiento del interesado.

3. El Instituto Nacional de la Seguridad Social comunicará a las administraciones sanitarias competentes el dato relativo al nivel de aportación que corresponda a cada usuario de conformidad con lo establecido en la normativa reguladora de las recetas médicas y órdenes de dispensación. En ningún caso, dicha información incluirá el dato de la cuantía concreta de las rentas.

Los datos comunicados de conformidad con lo dispuesto en el párrafo anterior serán objeto de tratamiento por la administración sanitaria correspondiente a los solos efectos de su incorporación al sistema de información de la tarjeta sanitaria individual.»

Quince. Se añade un nuevo artículo 97 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 97 bis. *Fundamentos de los sistemas de información para el control de la prestación farmacéutica.*

1. La intervención del Estado en materia de medicamentos y productos sanitarios financiados por el Sistema Nacional de Salud exige la plena disposición de información sólida sobre el consumo de los insumos sanitarios objeto de dicha información. A tal efecto, tanto el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como las consejerías competentes de las comunidades autónomas y, en su caso, las empresas proveedoras y sus órganos de representación profesional, aportarán la siguiente información relativa al tráfico y consumo de los mismos:

a) Datos de facturación de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud con periodicidad mensual, dispensadas por oficinas de farmacia y agregadas por provincia y comunidad autónoma.

b) Datos de adquisiciones por servicios farmacéuticos de centros y servicios sanitarios o sociosanitarios del Sistema Nacional de Salud y en su caso abonos de

medicamentos y productos sanitarios, al menos con periodicidad mensual y con nivel de agregación por provincia y comunidad autónoma.

2. La Mutuality General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutuality General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas aportarán el mismo tipo de información, con las salvedades propias de las modalidades asistenciales que les son propias.

3. Los medicamentos dispensados por servicios farmacéuticos de centros y servicios sanitarios o sociosanitarios del Sistema Nacional de Salud a pacientes ambulatorios serán recogidos en una aplicación informática específica.

4. El tratamiento informático al que se refiere el punto anterior podrá ser extendido a otros medicamentos y productos sanitarios de uso exclusivo hospitalario a los que la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos considere oportuno aplicar un régimen de cautelas singulares.»

Dieciséis. Se añade un nuevo artículo 97 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 97 ter. *Fomento de la competencia y competitividad.*

1. Para la consecución de los fines de eficiencia y sostenibilidad de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud se implementarán las medidas administrativas y regulatorias que en cada ejercicio presupuestario se consideren apropiadas para estimular la competencia entre proveedores de insumos farmacéuticos, reduciendo en descensos de precios unitarios.

2. Toda actuación limitativa a la competencia se considerará contraria a los principios de eficiencia y sostenibilidad y será perseguida de oficio por los órganos competentes.»

Diecisiete. Se modifica el apartado 1 de la disposición adicional sexta, que tendrá la siguiente redacción:

«1. Las personas físicas, los grupos empresariales y las personas jurídicas no integradas en ellos, que se dediquen en España a la fabricación, importación u oferta al Sistema Nacional de Salud de medicamentos y/o productos sanitarios que, financiados con fondos públicos, se dispensen en oficinas de farmacia, a través de receta oficial u orden de dispensación del Sistema Nacional de Salud, en territorio nacional, deberán ingresar con carácter cuatrimestral las cantidades que resulten de aplicar sobre su volumen cuatrimestral de ventas a través de dicha receta u orden de dispensación, los porcentajes contemplados en la escala siguiente:

Ventas cuatrimestrales a PVL		Porcentaje de aportación
Desde	Hasta	
0,00	3.000.000,00	1,5
3.000.000,01	En adelante	2,0

En el supuesto de que el volumen total de ventas de medicamentos y productos sanitarios al Sistema Nacional de Salud sea, en términos corrientes anuales, inferior al del año precedente, el Gobierno podrá revisar los anteriores porcentajes de aportación.

Las cuantías resultantes de la aplicación de la escala anterior se verán minoradas en función de la valoración de las compañías en el marco de la acción Profarma según los porcentajes establecidos en la siguiente tabla:

- No valoradas: 0,00.
- Aceptables: 5 %.



- Buenas: 10 %.
- Muy buenas: 15 %.
- Excelentes: 25 %.

Aquellas empresas clasificadas en el programa Profarma como muy buenas o excelentes, que participen en consorcios de I+D o realicen asociaciones temporales con este fin con otras empresas establecidas en España y centros de I+D públicos y privados, para realizar investigación básica y preclínica de relevancia, mediante proyectos específicos y determinados, podrán beneficiarse de una minoración adicional de un diez por ciento de la aportación.

Las minoraciones que puedan afectar a estos retornos surtirán efecto a partir de la última resolución del Plan Profarma.

Los grupos empresariales comunicarán al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, durante el mes de enero de cada año natural, las compañías integradas en ellos. En caso de que se modifique la composición de un grupo empresarial en el transcurso del año, la comunicación se efectuará durante el mes en que dicha modificación haya tenido lugar. A efectos de lo señalado, se considera que pertenecen a un mismo grupo las empresas que constituyan una unidad de decisión, en los términos del artículo 4 de la Ley 24/1998, de 28 de julio, del Mercado de Valores.»

Dieciocho. Se modifica el párrafo segundo del apartado 1 de la disposición adicional decimocuarta, que tendrá la siguiente redacción:

«La información sobre los precios menores se actualizará el primer día hábil de cada mes y se publicará en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.»

**Artículo 5.** *Modificación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.*

Uno. Se añade un nuevo apartado 8 en el artículo 2 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano, que tendrá la siguiente redacción:

«8. Con el objeto de garantizar la accesibilidad y calidad en el servicio, así como la adecuada atención farmacéutica a los usuarios del Sistema Nacional de Salud, a las oficinas de farmacia que resulten exentas de la escala de deducciones regulada en el apartado 5 de este artículo, les será de aplicación a su favor un índice corrector de los márgenes de las oficinas de farmacia correspondiente a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos, conforme a la siguiente escala:

Ventas totales a PVP IVA hasta — Euros	Deducción — Euros	Resto hasta — Euros	Porcentaje aplicable
0,00	0,00	25.000,00	-3,40
25.000,01	-850,00	37.500,00	0,00
37.500,01	-850,00	45.000,00	12,98
45.000,01	123,50	58.345,61	14,27
58.345,62	2.027,92	120.206,01	15,69
120.206,02	11.733,82	208.075,90	18,71
208.075,91	28.174,27	295.242,83	21,60
295.242,84	47.002,32	382.409,76	23,67



Ventas totales a PVP IVA hasta — Euros	Deducción — Euros	Resto hasta — Euros	Porcentaje aplicable
382.409,77	67.634,73	600.000,00	25,04
600.000,01	122.119,32	En adelante	27,52

Para la aplicación del tramo correspondiente de la mencionada escala se tendrá en cuenta la cuantía del importe de la facturación mensual correspondiente a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos.

La aplicación del índice corrector se efectuará en el primer tramo de la escala, de 0 a 25.000 euros, de la facturación mensual correspondiente a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos. Dicha facturación mensual se calculará en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido. Por lo que se refiere a las presentaciones de medicamentos con precio industrial superior a 91,63 euros y a efectos de dicha facturación mensual, se excluirá de dicho cómputo la cantidad que, calculada en términos de precio de venta al público con IVA incluido, exceda del citado precio industrial.

Tales oficinas de farmacia deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Que no hayan sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estén excluidas de su concertación.
- b) Que participen en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos que establezca la Administración sanitaria correspondiente.

La decisión sobre el cumplimiento de los requisitos exigidos, así como la resolución de las incidencias que se produzcan al efecto, corresponderá a las distintas administraciones sanitarias competentes en materia de ordenación farmacéutica, que establecerán el procedimiento para su aplicación. De todo ello se dará audiencia previa a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, a la Mutualidad General Judicial, al Instituto Social de las Fuerzas Armadas y, en su caso, al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

La cuantía derivada de la aplicación del índice corrector de los márgenes correspondiente a las administraciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, incluyendo la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas será la que resulte de aplicar el porcentaje que representa cada una de ellas en la facturación mensual de cada oficina de farmacia, consideradas conjuntamente. El procedimiento de gestión de dicha información se ajustará a las reglas establecidas respecto de los informes relativos a la aplicación de la escala conjunta de deducciones.»

Dos. El actual apartado 8 del artículo 2 pasa a ser el apartado 9 de dicho artículo.

**Artículo 6.** *Medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos.*

1. Será obligatorio el establecimiento de un servicio de farmacia hospitalaria propio en:
  - a) Todos los hospitales que tengan cien o más camas.
  - b) Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos.
  - c) Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.



2. No obstante lo anterior, la consejería responsable en materia de prestación farmacéutica podrá establecer acuerdos o convenios con centros hospitalarios, eximiendo a estos centros de esta exigencia, siempre y cuando dispongan de un depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia hospitalaria del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente.

3. Asimismo, los centros hospitalarios, los centros de asistencia social que presten asistencia sanitaria específica y los centros psiquiátricos que no cuenten con un servicio de farmacia hospitalaria propio y que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un depósito, que estará vinculado a un servicio de farmacia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio, en el caso de los hospitales del sector público, y a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado.

**Artículo 7. Manipulación y adecuación de preparaciones de medicamentos.**

1. Con el fin de mejorar la eficacia en el uso de los medicamentos en el ámbito hospitalario, las comunidades autónomas podrán acreditar a los servicios de farmacia hospitalaria de su territorio para que en los mismos se puedan llevar a cabo operaciones de fraccionamiento, personalización de dosis y otras operaciones de remanipulación y transformación de medicamentos.

2. La acreditación prevista en el apartado anterior se efectuará de modo que se garantice el cumplimiento de las guías técnicas de buena práctica aplicables al caso por los servicios de farmacia hospitalaria donde se vayan a efectuar las operaciones señaladas.

3. Las guías de manipulación, fraccionamiento y dosificación personalizada se elaborarán bajo la tutela de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, recabando al efecto la colaboración de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y de expertos de reconocido prestigio.

**CAPÍTULO V**

**Medidas en materia de recursos humanos**

**Artículo 8. Modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.**

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 25, que tendrá la siguiente redacción:

**«Artículo 25. Áreas de Capacitación Específica.**

1. La formación especializada en áreas de capacitación específica tendrá, en todo caso, carácter programado y se llevará a cabo por el sistema de residencia con las especificidades y adaptaciones que reglamentariamente se determinen en el régimen jurídico que regula dicho sistema formativo.

2. Reglamentariamente se establecerán los supuestos y requisitos para que los Especialistas en Ciencias de la Salud puedan acceder, mediante convocatoria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a los diplomas de Área de Capacitación Específica, siempre que dichas áreas se hubieran constituido en la especialidad correspondiente y se acrediten, al menos, dos años de ejercicio profesional en la especialidad.

3. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, podrá eliminar, disminuir o

«aumentar los años de ejercicio profesional a los que se refiere el apartado 1 de este artículo.»

Dos. Se modifica el artículo 26, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 26. *Acreditación de centros y unidades docentes.*

1. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el competente en materia de educación, a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, mediante Orden que se publicará en el "Boletín Oficial del Estado", establecerán los requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los centros o unidades para la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud.

2. Corresponde al órgano directivo competente en materia de calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad coordinar las auditorías de los centros y unidades acreditados, para evaluar en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y del Plan Anual de Auditorías Docentes, el funcionamiento y la calidad del sistema de formación.

3. Corresponde al órgano directivo competente en materia de formación sanitaria especializada del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a instancia de la entidad titular del centro, previos informes de la comisión de docencia de éste y de la Consejería competente en materia sanitaria de la comunidad autónoma, resolver sobre las solicitudes de acreditación de centros y unidades docentes. La acreditación especificará, en todo caso, el número de plazas docentes acreditadas.

4. La revocación, total o parcial, de la acreditación concedida se realizará, en su caso, por el mismo procedimiento, oído el centro afectado y su comisión de docencia.»

Tres. Se modifica el artículo 29, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 29. *Comités de Áreas de Capacitación Específica.*

1. Cuando exista un Área de Capacitación Específica se constituirá un Comité de Área como órgano asesor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estará integrado por seis profesionales con título de especialista con capacitación específica en el área de que se trate, propuestos por la Comisión o Comisiones Nacionales de la especialidad o especialidades implicadas, que previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud serán nombrados por el ministerio competente antes citado.

2. El Comité desarrollará las funciones que reglamentariamente se determinen y, en todo caso, las de propuesta de los contenidos del programa de formación.

3. En todo caso, la creación y el funcionamiento del Comité de Área será atendido con los medios personales, técnicos y presupuestarios asignados al órgano al que se encuentre adscrito.»

Cuatro. Se modifica la Disposición transitoria quinta, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición transitoria quinta. *Creación de nuevos títulos de Especialista y de Diplomas de Áreas de Capacitación Específica en Ciencias de la Salud.*

1. Cuando, conforme a lo previsto en el artículo 16 de esta ley, sean establecidos nuevos títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud, el Gobierno adoptará las medidas oportunas para posibilitar el acceso al nuevo título de los profesionales que hubieran prestado servicios en el ámbito de la nueva especialidad y cumplan los requisitos que reglamentariamente se establezcan.





Asimismo, adoptará las medidas oportunas para la inicial constitución de la correspondiente Comisión Nacional de la Especialidad.

2. Cuando, conforme a lo previsto en el artículo 24 de esta ley, sean establecidos nuevos diplomas de Áreas de Capacitación Específica para especialistas en Ciencias de la Salud, el Gobierno adoptará las medidas oportunas para posibilitar el acceso a los nuevos diplomas de los profesionales que hubieran prestado servicios en el ámbito de la nueva Área de Capacitación Específica y cumplan los requisitos que reglamentariamente se establezcan.

3. Asimismo, el Gobierno adoptará las medidas oportunas para la inicial constitución de los correspondientes Comités de Área de Capacitación Específica.»

**Artículo 9. *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.***

Se añade una nueva Disposición adicional décima a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición adicional décima. *Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.*

1. Con la finalidad de facilitar la adecuada planificación de las necesidades de profesionales sanitarios del Estado y de coordinar las políticas de recursos humanos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, se crea en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios que se integrará en el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

2. Dicho Registro, que se implementará en soporte digital, se nutrirá de los registros oficiales, de profesionales, obrantes en las administraciones del Estado y Autonómicas, en los colegios profesionales, consejos autonómicos y consejos generales de los mismos, en los centros sanitarios privados y en las entidades de seguros que operen en el ramo de la enfermedad, que estarán obligados a facilitar los datos que se consideren necesarios, con sujeción a los criterios que determine el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en los términos previstos en el artículo 53.3 de esta ley.

3. El Registro Estatal de Profesionales Sanitarios será público en lo que se refiere al nombre, titulación, especialidad, lugar de ejercicio, categoría y función del profesional, así como en lo referente a la titulación, especialidad, Diploma de Área de Capacitación Específica y de Acreditación y Acreditación Avanzada, si los hubiere, y a las fechas de obtención y revalidación de cada uno de ellos.

4. Será de aplicación al Registro Estatal de Profesionales Sanitarios lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la adopción de las medidas de seguridad técnicas y organizativas previstas en la mencionada normativa, velando en particular porque no quepa el acceso indiscriminado a los datos que no tengan carácter público conforme a lo dispuesto en el apartado anterior.

Asimismo, corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad implementar de forma progresiva el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios a las distintas profesiones sanitarias y la actualización permanente de los datos que el mismo contenga, en particular, siempre que se produzca una incidencia derivada del ejercicio profesional.»

**Artículo 10. *Modificación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.***

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, queda modificada en los términos siguientes:



Uno. Se modifica el artículo 15, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 15. *Creación, modificación y supresión de categorías.*

1. En el ámbito de cada servicio de salud se establecerán, modificarán o suprimirán las categorías de personal estatutario de acuerdo con las previsiones del capítulo XIV y, en su caso, del artículo 13 de esta ley.

2. Corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la aprobación de un catálogo homogéneo donde se establecerán las equivalencias de las categorías profesionales de los servicios de salud. A estos efectos, los servicios de salud comunicarán al ministerio las categorías de personal estatutario existentes en el mismo, así como su modificación o supresión y la creación de nuevas categorías, a fin de proceder, en su caso, a la elaboración de este cuadro de equivalencias y a su homologación conforme a lo previsto en el artículo 37.1.»

Dos. Se modifican los apartados 3 y 4 del artículo 41, pasando los actuales apartados 4, 5 y 6 de dicho artículo a ser los apartados 5, 6 y 7. Los apartados 3 y 4 del artículo 41 tendrán la siguiente redacción:

«3. La cuantía de las retribuciones se adecuará a lo que dispongan las correspondientes leyes de presupuestos. Elemento fundamental en este apartado es, en cualquier caso, la evaluación del desempeño del personal estatutario, que los servicios de salud deberán establecer a través de procedimientos fundados en los principios de igualdad, objetividad y transparencia. La evaluación periódica deberá tenerse en cuenta a efectos de determinación de una parte de estas retribuciones complementarias, vinculadas precisamente a la productividad, al rendimiento y, en definitiva, al contenido y alcance de la actividad que efectivamente se realiza.

4. Los servicios de salud de las comunidades autónomas y entes gestores de asistencia sanitaria establecerán los mecanismos necesarios, como la ordenación de puestos de trabajo, la ordenación de las retribuciones complementarias, la desvinculación de plazas docentes, u otros, que garanticen el pago de la actividad realmente realizada.»

Tres. Se añade una nueva disposición adicional decimoquinta, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición adicional decimoquinta. *Extensión de lo dispuesto en el artículo 21 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.*

El personal estatutario de los servicios de salud de las comunidades autónomas e instituciones adscritas al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria queda exceptuado de la extensión prevista en el artículo 21 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, y en la Disposición adicional sexta de la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010, respecto de la prestación económica durante la situación de incapacidad temporal del personal funcionario integrado en el Régimen General de Seguridad Social, sea cual sea la Administración en la que preste servicios.

Los servicios de salud de las comunidades autónomas decidirán, respecto de su personal estatutario, el grado de aplicación del contenido de esta prestación económica, cuando aquél se encuentre en situación de incapacidad temporal.»

Cuatro. Se añade una nueva disposición adicional decimosexta, que tendrá la siguiente redacción:





«Disposición adicional decimosexta. *Integración del personal funcionario al servicio de instituciones sanitarias públicas.*

1. Los médicos, practicantes y matronas titulares de los servicios sanitarios locales que presten sus servicios como médicos generales, practicantes y matronas de los servicios de salud, y el resto del personal funcionario que preste sus servicios en instituciones sanitarias públicas, dispondrán hasta el 31 de diciembre de 2012 para integrarse en los servicios de salud como personal estatutario fijo. A tal fin, las comunidades autónomas establecerán los procedimientos oportunos.

2. En caso de que este personal opte por permanecer en activo en su actual situación, en los cuerpos y escalas en los que ostenten la condición de personal funcionario, las comunidades autónomas adscribirán a este personal a órganos administrativos que no pertenezcan a las instituciones sanitarias públicas, conforme a las bases de los procesos de movilidad que, a tal fin, puedan articularse.»

Cinco. Se añade una nueva Disposición adicional decimoséptima, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición adicional decimoséptima. *Acción social.*

Con el fin de potenciar y racionalizar las actuaciones en materia de acción social, los fondos destinados a esta finalidad por los servicios de salud de las comunidades autónomas para el personal estatutario, sólo podrán ser destinados a las necesidades del personal que se encuentre en situación administrativa de servicio activo, y en ningún caso podrá percibir prestación alguna de este carácter, con contenido económico, el personal que haya alcanzado la edad de jubilación que determine la legislación en materia de Seguridad Social. En los casos en los que se autorice la prolongación de servicio activo, la edad será la que figure en la resolución que autorice esta prolongación.»

Seis. Se modifica la Disposición transitoria tercera, que tendrá la siguiente redacción:

«Disposición transitoria tercera. *Personal de cupo y zona.*

En la forma y condiciones que en cada servicio de salud, en su caso, se determine, el personal que percibe haberes por el sistema de cupo y zona se integrará en el sistema de prestación de servicios, de dedicación y de retribuciones que se establece en esta ley, antes del 31 de diciembre de 2012. Queda suprimida desde esa fecha la modalidad de prestación de servicios de cupo y zona.

Desde esa fecha queda derogada la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 8 de agosto de 1986, sobre retribuciones del personal dependiente del Instituto Nacional de la Salud, Instituto Catalán de la Salud y Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía.»

Siete. Se modifica la letra f) del apartado 1 de la disposición derogatoria única, que tendrá la siguiente redacción:

«f) El Estatuto de personal sanitario no facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social aprobado por la Orden de 26 de abril de 1973, así como las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan.»

**Disposición adicional primera. *Régimen de los españoles residentes en el exterior.***

1. El derecho a la protección de la salud de los españoles residentes en el exterior se regirá por lo dispuesto en la Ley 40/2006, de 14 de diciembre, del Estatuto de la ciudadanía española en el exterior y su normativa de desarrollo.

2. Los trabajadores por cuenta ajena españoles de origen residentes en Estados no miembros de la Unión Europea, de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio



Económico Europeo y de Suiza que se desplacen temporalmente a España tendrán derecho a la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud cuando, de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o de las normas o Convenios internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura.

**Disposición adicional segunda.** *De la fijación de importes máximos de financiación.*

1. En materia de dietoterápicos, la fijación de importes máximos de financiación se atenderá a lo recogido en el 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.

2. El Consejo de Ministros aprobará, en el plazo de 6 meses a contar desde la entrada en vigor de este real decreto-ley, un real decreto para la regulación de la cartera suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y para el establecimiento de sus importes máximos de financiación.

3. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaborará, en el plazo de 6 meses a contar desde la entrada en vigor de este real decreto-ley, una orden ministerial recogiendo los acuerdos del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas.

**Disposición adicional tercera.** *Cesión de información tributaria.*

La administración tributaria facilitará, dentro de cada ejercicio, al órgano de la administración pública responsable del reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo, los datos relativos a sus niveles de renta en cuanto sean necesarios para determinar el porcentaje de participación en el pago de las prestaciones de la cartera común de servicios sujetas a aportación.

En el tratamiento de estos datos la administración cesionaria deberá respetar la normativa sobre protección de datos de carácter personal.

**Disposición adicional cuarta.** *Medidas de eficiencia en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.*

1. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud fomentará las actuaciones conjuntas de los servicios de salud de las comunidades autónomas para la adquisición de cualquier producto que por sus características sea susceptible de un mecanismo de compra conjunta y centralizado. Asimismo, los servicios de salud de las comunidades autónomas fomentarán la implantación de modelos de servicios compartidos mediante el establecimiento de un solo proveedor del servicio para una red de centros, en cuestiones tales como radiodiagnóstico, laboratorio de análisis clínicos, farmacia hospitalaria, así como el desempeño de especialidades médicas que precisen una población grande para ser autosuficientes o padezcan dificultades para encontrar profesionales.

2. Las comunidades autónomas adoptarán las medidas oportunas para que los centros de ellas dependientes elaboren a lo largo de 2012, en el caso de que no lo hayan hecho ya, un plan de medidas de ahorro energético que deberá ser aprobado por el órgano competente antes del 31 de diciembre de 2013.

3. En un plazo de seis meses a contar desde la fecha de entrada en vigor de este real decreto-ley, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobará las medidas legislativas necesarias para garantizar la adecuación de los envases a las pautas y tiempos de tratamiento habituales de acuerdo a los criterios de buena práctica médica.

**Disposición transitoria primera.** *Régimen transitorio de acceso a la asistencia sanitaria en España.*

Las personas que, con anterioridad a la entrada en vigor de este real decreto-ley, tuvieran acceso a la asistencia sanitaria en España, podrán seguir accediendo a la misma hasta el día 31 de agosto de 2012 sin necesidad de acreditar la condición de asegurado en los términos previstos en el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

**Disposición transitoria segunda.** *De la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.*

En tanto no se elabore la normativa de desarrollo de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, permanecerá en vigor el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en todo lo que no se oponga a la presente norma.

**Disposición transitoria tercera.** *De la fijación de los precios de medicamentos no incluidos en la prestación farmacéutica.*

Salvo decisión en contrario de la Comisión Delegada para Asuntos Económicos, por razones de interés general, en tanto no se regulen los mecanismos de fijación de los precios de venta al público de los medicamentos y productos sanitarios, estos serán libres en aquellos medicamentos que no se financien con cargo a fondos públicos.

**Disposición derogatoria única.** *Derogación normativa.*

Queda derogado el artículo 115.1 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, así como cuantas otras disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en el presente real decreto-ley.

**Disposición final primera.** *Título competencial.*

Este real decreto-ley se dicta al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.2.ª, 149.1.16.ª, 149.1.17.ª, 149.1.18.ª y 149.1.30.ª de la Constitución Española.

**Disposición final segunda.** *Desarrollo reglamentario.*

1. Se autoriza al Gobierno y a la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el ámbito de sus respectivas competencias, para dictar las disposiciones y adoptar las medidas necesarias para el desarrollo y ejecución de lo establecido en este real decreto-ley.

2. Las modificaciones que, a partir de la entrada en vigor de este real decreto-ley, puedan realizarse respecto a lo dispuesto en su artículo 5, así como en las disposiciones finales quinta, sexta y séptima, podrán efectuarse reglamentariamente con arreglo a la normativa específica de aplicación.

3. Las comunidades autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de lo previsto en este real decreto-ley.

**Disposición final tercera.** *Modificación del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.*

Se modifica el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que tendrá la siguiente redacción:





«Artículo 12. *Derecho a la asistencia sanitaria.*

Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.»

**Disposición final cuarta.** *Modificación de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria.*

La letra c) del apartado 1 del artículo 95 de La Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, queda modificada en los siguientes términos:

«c) La colaboración con la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y con las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social en la lucha contra el fraude en la cotización y recaudación de las cuotas del sistema de Seguridad Social y contra el fraude en la obtención y disfrute de las prestaciones a cargo del sistema; así como para la determinación del nivel de aportación de cada usuario en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.»

**Disposición final quinta.** *Modificación del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.*

El artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo queda modificado en los siguientes términos:

«Artículo 7. *Residencia superior a tres meses de ciudadanos de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.*

1. Todo ciudadano de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo tiene derecho de residencia en el territorio del Estado Español por un período superior a tres meses si:

- a) Es un trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia en España, o
- b) Dispone, para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social en España durante su período de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España, o
- c) Está matriculado en un centro público o privado, reconocido o financiado por la administración educativa competente con arreglo a la legislación aplicable, con la finalidad principal de cursar estudios, inclusive de formación profesional; y cuenta con un seguro de enfermedad que cubre todos los riesgos en España y garantiza a la autoridad nacional competente, mediante una declaración o por cualquier otro medio equivalente de su elección, que posee recursos suficientes para sí y los miembros de su familia para no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado español durante su período de residencia, o
- d) Es un miembro de la familia que acompaña a un ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, o va a reunirse con él, y que cumple las condiciones contempladas en las letras a), b) o c).

2. El derecho de residencia establecido en el apartado 1 se ampliará a los miembros de la familia que no sean nacionales de un Estado miembro cuando acompañen al ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o se reúnan con él en el Estado

español, siempre que dicho ciudadano cumpla las condiciones contempladas en las letras a), b) o c) de dicho apartado 1.

3. A los efectos de la letra a) del apartado 1, el ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo que ya no ejerza ninguna actividad por cuenta ajena o por cuenta propia mantendrá la condición de trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia en los siguientes casos:

a) Si sufre una incapacidad temporal resultante de una enfermedad o accidente;

b) Si, habiendo quedado en paro involuntario debidamente acreditado, tras haber estado empleado durante más de un año, se ha inscrito en el servicio de empleo competente con el fin de encontrar un trabajo;

c) Si, habiendo quedado en paro involuntario debidamente acreditado tras concluir un contrato de trabajo de duración determinada inferior a un año o habiendo quedado en paro involuntario durante los primeros doce meses, se ha inscrito en el servicio de empleo competente con el fin de encontrar un trabajo. En este caso, la condición de trabajador se mantendrá durante un período que no podrá ser inferior a seis meses;

d) Si sigue una formación profesional. Salvo que se encuentre en situación de paro involuntario, el mantenimiento de la condición de trabajador exigirá que la formación guarde relación con el empleo previo.

4. No obstante lo dispuesto en la letra d) del apartado 1 y en el apartado 2, únicamente el cónyuge o persona a la que se refiere el apartado b) del artículo 2 y los hijos a cargo tendrán el derecho de residencia como miembros de la familia de un ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo que cumple los requisitos de la letra c) del apartado 1 anterior.

5. Los nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo estarán obligados a solicitar personalmente ante la oficina de extranjería de la provincia donde pretendan permanecer o fijar su residencia o, en su defecto, ante la Comisaría de Policía correspondiente, su inscripción en el Registro Central de Extranjeros. Dicha solicitud deberá presentarse en el plazo de tres meses contados desde la fecha de entrada en España, siéndole expedido de forma inmediata un certificado de registro en el que constará el nombre, nacionalidad y domicilio de la persona registrada, su número de identidad de extranjero, y la fecha de registro.

6. Junto a la solicitud de inscripción, deberá presentarse el pasaporte o documento nacional de identidad válido y en vigor del solicitante, así como la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos exigibles para la inscripción establecidos en este artículo. En el supuesto de que el pasaporte o el documento nacional de identidad estén caducados, deberá aportarse copia de éstos y de la solicitud de renovación.

7. En lo que se refiere a medios económicos suficientes, no podrá establecerse un importe fijo, sino que habrá de tenerse en cuenta la situación personal de los nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. En cualquier caso, dicho importe no superará el nivel de recursos por debajo del cual se concede asistencia social a los españoles o el importe de la pensión mínima de Seguridad Social.»

**Disposición final sexta.** *Modificación del Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la*



*distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.*

El Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, queda modificado en los siguientes términos:

Uno. Se añade un nuevo párrafo al apartado 1 del artículo 4, que tendrá la siguiente redacción:

«Las entidades que pretendan desarrollar cualquier actividad de promoción y publicidad en apoyo de la donación de células y tejidos humanos deberán solicitar la autorización previa de las Administraciones sanitarias competentes. A tales efectos, se entenderá por administración sanitaria competente la correspondiente a la comunidad autónoma donde se pretenda desarrollar la actividad, y la Organización Nacional de Trasplantes cuando las actividades pretendidas superen dicho ámbito. En todo caso, el procedimiento para resolver sobre la autorización o denegación del desarrollo de dichas actividades se regirá por lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.»

Dos. Se añade un artículo 30 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 30 bis. *Registro de donantes de progenitores hematopoyéticos.*

1. La Organización Nacional de Trasplantes, sin perjuicio de las competencias de registro de las autoridades autonómicas, será el órgano competente para desarrollar y mantener el registro de donantes de progenitores hematopoyéticos comprensivo de la información agregada del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

2. Las unidades de coordinación de trasplantes de las comunidades autónomas deberán comunicar en tiempo real a la Organización Nacional de Trasplantes información relativa a los donantes de progenitores hematopoyéticos incluidos en sus respectivos registros.

3. La persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad podrá encomendar la gestión de esta información a entidades públicas o privadas que desarrollen su actividad en el ámbito de la promoción y publicidad en apoyo de la donación de células y tejidos humanos.»

**Disposición final séptima.** *Modificación del Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.*

El Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, queda modificado en los siguientes términos:

Uno. Se modifican el segundo y tercer párrafo del apartado 1 del artículo 5 que tendrá la siguiente redacción:

«Las recetas oficiales se adaptarán a los siguientes criterios básicos de diferenciación de acuerdo con la expresión de las siglas o del código de clasificación en la base de datos de tarjeta sanitaria individual, que figurarán impresos alfanuméricamente o codificado en la parte superior derecha de las recetas de acuerdo al siguiente esquema:

- a) Código TSI 001 para los usuarios exentos de aportación.
- b) Código TSI 002 para los usuarios con aportación reducida de un 10 %.
- c) Código TSI 003 para los usuarios con aportación de un 40 %.
- d) Código TSI 004 para los usuarios con aportación de un 50 %.
- e) Código TSI 005 para los usuarios con aportación de un 60 %.



- f) ATEP para las recetas de accidentes de trabajo o enfermedad profesional.
- g) NOFIN para las recetas de medicamentos y productos sanitarios no financiados.»

Dos. Se modifica el apartado 3 del artículo 5, que tendrá la siguiente redacción:

«3. Además de la receta, el prescriptor podrá entregar al paciente, por escrito, las informaciones y observaciones que a su juicio procedan para el mejor uso de la medicación por parte del paciente. Estas informaciones y observaciones complementarán las autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y estarán adecuadas a cada paciente individual. Incluirán, en su caso, advertencias sobre las reacciones adversas, contraindicaciones, interacciones y precauciones en el uso.»

Tres. Se añaden los apartados 6, 7 y 8 al artículo 5, que tendrán la siguiente redacción:

«6. En los informes de prescripción y terapéutica para el paciente se incorporará información sobre el coste del tratamiento, con diferenciación del porcentaje asumido por el Sistema Nacional de Salud.

7. Durante el acto médico, el paciente será informado de la existencia de opciones terapéuticas de aportación reducida con carácter previo a la emisión de la receta oficial del Sistema Nacional de Salud.

8. En todas las informaciones se tendrá en cuenta la accesibilidad para la personas con discapacidad.»

Cuatro. Se añade un nuevo apartado 6 al artículo 17 que tendrá la siguiente redacción:

«6. Los medicamentos y productos sanitarios no incluidos en la financiación solo podrán ser adquiridos y utilizados por los hospitales del Sistema Nacional de Salud previo acuerdo de la comisión responsable de los protocolos terapéuticos u órgano colegiado equivalente en cada comunidad autónoma.

Para poder tomar las decisiones a que se refiere el párrafo anterior, las comisiones responsables deberán haberse constituido de acuerdo a la normativa aplicable en la comunidad autónoma, dispondrán de un manual de procedimiento que garantice la calidad de sus decisiones e informarán de su constitución y decisiones al órgano competente dentro de la consejería responsable.»

**Disposición final octava.** *Actuaciones a realizar por las administraciones públicas.*

1. Las administraciones públicas competentes adoptarán cuantas medidas sean necesarias para la aplicación efectiva de lo dispuesto en este real decreto-ley.

2. Las administraciones públicas competentes en materia de seguridad social y sanidad realizarán las actuaciones necesarias para actualizar y adecuar la información de sus bases de datos a lo dispuesto en esta norma.

3. Las administraciones públicas competentes deberán adoptar, con anterioridad al 30 de junio de 2012, todas las medidas que sean necesarias para la aplicación efectiva de lo dispuesto en el apartado trece del artículo 4 de este real decreto-ley.

**Disposición final novena.** *Entrada en vigor.*

El presente real decreto-ley entrará en vigor el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid, el 20 de abril de 2012.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,  
MARIANO RAJOY BREY

## ANEXO 2: Documentos de hojas informativas y compromisos de pago.

### DOCUMENTO 1.

The infographic features a blue background with white and yellow text. At the top left, there is a logo for Hospital Universitario Ramón y Cajal and the text 'SaludMadrid' and 'Comunidad de Madrid'. The main text is in white, with key phrases in yellow. On the right side, there is a graphic of a yellow health card with a blue border, containing fields for 'Nº B', 'DNI', and 'Nombre y Apellidos', with some fields filled with 'XXXX' or 'XXXXXX'. At the bottom, there is a reference to 'Orden 1285/2086'.

**Hospital Universitario Ramón y Cajal**  
SaludMadrid Comunidad de Madrid

**"Los usuarios del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid deberán mostrar su tarjeta sanitaria individual para acceder a cada una de las prestaciones y servicios sanitarios, debiendo presentarse, acompañando a la misma, el documento identificativo de la personalidad de su titular, cuando así sea requerido."**

**"Los ciudadanos procedentes de otras Comunidades Autónomas que deban ser atendidos en los centros y servicios dependientes del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid deberán presentar el documento identificativo que les acredite como usuarios del Sistema Nacional de Salud."**

**Orden 1285/2086. De 22 de junio, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se regula la tarjeta sanitaria individual en el ámbito de la Comunidad de Madrid**



**TARJETA SANITARIA**

XXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXX
Nº B		XXXXXX
DNI		XXXXXX XXXX
Nombre y Apellidos		

Fuente: Ilustración obtenida del Informe de Yo Sí Sanidad Universal, 2013

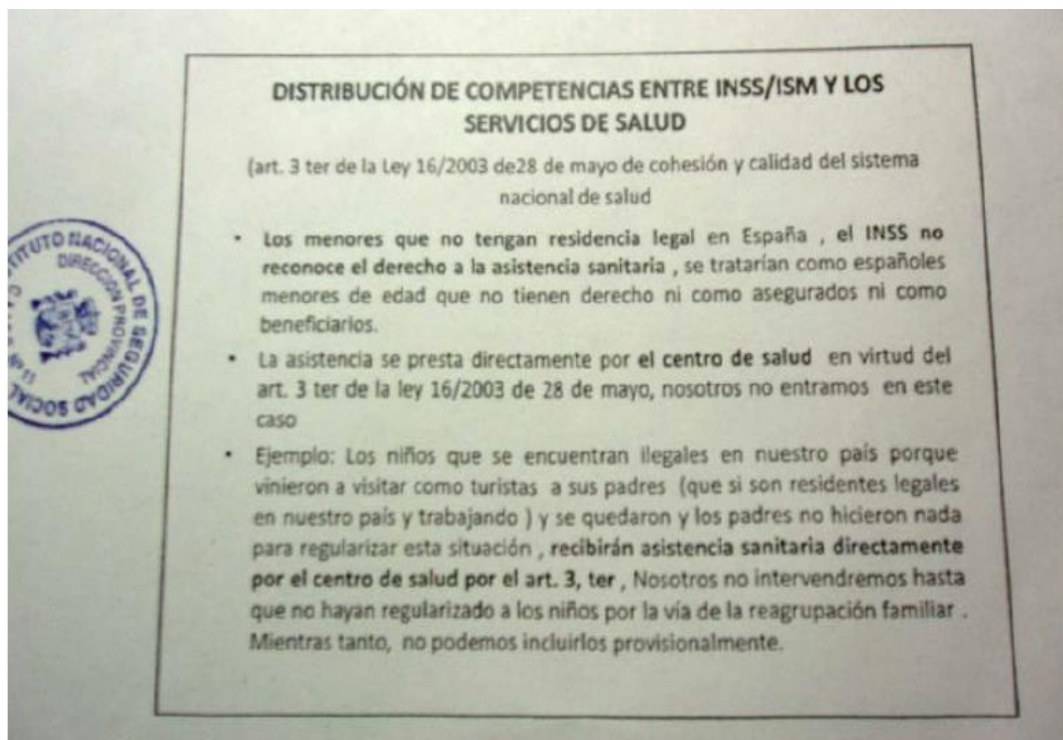


DOCUMENTO 2.

	
<b>FACTURACIÓN ASISTENCIA SANITARIA URGENTE</b>	
<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO</b>	
Centro: U Funcional:  Fecha de la asistencia:  Profesional encargado de la asistencia (si el profesional es un suplente, poner también el nombre del titular)  Dra: Enfermera/o:  Fisioterapeuta:	Parte iniciado en UNAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Inicia el parte (Nombre del Administrativo o Celador)  Envío al Departamento de Gestión Económica Fecha
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>	
D.N.I : Edad                      Domicilio: , , Localidad: Código Postal:                      Provincia: Teléfono: Si el paciente es menor de edad, nombre del padre, madre o tutor: Si el paciente es menor de edad, nombre del padre, madre o tutor:	
<b>ASISTENCIA PRESTADA – DIAGNÓSTICO</b>	
Diagnóstico:	Nº DE COLEGIADO:  FECHA PRESTACIÓN ASISTENCIA: 22/05/2012 FIRMA
<b>NOMBRE FACULTATIVO</b>	
<b>NOMBRE ENFERMERA/DUE</b>	
El solicitante, se compromete a pagar la factura, si no presenta el documento justificativo de su derecho	<b>COMPROMISO DE PAGO</b> Fecha y firma  Fecha 22/05/2012
<b>IMPORTE</b>	
ASISTENCIA SANITARIA URGENTE	

Fuente: Ilustración obtenida del Informe de Yo Sí Sanidad Universal, 2013

**DOCUMENTO 3.**



**Fuente: Ilustración obtenida del Informe de Yo Sí Sanidad Universal, 2013**

## ANEXO 3: Registro de incidencias ODUSALUD.

Este formulario se encuentra disponible en formato electrónico en el blog ODUSALUD <http://odusalud.blogspot.com.es/>  
Si prefieres utilizar el soporte papel, una vez rellenado, puedes enviarlo a la entidad miembro de ODUSALUD a la que estás vinculadx.  
También puedes escanearlo y enviarlo a [odusalud@gmail.com](mailto:odusalud@gmail.com)

### REGISTRO DE INCIDENCIAS ODUSALUD

La finalidad de este cuestionario es recoger las incidencias en el acceso a la asistencia sanitaria pública gratuita que hayan detectado las personas integradas en entidades que forman parte de ODUSALUD. Los datos registrados se procesarán con todas las garantías de privacidad.

\* Necessari

#### ODUSALUD

OBSERVATORIO DEL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA

#### 1) Entidad que registra la incidencia \*

Seleccione de que entidad miembro de ODUSALUD forma usted parte

En caso de tratarse de otra entidad, por favor, escriba cuál

#### 2) Identificación de la persona afectada por la incidencia \*

Número de expediente interno de la organización. No se debe registrar ningún dato en esta casilla que permita la identificación externa del paciente. Si usted no forma parte de ninguna entidad u organización, le sugerimos que establezca algún sistema que le permita identificar sus notificaciones (por ejemplo: sus letras iniciales y un número de orden: JPR001).

#### 3) País de procedencia \*

En caso de tratarse de otro país, por favor señale cuál

#### 4) Sexo \*

- Hombre  
 Mujer  
 Transexual

#### 5) Edad \*

#### 6) Situación administrativa de la persona afectada por la incidencia \*

- Nacionalidad española  
 Residente comunitario Unión Europea  
 Extranjero/a SIN permiso de residencia  
 Extranjero/a CON permiso de residencia  
 Extranjero/a CON permiso de residencia y trabajo  
 Solicitante de asilo  
 Víctima de trata  
 Altres:

**7) Fecha en la que se produce la incidencia \***

Por favor especifique día o al menos, mes y año

**8) Tipo de centro en el que se produce la incidencia \***

**9) Nombre del centro \***

Por favor escriba el nombre del centro en el que se produce la incidencia

**10) Municipio \***

**11) Tipo de incidencia \***

- Negativa a la expedición de la nueva tarjeta o documento análogo
- Negativa a la renovación de la tarjeta sanitaria o documento análogo
- Negativa a la atención en atención primaria o asistencia especializada
- Negativa a la atención de urgencia
- Exigencia de firma de compromiso de pago para facturación de asistencia
- Dificultad/Imposibilidad de acceso a medicamentos por motivo económico
- Aitres:

**12) Situaciones especiales \***

Por favor, indique si la persona a asistir

- Es menor de edad
- Es una embarazada o ha dado a luz hace menos de 8 semanas
- Padece una enfermedad contagiosa
- Padece una enfermedad mental
- No se encuentra en ninguna de estas situaciones

**13) Descripción de la incidencia \***

Por favor describa con detalle la situación producida

**14) Solicitada inclusión Programa protección de la salud/Convenios de Asistencia \***

- Sí solicitada
- No solicitada
- No se sabe

**15) Aceptada inclusión en Programa protección de la salud/Convenios de Asistencia \***

- Sí ha sido aceptado en el Programa o asistencia por convenios especiales
- NO ha sido aceptado en el Programa o asistencia por convenios especiales

NO se sabe

**16) Resultado de la intervención \***

Por favor describa el desenlace de la incidencia

**17) Persona que registra la incidencia \***

Por favor indique su nombre y forma de contacto (email o teléfono). ODUSALUD le garantiza absoluta confidencialidad y privacidad de sus datos. ODUSALUD sólo se pondrá en contacto con usted, en caso de precisar alguna aclaración sobre la incidencia registrada

**18) Ocupación de la persona que registra la incidencia \***

- Voluntario/a de ONG u otra entidad
- Trabajador/a social
- Médico/a
- Enfermero/a
- Personal administrativo y de admisión
- Otros:

**19) Autorización del paciente para dar difusión a esta incidencia \***

Por favor, pregunte al paciente si presta su consentimiento para que esta incidencia se facilite a prensa u otros medios de difusión. NO OLVIDE QUE ODUSALUD NO DISPONE DE DATOS IDENTIFICATIVOS DE LAS PERSONAS SOBRE LAS QUE SE NOTIFICA LA INCIDENCIA, COMO GARANTIA DE SU DERECHO AL ANONIMATO Y LA INTIMIDAD. EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A ESTA PREGUNTA, ODUSALUD PEDIRIA SU CONSENTIMIENTO EXPRESO DE NUEVO A TRAVES DEL PROFESIONAL, EL VOLUNTARIO O LA ENTIDAD QUE REGISTRA LA INCIDENCIA

- Sí da su consentimiento para difundir la incidencia en medios de comunicación
- NO da su consentimiento para difundir la incidencia en medios de comunicación
- NO responde a este respecto

**20) Por favor describa los inconvenientes o problemas que ha encontrado al cumplimentar este formulario**

Ayúdenos a mejorar este cuestionario y la calidad de la información que recoge. ESTA ES LA ÚLTIMA RESPUESTA DEL CUESTIONARIO. POR FAVOR HAGA CLIC EN ENVIAR DESPUÉS DE CONTESTARLA.

EL DERECHO A LA SANIDAD DE LOS INMIGRANTES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: UNA  
PROPUESTA DE MEJORA