



La reforma sanitaria 2

Para conocerla a fondo



Índice

1. Un poco de historia	03
2. La reforma del sistema sanitario	06
La cartera de servicios	07
Prestaciones de repago	08
Asegurados y beneficiarios	09
3. Tres ejes que suponen un cambio de modelo ..	11

Introducción

Este cuadernillo es el n.º 2 de una serie de materiales de apoyo a la estrategia frente a la reforma del sistema sanitario que, como bien sabéis, ha supuesto un duro golpe para los colectivos más desfavorecidos y para todos los ciudadanos.

Con él pretendemos profundizar en los contenidos de la reforma, conocerla un poco más a fondo como medio para motivar nuestra acción de acompañamiento y denuncia de esta nueva situación que viene a sumarse a muchas otras.

Está pensada no tanto como un cuadernillo para su divulgación masiva, sino como un instrumento formativo para aquellas personas que lo demanden y necesiten. Esperamos que os sea de utilidad.

1.

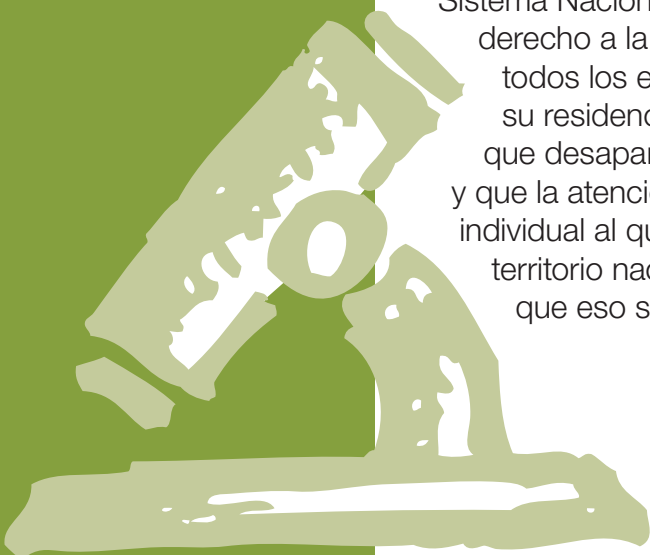
Un poco de historia

Durante los años setenta y ochenta se consolida en España un sistema de prestaciones sanitarias, adscrito al sistema de Seguridad Social, que tenía como características:

- Estaba centralizado a nivel nacional.
- Estaba basado en un sistema contributivo, es decir, cubría a aquellos afiliados que cotizaban y a sus familiares más cercanos (hijos, cónyuge y dependientes directos).
- Por tanto se financiaba con las cuotas de trabajadores y empresarios.
- En torno a 1978, cubría aproximadamente al 80% de la población.
- Para los no cubiertos, existía un subsistema de beneficencia, muy desigual y de muy baja cobertura, que dependía de los ayuntamientos.

En 1978, la Constitución consagra el derecho a la salud, a la par que desarrolla un modelo territorial descentralizado: el Estado de las autonomías. Ambos elementos afectan al sistema de salud.

En 1986 se aprueba la ley general de Sanidad, se crea el Sistema Nacional de Salud, en ella se dice que «son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional» (art. 1). Esto significa que desaparecen los conceptos de afiliado y de beneficiario, y que la atención sanitaria pasa a convertirse en un derecho individual al que se accede por el hecho de «residir» en el territorio nacional. No obstante, desde que se legisla hasta que eso se convierte en realidad transcurre un tiempo.



En 1999 se decide desvincular definitivamente la financiación del Sistema Nacional de Salud de las cotizaciones a la Seguridad Social.

El proceso de transferencia de competencias sanitarias a todas las comunidades autónomas (excepto Ceuta y Melilla) culmina en 2002.

Se sigue financiando a través de las cotizaciones y determina una serie de prestaciones sanitarias que han de aspirar a crecer (ser más) y a extenderse (cubrir a más personas). Igualmente se abre la puerta al proceso de descentralización, transfiriendo poco a poco las competencias hacia las comunidades autónomas.

En 1989 se extiende el derecho «a las prestaciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los españoles que tengan establecida su residencia en territorio nacional y carezcan de recursos económicos suficientes» (R. D. 1088/1989), entre otros, aquellos que estuvieran atendidos desde el sistema de beneficencia municipal, asimilándolos, a efectos de la prestación sanitaria, a la situación de alta en la Seguridad Social en el régimen ordinario (como si fueran trabajadores por cuenta ajena).

En 1999 se decide desvincular definitivamente la financiación del Sistema Nacional de Salud de las cotizaciones a la Seguridad Social, pasando a ser financiado por los impuestos directos (IRPF) y los indirectos (impuesto sobre hidrocarburos estatal y, en algunas comunidades autónomas, el conocido como céntimo sanitario, así como un porcentaje del IVA).

El proceso de transferencia de competencias sanitarias a todas las comunidades autónomas (excepto Ceuta y Melilla) culmina en 2002, quedando en la Administración central únicamente la competencia de reconocer el derecho a la asistencia sanitaria (gestionar la tarjeta sanitaria) en manos del INSS. A nivel general existe una cartera común de servicios, que todas las comunidades han de aplicar, pero esto no es obstáculo para que aquellas que así lo decidan aumenten la cantidad de prestaciones que en su territorio se conceden.

En cuanto al tema de la prestación farmacéutica, antes de la reforma que vamos a estudiar, la situación era que todos los que disponían de tarjeta sanitaria abonaban un 40% del precio del medicamento, excepto los pensionistas, que no abonaban nada, y los enfermos crónicos, que lo hacían en un 10% con un tope de 2,64 euros por envase.

En lo que tiene que ver con las personas en situación irregular, antes de la entrada en vigor de esta reforma, con diferentes vaivenes, con el único requisito de estar empadronados, accedían a la tarjeta sanitaria, lo que les daba la misma cobertura de atención sanitaria que al resto de la población, pero no acceso a la prestación farmacéutica.

En resumen, podríamos decir que antes de la reforma el Sistema Nacional de Salud tenía como características:

- Es universal, es decir, se trata de un derecho de toda persona residente, con independencia de cualquier otro factor. Esta universalidad no es de aplicación, no obstante, en la prestación farmacéutica, de la que las personas en situación irregular están excluidas.
- Está descentralizado, es decir, la gestión depende de las diferentes comunidades autónomas, con la excepción de Ceuta y Melilla, lo que hace que exista una cartera común y obligatoria, pero luego las CC. AA. pueden desarrollar nuevas prestaciones para los residentes, así como normas y desarrollos de cuestiones no contempladas en la normativa estatal.
- Es público, es decir, la garantía de este derecho depende directamente de las diferentes administraciones públicas, la inmensa mayoría de los recursos, tanto materiales como humanos, dependen directamente de ellas, si bien, mediante conciertos, también intervienen, excepcionalmente, entidades privadas.
- Es gratuita, en el sentido de que no hay cobro directo a quien lo utiliza, con la excepción del porcentaje de la prestación farmacéutica. Pero no es gratis, en tanto está financiada por los impuestos directos e indirectos. Es un sistema sostenido por todos, proporcionalmente en el caso de los impuestos directos (paga más quien más tiene) e igualitario en los indirectos (todos pagamos lo mismo a la Sanidad por poner gasolina en el coche o comprar el pan).

De todo esto resulta un sistema que, si bien tenía dimensiones claramente mejorables, mantenía unos niveles de protección muy altos, probablemente, según muchos estudios independientes, de los mejores del mundo.



2.

La reforma del sistema sanitario

En este material vamos a acercarnos a los aspectos más relevantes de la reforma del sistema sanitario, no desmenuzaremos en todos sus detalles su contenido, eso lo haría muy largo y tedioso, y estos están siempre accesibles para su consulta posterior. Nos quedaremos con las dimensiones que más nos afectan, bien en nuestro trabajo cotidiano, bien para la adecuada comprensión de estos efectos y de otros que el futuro nos pueda deparar.

Como una primera aproximación, podríamos decir que la reforma plantea tres grandes cambios: 1) divide la cartera de servicios en tres categorías; 2) incrementa la cantidad de prestaciones en las que el usuario ha de pagar (todo o parte), así como la cuantía de estos pagos, y 3) recupera las figuras de asegurado y beneficiario.

Veámoslos uno por uno, aunque, todos ellos, forman un todo interrelacionado.



La cartera de servicios

La legislación anterior recogía una única cartera de servicios, susceptible de incremento por las comunidades autónomas. Cartera única para la que se establecían algunas excepciones en cuanto a su gratuidad (esencialmente farmacia y ortoprótesis). La reforma comienza por dividir esta cartera en tres categorías.

- 1. Básica de servicios asistenciales:** Comprende las actividades de prevención, diagnóstico, rehabilitación, transporte sanitario urgente que se realizan en los centros sanitarios y sociosanitarios. Incluye los servicios de los centros de salud, de los centros de especialidades, hospitales, las urgencias domiciliarias... **Está cubierta de forma completa con fondos públicos. (Lo usuarios no pagan nada).**
- 2. Suplementaria:** Incluye las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente. **Está sujeta a la aportación del usuario. (Los usuarios pagan parte de su coste).**
- 3. Servicios accesorios:** Sin tener carácter de prestación, se consideran de apoyo y ayuda para mejorar las patologías crónicas; **están sujetas a aportación o reembolso del usuario. (Los usuarios pagan parte o todo su coste).**



Prestaciones de repago

En primer lugar desaparece la posibilidad de la financiación al 100% de las prestaciones ortoprotésicas. En el sistema anterior había que pagarlas primero y reclamar después la devolución, que en algunos casos podía llegar al 100%.

Se añade el transporte sanitario no urgente (las ambulancias para personas imposibilitadas para usar otro medio de transporte en los desplazamientos hacia o desde los centros de tratamiento) a las prestaciones que el usuario ha de pagar, aplicándosele los mismos criterios que al pago farmacéutico.

El pago de los productos farmacéuticos se altera y se establece un sistema de porcentajes diferentes en función de la renta. Disminuye sustantivamente el número de personas que no han de pagar nada.

- Un 60% del precio para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros anuales.
- Un 50% del precio para usuarios y beneficiarios cuya renta anual oscile entre los 18.000 y los 100.000 euros.
- Un 40% para el resto de los asegurados y beneficiarios en edad activa.
- Un 10% para los pensionistas, excepto si ganan más de 100.000 euros al año.

Para el caso de los pensionistas, y de un grupo de medicamentos para enfermedades crónicas y graves (por ejemplo: insulina, tratamiento del sida o del cáncer...), se aplicarán unos topes mensuales que se actualizarán anualmente con el IPC:

- Pensionistas por debajo de 18.000 euros, el tope es de 8 euros.
- Pensionistas entre 18.000 y 100.000 euros, el tope es de 18 euros.
- Pensionistas de más de 100.000 euros, el tope es de 61 euros.
- Para los medicamentos especiales, el tope se fija en 4,2 euros.

También existen colectivos exentos del pago, es decir, aquellos que no han de pagar nada por las medicinas:

- Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- Personas perceptoras de rentas de integración social.
- Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.



Asegurados y beneficiarios

Por último, la reforma recupera la figura del afiliado (ahora denominado asegurado) y de sus beneficiarios, que, como ya comentamos, se había extinguido con la entrada en vigor de la ley general de Sanidad. Son personas aseguradas:

- **Trabajadores por cuenta ajena o cuenta propia**, afiliados a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
- **Pensionistas** del sistema de la Seguridad Social.
- Perceptoras de cualquier otra **prestación periódica de la Seguridad Social**, incluidas la **prestación y el subsidio por desempleo**.
- Quienes hayan agotado **la prestación o el subsidio por desempleo y estén inscritos como demandantes de empleo**.
- **Personas con nacionalidad española, comunitarias o extranjeros titulares de una autorización de residencia que acrediten que no superan un límite de ingresos** (100.000 euros).
- Tengan nacionalidad española y residan en España (no afiliados a la SS ni perceptores de otra renta, y no ingresen más de 100.000 euros).
- Sean comunitarios o del Espacio Económico Europeo o de Suiza+ Registro de Extranjeros que no ingresen más de 100.000 euros.
- Extracomunitarios o apátridas con permiso de residencia que no ingresen más de 100.000 euros.
- Menores tutelados.

Son beneficiarios de un asegurado:

- Su cónyuge o pareja de hecho.
- Separada/o o divorciado/a a su cargo.
- Descendientes o asimilados (menores sujetos a tutela, acogimiento legal, hermanos) a su cargo menores de 26 años o que tengan una discapacidad igual o superior al 65%.



Con esta acción, la reforma deja fuera de la cobertura sanitaria normalizada a algunos colectivos, en concreto a aquellos que por alguna circunstancia no tengan regularizada su situación administrativa.

- *Indocumentados.*
- *Sin permiso de residencia.*

Las personas sin permiso de residencia tendrán derecho a la asistencia:

- *De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.*
- *De asistencia al embarazo, parto y posparto.*
- *En todo caso, los menores de 18 años, en las mismas condiciones que los españoles.*

Con esta acción, la reforma deja fuera de la cobertura sanitaria normalizada a algunos colectivos, en concreto a aquellos que por alguna circunstancia no tengan regularizada su situación administrativa.

- Indocumentados.
- Sin permiso de residencia.

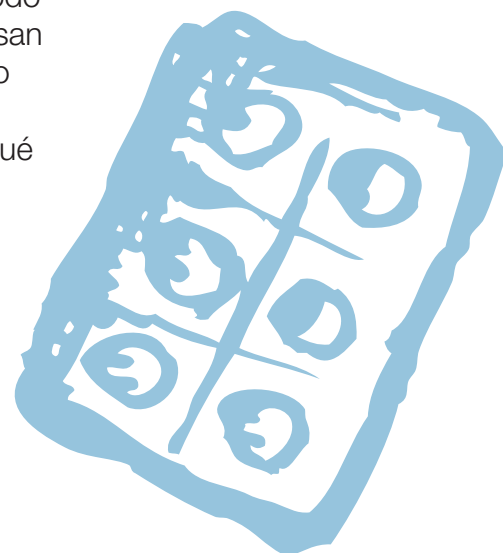
La norma prevé que para estas personas se articulará un convenio especial que, pagando, les dé acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Este asunto aún no está reglamentado, pero el proyecto de ley que proponen habla de más de 700 euros anuales, que se convierten en 1.200 si se es mayor de 65 años.

Las personas sin permiso de residencia tendrán derecho a la asistencia:

- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- De asistencia al embarazo, parto y posparto.
- En todo caso, los menores de 18 años, en las mismas condiciones que los españoles.

Se señalan también algunas situaciones especiales, que se regulan cada una por su normativa específica:

- Españoles de origen retornados.
- Residentes en el exterior desplazados temporalmente.
- Reglamentos comunitarios.
- Convenios internacionales.
- Solicitantes de protección internacional (solicitantes de refugio/asilo político en tanto su solicitud esté en trámite) y víctimas de trata en periodo de restablecimiento (mientras piensan si denuncian), que tendrán derecho a cuidados de urgencia y a tres situaciones que no se explica en qué consisten exactamente, definidas como: asistencia sanitaria necesaria; tratamiento básico de enfermedades; y atención médica o de otro tipo si tienen necesidades particulares.
- Personas con discapacidad.



3.

Tres ejes que suponen un cambio de modelo

Hasta aquí un resumen de los aspectos más destacables de la reforma del sistema sanitario. Hay más cosas, que también conviene conocer, pero que dejamos para otro material, pues se trata ya de cuestiones muy operativas que no son objeto de este material.

Nos queda una última reflexión que intente hacer una lectura de fondo y de conjunto de lo que esta reforma supone, en primer lugar, para las personas y colectivos más vulnerables, pero también para todos nosotros.

Los ejes de la misma son, como ya se dijo:

- 1.º Divide la cartera de servicios en tres categorías.
- 2.º Incrementa la cantidad de prestaciones en las que el usuario ha de pagar (todo o parte), así como la cuantía de estos pagos.
- 3.º Recupera las figuras de asegurado y beneficiario.



3. Tres ejes que suponen un cambio de modelo

Esto deja fuera de la cobertura normalizada del sistema de salud a uno de los colectivos ya de por sí más excluidos en nuestra sociedad.

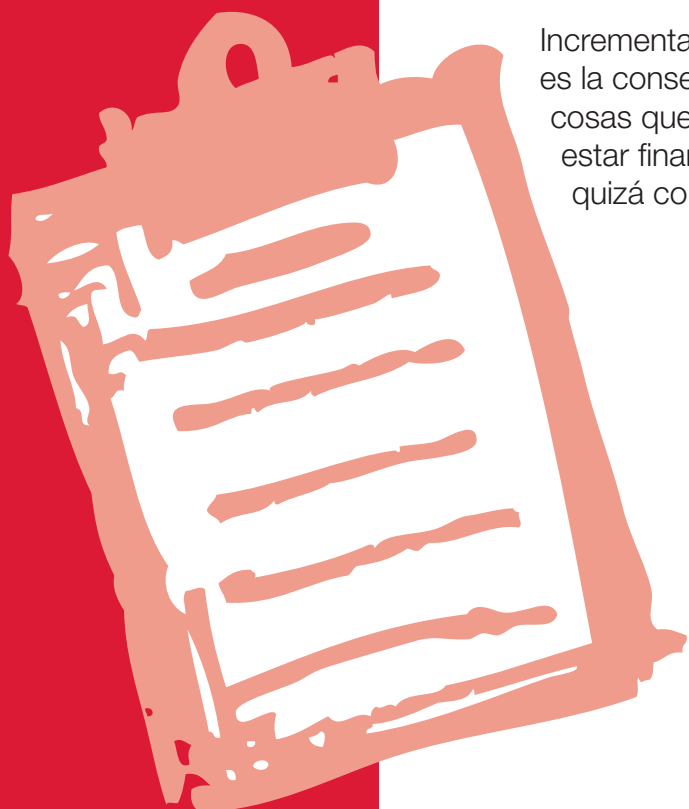
La primera y probablemente más sangrante consecuencia es que al hacer esto deja fuera de la cobertura normalizada del sistema de salud a uno de los colectivos ya de por sí más excluidos en nuestra sociedad. Reduciendo el concepto de ciudadano con derechos a aquellas personas que tienen una situación administrativa regular. Se incumple con ello la letra y el espíritu de la declaración universal de los derechos humanos.

Pero junto a esto, que de por sí es ya bastante grave, los tres ejes de la reforma son el inicio de un cambio de modelo en la comprensión del derecho a la salud, y, más allá, del modelo de civilización, del significado que le damos al hecho de vivir en sociedad.

Los tres ejes apuntan en la misma dirección. La división de la cartera de prestaciones marca una primera tendencia. Una única cartera con excepciones tiende a que todo lo que está comprendido dentro pueda llegar a ser financiado íntegramente. Una división de la cartera consolidaría un proceso en el que se renuncia a que deban estar financiadas íntegramente por el sistema las prestaciones comprendidas en el grupo 2 (prestaciones que llama suplementarias) y en el grupo 3 (prestaciones que llama accesorias).

Cabría hacer una pequeña reflexión sobre los nombres elegidos. Algo suplementario es aquello que no es «estrictamente necesario», que aplica un suplemento. Y algo «accesorio» es aquello que no es necesario en absoluto, aunque mejora el original. Llamar suplementarios a los medicamentos, o accesorio a lo que mejora la calidad de vida de un enfermo crónico, denota, cuanto menos, una intencionalidad dulcificadora.

Incrementar la cantidad y la intensidad de los pagos es la consecuencia lógica de lo anterior, si aquellas cosas que son suplementarias o accesorias no deben estar financiadas, es lógico que incrementemos, quizá como primer paso, su cantidad y su precio.



3. Tres ejes que suponen un cambio de modelo

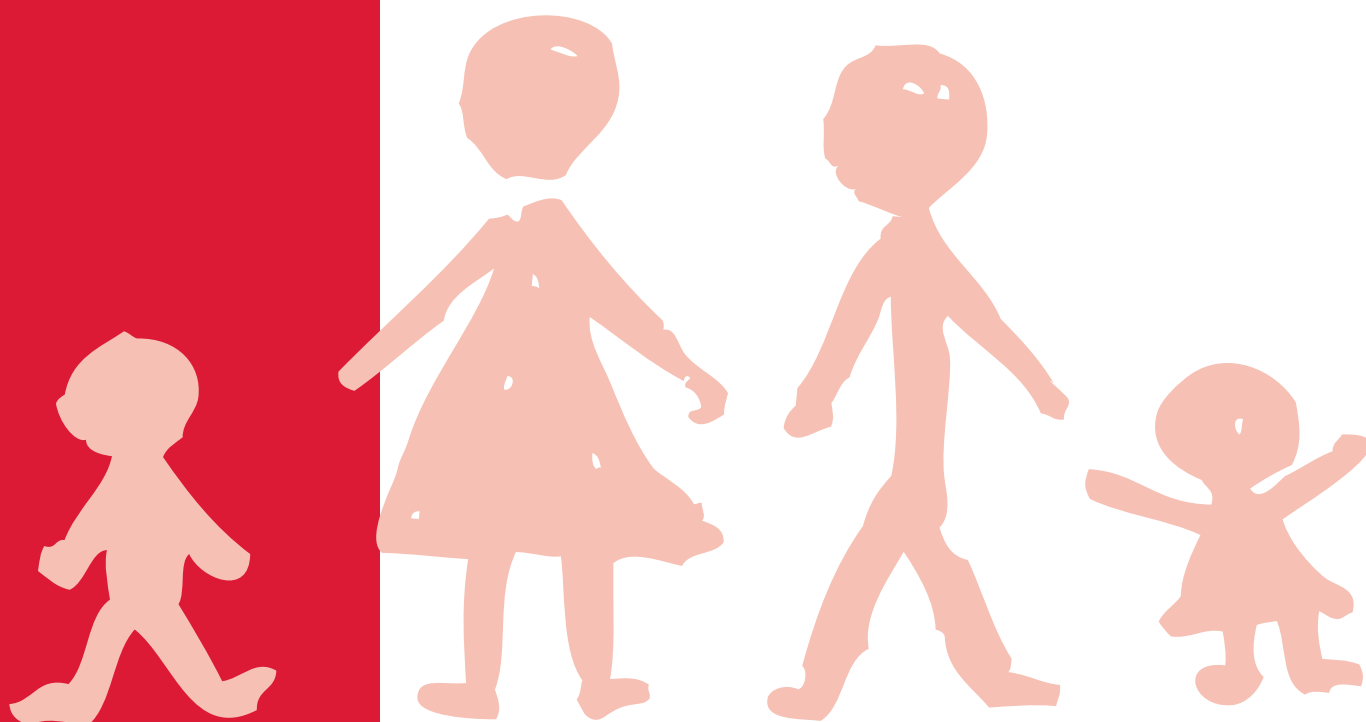
Nuestro modelo, que es el mismo que ha funcionado en toda Europa, se sustenta en una comprensión de que el hecho de vivir en sociedad significa que colectivamente aseguramos los riesgos individuales.

Y, en tercer lugar, recuperar las figuras del modelo preconstitucional de sanidad apunta en la dirección de volver a un sistema constituido por cotizantes-asegurados que relega a quien no lo es a un modelo sanitario de segunda categoría.

Tres ejes que, complementados con el proceso de privatización progresiva que algunas CC. AA. están emprendiendo, dando entrada en la gestión de la sanidad pública a empresas con claro ánimo de lucro, parecen apuntar hacia un cambio de modelo.

Conviene aquí recordar que el debate no gira en torno a la gratuidad o no, puesto que ni esto ni nada es gratis, se trata de determinar quién, cuánto y cuándo se paga. Un sistema de salud mantenido con impuestos supone que pagamos todos, a través del cumplimiento de nuestras obligaciones fiscales, usemos o no sus servicios. Un sistema radicalmente contrario sería aquel en que paga quien lo usa. El modelo que la reforma instaura es aún mixto (se paga de las dos maneras), pero podríamos comenzar a pensar si esta no es solo la primera de las que se avecinan de cara a caminar, lento pero seguro, hacia ese segundo tipo de modelo.

Y el debate sobre el modelo no es gratuito. Nuestro modelo, que es el mismo que ha funcionado en toda Europa, se sustenta en una comprensión de que el hecho de vivir en sociedad significa que colectivamente aseguramos los riesgos individuales, frente a otra comprensión que preconizaría el «sálvese quien pueda». Preguntarnos por cuál es el nuestro, cuál nos parece mejor, más adecuado, más solidario y más humanizador, no es una pregunta caprichosa, es la gran pregunta que todo esto nos pone delante.





Cáritas

Embajadores, 162
28045 Madrid
Tel.: 91 444 10 00
www.caritas.es



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA
Y LA JUVENTUD