

UNIVERSALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA Y COLECTIVOS DESFAVORECIDOS

Juan Siso Martín

*Profesor de Deontología Profesional y Legislación Sanitaria
Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Rey Juan Carlos*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. EL LARGO CAMINO A LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA
3. LAS VARIABLES ECONÓMICAS DE LA ASISTENCIA
4. EL REAL DECRETO 16/2012, DE 20 DE ABRIL
5. ¿COMIENZA UNA NUEVA ÉPOCA PARA LA UNIVERSALIZACIÓN?
6. REACCIONES A LA NORMA Y SU APLICACIÓN
7. UNA REFLEXIÓN PARA CONCLUIR

1. INTRODUCCIÓN

En cualquier sociedad evolucionada tienen la máxima importancia tres pilares sobre los que aquella se sustenta: La Educación, la Justicia y la Sanidad. Es inevitable, e incuestionable la importancia relevante de cualquiera de ellos, pero en particular del mencionado en tercer lugar, al sustentar los bienes jurídicos más preciados por las personas: su salud y su vida. Esta percepción evidencia la importancia de una adecuada planificación de la Sanidad, de la suficiente dotación de sus recursos y de la ejecución de las prestaciones sanitarias, por la valoración que alcanza en la ciudadanía y por el hecho de que, en consecuencia, debe constituir un objetivo prioritario de la acción pública.

2. EL LARGO CAMINO A LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

El derecho a la protección de la salud, concebido como derecho individual y ejercitable frente a los

poderes públicos tiene como primer hito histórico relevante, y comienzo de nuestra historia a la Ley de 14 de diciembre de 1942, creadora del llamado Seguro Obligatorio de Enfermedad. Marcó el comienzo de una bipartición de honda raigambre posterior en nuestro país: la Sanidad como prestación dirigida a la colectividad, por un lado y la asistencia sanitaria de la Seguridad Social como atención personal individualizada, por otro.

En el primer espacio se ubicaba institucionalmente la Dirección General de Sanidad (del, entonces, Ministerio de la Gobernación) y las administraciones provincial y local, para el ejercicio de toda aquella actividad sanitaria no asistencial. La asistencia sanitaria se gestionaría, en ejecución de la antes mencionada Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad, institucionalmente por el Instituto Nacional de Previsión, a partir de 1943.

A partir de ahí la asistencia sanitaria se dispensaba como una prestación de la Seguridad Social, para los afiliados a la misma, por causa de enfermedad común, accidente de trabajo o enfermedad profesional o maternidad. La atención sanitaria a los no afiliados, sin recursos económicos suficientes, se dispensaba a través de la red de la Beneficencia. Así permaneció esta cuestión hasta la nueva concepción introducida por la Constitución.

El artículo 43 de nuestra Constitución de 1978 recoge el mandato a los poderes públicos de regular cuantas cuestiones se deriven del reconocimiento constitucional del derecho de protección de la Salud para los ciudadanos. El expresado mandato ha venido cumpliéndose mediante la promulgación de disposiciones de rango legislativo y a través de otras disposiciones de inferior rango (por el Poder Ejecutivo).

vo) fundamentalmente de aplicación y desarrollo de las primeras.

Son las de rango legal aquellas que interesa mencionar ahora, por su mayor relevancia jerárquica, y sobre todo por el significado alcanzado en la historia normativa española de las últimas décadas.

- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica de Autonomía del Paciente.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública
- Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril de sostenibilidad del sistema

La Ley 14/1986, de 25 de Abril, de talante inequívocamente organizativo, tenía como cometido el sentar las bases del futuro Sistema Nacional de Salud, conjunto institucional que alcanzaría su definitivo desarrollo con la culminación del proceso transfereencial de las competencias sanitarias el 1 de Enero del año 2002. Su aportación, sin embargo, más importante, en la materia que nos ocupa, es la de desarrollar el derecho a la asistencia universal, apuntado en la Constitución y recogido en el artículo primero de dicha Ley. Trajo consigo, también, en su artículo 80 la supresión de la anterior Beneficencia, que recogía la posibilidad de dispensar asistencia a aquellas personas que carecieran de derecho a la misma por la Seguridad Social. Se instrumentaría, más adelante, normativamente esta cuestión mediante el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, que extiende la cobertura sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes. Hoy queda un colectivo residual, mínimo (calculado entre 90.000 y 180.000 personas) que han de financiarse la asistencia y que, resumiendo, puede decirse que son aquellos que sin estar encuadrados en alguno de los regímenes de Seguridad Social, disponen de recursos suficientes como para no poder ser incluidos en el campo de aplicación del R.D. 1088/1989. Es preciso dejar constancia de que la asistencia hoy, como consecuencia de lo expresado, viene siendo más que universal tendencialmente universalista, en el conjunto del territorio nacional.

En el curso de este progreso normativo, otra pieza de gran importancia es la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que tiene como objetivo el establecer las garantías de igualdad y homogeneidad entre los 17 Servicios

de Salud actualmente existentes, bajo la dirección y coordinación del Estado. Los instrumentos principales son, desde luego, la alta Inspección de Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud, ubicado en dicho Ministerio e integrado por el titular del Ministerio y los diecisiete consejeros autonómicos.

En el pasado reciente y dentro del modelo hasta ahora existente, de extensión de la cobertura sanitaria, la Ley 33/2011, General de Salud Pública definió la posibilidad de cerrar el círculo de la universalización, mediante la inclusión del antes citado colectivo de entre 90.000 y 180.000 personas que aún quedaban fuera de la asistencia sanitaria pública. Su potencialidad quedaba, sin embargo, limitada en el propio texto de la misma, cuando en su Disposición Adicional Sexta (Extensión del derecho a la asistencia sanitaria) condiciona este derecho “a la evolución de las cuentas públicas”.

Ha venido después el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, sobre medidas para garantizar la sostenibilidad del Sistema a ajustar las condiciones del derecho a la asistencia. Lo veremos más adelante. Veamos ahora el terreno que ha propiciado este giro.

3. LAS VARIABLES ECONÓMICAS DE LA ASISTENCIA

3.1 Del Estado Liberal al Estado Bancarrota

Un sistema de asistencia sanitaria cuasi universal y con un amplio abanico prestacional es indudablemente deseable, pero necesariamente caro. El Sector Público, el poderoso Sector Público, ha pasado de ser el instrumento de solución de los problemas sociales a constituir el principal problema de cualquier Estado de nuestro entorno sociocultural. Los dos grandes modelos de referencia, hasta ahora, del papel del Estado en las sociedades democráticas han sido el Estado Liberal y el Estado de Bienestar. Superados ambos y actualmente en la crisis del segundo de ellos se buscan referencias para construir un nuevo modelo de Estado. En realidad, seguramente, lo que ha entrado en crisis no ha sido el propio Estado de Bienestar sino la manera en la que históricamente se ha desarrollado aquel y, sustancialmente, el hecho de que en su desarrollo ya alcanzan voces manifestando que no podemos pagarlo. El Estado de Bienestar no es una forma de Estado, es una modalidad de una forma de Estado, concretamente del Estado Democrático de Derecho. Del Estado liberal hemos extraído

la separación entre los ámbitos de lo público y de lo privado, a lo que de inmediato hemos añadido la supremacía de lo público y hemos asignado al Estado el papel de gestor de sus intereses y el reconocimiento de sus ilimitadas capacidades para resolver, por si mismo, el conjunto de los problemas sociales. Esta concepción del Estado que hace suyos los problemas sociales y dispone, de forma omnipotente, de las soluciones nos ha llevado al espejismo del Estado Providencia como garante del remedio de cuantas necesidades surgen para el conjunto de la ciudadanía y conseqüidor máximo de soluciones.

La consecuencia indeseada de estas premisas es que la única forma de dar respuesta a estas necesidades, en continuo e imparable crecimiento, es disponer de más recursos públicos, también en creciente cuantía. Esta tendencia sólo es posible sostenerla mediante el incremento de la presión fiscal para obtener la financiación y el límite lo tenemos ya a la vista.

3.2 El protagonismo del sector público

Es antigua la idea de la bondad intrínseca de lo público para la resolución de las cuestiones públicas. En este terreno no es difícil el asiento conceptual de la autosuficiencia y el paternalismo del sector público. Este sector genera importantísimos gastos en su funcionamiento haciendo cierta la afirmación del profesor Fuentes Quintana de que gobernar es gastar y con ello de que la capacidad de gestión y gobierno dependen siempre del presupuesto disponible para ello.

Esta concepción acumulativa e incrementalista del Estado solamente es sostenible en un crecimiento económico continuado y progresivo, como ha quedado expresado recientemente. Así las cosas y en el descontento de las clases sociales más desfavorecidas aparecen, irremediablemente, las dudas acerca de la sostenibilidad del sistema y explican modelos normativos orientados a lograr la suficiencia económica, siempre en entredicho.

3.3 El sistema de las prioridades

El gasto sanitario es tendencialmente ilimitado y la presupuestación del mismo necesariamente limitada. Ante esta inevitable controversia surge la ineludible necesidad del sector público de actuar en pro de la sostenibilidad del sistema. En la certeza de unas posibilidades limitadas las posibilidades son claras en las opciones siguientes:

- a) Limitar el número de beneficiarios de las prestaciones.
- b) Reducir el número o el contenido de aquellas.
- c) Introducir mecanismos de financiación por los beneficiarios.
- d) Optimizar la gestión del sistema.

Veamos, siquiera de forma somera, estos apartados aquí expuestos:

a) Limitación del número de beneficiarios.

España ha pasado varias etapas en lo relativo al acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Ha sido, evidentemente éste un campo en el que se ha expuesto con notoria claridad la impronta del progreso social. Han pasado ya casi setenta años de aquel Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1943, incuestionable jalón de progreso en la sociedad de entonces. Junto con otros seguros (vejez, invalidez...) dejó paso a un sistema integral de Seguridad Social, consolidado normativamente en la Ley General de 1974 de todos conocida. En aquel momento, aún, se encontraba ligada la condición de beneficiario a las prestaciones de Seguridad Social (asistencia sanitaria entre ellas) a la de cotizante del sistema, básicamente como trabajador. El hito fundamental lo marcó la Constitución de 1978 con la inserción, en su artículo 43, del derecho universal a la asistencia sanitaria. La Ley General de Sanidad, por su parte, en el artículo primero de su texto, reafirmaría este reconocimiento y sentaría las bases futuras de uno de los principios más relevantes de nuestro orden jurídico. Completarían esta trayectoria, como hemos visto, la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad y la Ley 33/2011, General de Salud Pública. Con esta base normativa el número de beneficiarios de la asistencia, ahora ya por su sola condición de ciudadanos, ha venido siendo creciente.

b) Reducir el número o el contenido de las prestaciones.

Se dispone, a este respecto, de una garantía normativa. La Constitución garantiza el derecho a la protección de la salud, lo cual constituye un derecho a derechos y que se materializa en la exigibilidad del contenido de las prestaciones, necesaria concreción de aquel derecho. Es preciso destacar que esa cartera prestacional es una mención de

mínimos, un suelo infranqueable hacia abajo, evidentemente, pero siempre superable, hacia arriba, por los Servicios de Salud autonómicos. Cada Comunidad, en el ejercicio de sus prioridades, decide acometer mejoras en diversos campos de acción social y puede priorizar la Sanidad sobre la Educación o ésta respecto de las obras públicas, por ejemplo. El repertorio es amplísimo y dentro, incluso, de la sanidad existen opciones diversas en el espacio territorial español. La cirugía transexual o las financiaciones complementarias de los fármacos son claros ejemplos de ello.

c) Mecanismos de financiación por parte de los beneficiarios.

Hay pocos asuntos, en el terreno de la Sanidad, tan controvertidos como éste de la aportación económica por parte de los preceptores de las prestaciones sanitarias. El planteamiento básico en España es el de una Sanidad gratuita y universal. A partir de esto se muestra extremadamente difícil degradar cualquiera de estas cualidades del sistema. La universalidad resulta un valor básico en el actual estado normativo, o más exactamente la tendencia universalista de la asistencia. Se valoran, pues, las correcciones financieras en lo que atañe a la gratuidad, a lo que Costas Lombardía llamaba “la cruel ilusión de la gratuidad del sistema”. Las opciones presentadas se asientan en la coparticipación en el gasto sanitario y se encuentra actualmente operativas en las prestaciones de dar, es decir en aquellas en las que la prestación que recibe el ciudadano es un producto, no una acción. Es el caso de los fármacos, a través de la aportación económica porcentual de los trabajadores, o de las prestaciones ortoprotésicas en lo relativo a la participación que los beneficiarios tienen en el precio de las mismas. El nuevo planteamiento surge al introducir una aportación de los ciudadanos, usuarios de la asistencia sanitaria, por la utilización de la misma en el terreno de las prestaciones de hacer. Admite diferentes formas como el llamado ticket moderador o el copago, sistemas ambos que tienen como orientación, respectivamente, el reducir en lo posible una demanda sanitaria creciente y no siempre razonable o ayudar económicamente a la financiación de las prestaciones.

d) Optimizar la gestión del Sistema

El gestionar un sistema que garantice la atención sanitaria para todos, sin coste para sus beneficia-

rios, y con un contenido prestacional suficiente es cada vez más difícil de sostener, en el aumento progresivo del número de beneficiarios, que consumen prestaciones durante más tiempo y en uso de una Medicina más tecnificada y más cara. Los gestores redoblan sus esfuerzos para administrar los recursos y optimizar el sistema. Se combinan y relacionan los distintos niveles de la autoridad sanitaria, la compra y la provisión de los servicios, se implementan nuevas formas de gestión de las organizaciones sanitarias en la continua inquietud de alcanzar el “todo para todos y gratis”. ¿Será éste el espejismo inalcanzable hacia el que caminamos alucinados por la fiebre de nuestra imparable exigencia al Estado?

La regulación más actual, dirigida a preservar la sostenibilidad del sistema sanitario, ha incidido en todos estos apartados, con el objetivo de garantizar los resultados que pretende, como enseguida veremos.

En este estado de cosas quiero, sin embargo, aportar ahora unas reflexiones, no me atrevo a llamarlas recomendaciones, extraídas del análisis de los expertos y de la experiencia internacional, en orden a garantizar la viabilidad (me cuesta hablar de sostenibilidad) del sistema.

- Delimitar de forma inequívoca, con la participación de los ciudadanos, el elenco de las prestaciones intocables que deben de quedar integradas, inexcusablemente, por aquellas inasequibles en su coste para un beneficiario de economía básica.
- Fijar el rango de priorización del abanico prestacional en el conjunto del Estado, con el objeto de eliminar disparidades regionales en asuntos básicos. El papel del Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobra decir, es en extremo relevante en este aspecto.
- Es imprescindible lograr una fidelización de los profesionales. Conseguir el “ganarles para la causa”. Sin esto nada es posible ya que se encuentra en sus manos la administración del gasto. Son el más próximo y principal elemento de optimización del sistema. Reformas legales, reordenaciones organizativas, implicaciones de los usuarios, nada de todo esto es eficaz si no se logra implicar a los profesionales.

- Delimitar los principios éticos del sistema. Esta recomendación es la más relevante de todas ellas en cuanto que constituye el necesario sustrato ontológico del sistema. Identificar qué valores se protegen y qué finalidades se persiguen, situando al ciudadano como objetivo de la acción pública, evitando a las Administraciones la fácil tentación de creerse un fin en sí mismas.

4. EL REAL DECRETO 16/2012, DE 20 DE ABRIL

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

En la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se declara que: ...la reforma tiene como objetivo fundamental garantizar la sostenibilidad del sistema, preservando siempre el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud y asegurando que la asistencia sanitaria española sea universal, pública, gratuita y de la máxima calidad... la reforma es fruto de un gran acuerdo entre el Estado y las Comunidades Autónomas, que garantiza la viabilidad del Sistema Nacional de Salud para los ciudadanos de hoy y para las generaciones futuras...

Afecta este Real Decreto Ley a un importante repertorio de normas de nuestro sistema jurídico, directa o indirectamente. Se señalan las más notorias:

- Decreto 2065/74, Ley General de la Seguridad Social
- Ley 4/2000, de 11 de enero, de Derechos y Libertades de los Extranjeros en España
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario del SNS
- Ley 29/2006, de 29 de julio, de Garantías y Uso Racional del Medicamento
- Real Decreto 29/2007, sobre Entrada, Libre Circulación y Residencia de Extranjeros.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

El Real Decreto Ley 16/2012 recoge una serie

de variaciones de primera importancia en numerosos asuntos de la relación de los pacientes con el Sistema Sanitario, como declara el Ministerio del ramo en la web antes referida.

- Universalidad de la asistencia
- Cartera común de servicios
- Prestación farmacéutica y cartera suplementaria
- Medidas de eficiencia
- Ordenación de los recursos humanos
- Sector sociosanitario

El propósito de estas páginas va, solamente dirigido a la universalización de la asistencia y a la evolución que ha experimentado, por lo que me ceñiré a ello en esta exposición.

4.1 El derecho a la asistencia sanitaria

Recoge esta norma los siguientes grupos, diferenciando la asistencia a dispensar a españoles de la que deben recibir quienes no tienen esta nacionalidad:

Ciudadanos españoles

- ASEGURADOS
 - Trabajadores por cuenta propia o ajena
 - Pensionistas
 - Perceptores de prestaciones periódicas
 - Demandantes de empleo, inscritos como tales
- BENEFICIARIOS
 - Cónyuge del asegurado o persona en situación afectiva equivalente
 - Excónyuge del asegurado
 - Descendientes menores de 26 años o mayores con discapacidad igual o sup. al 65%

Extranjeros, inmigrantes y turistas

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

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

Residen actualmente en España unos 5.800.000 extranjeros, de los cuales se encuentran regularmente en nuestro país aproximadamente 5.340.000. El número de irregulares se obtiene cruzando el Padrón, con el Registro Central de Extranjeros. El primero arroja unos 460.000 más que el segundo, de los cuales son comunitarios unos 310.000, de lo que se deduce que la cifra de inmigrantes en situación irregular podría ser de unos 150.000.

Precisamente éstos últimos que, aún encontrándose empadronados, estén en situación de irregularidad, si no logran regularizarse, perderán la tarjeta sanitaria el 1 de agosto 2012.

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

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

5. ¿COMIENZA UNA NUEVA ÉPOCA PARA LA UNIVERSALIZACIÓN?

La trayectoria comenzada con el artículo 43 de la Constitución, de acceder a la asistencia por la sola condición de ciudadano necesitado de la misma, fue completándose y concretándose en la Ley 14/1986,

General de Sanidad, La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y quedó completada con la reciente Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública en su propósito de extender la asistencia sanitaria pública a unos 180.000 ciudadanos que aún quedan fuera de ella.

Esta trayectoria, bajo los principios de universalidad, solidaridad, gratuidad y equidad, conformaban un sistema modélico y tomado como referente mundial. La situación actual y un cambio de paradigma han motivado la concepción asistencial de la nueva norma.

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

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

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

6. REACCIONES A LA NORMA Y SU APLICACIÓN

En el espacio autonómico la aceptación de la nueva norma y de las modificaciones que introduce no ha sido uniforme. Andalucía y el País Vasco han manifestado en la Comisión Delegada del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud su desacuerdo con el nuevo estatus de asegurado o no asegurado que recibirán todos los españoles a partir del 1 de julio. “Se trata de un conflicto de terminología, en línea con su oposición plena al Real Decreto 16/2012”, En cualquier caso, el resto de comunidades aprobará que se elimine la categoría de ciudadanos “sin recursos” y que los mayores de 26 años que no hayan cotizado sean asegurados y no “beneficiarios”. Las posiciones están encontradas y por diversos motivos hay enfrentamiento a la norma, completo en el caso de Cataluña, por entender que se invaden competencias autonómicas propias o declaraciones de inaplicación como en el caso del País Vasco. Se fijan posturas en diversas autonomías, por otra parte, para reembolsar a los pensionistas diversos importes de la aportación farmacéutica que ahora tendrán que hacer. En el otro extremo, de aceptación de la nueva norma, la comunidad Navarra considera que ni es inconstitucional ni invade competencias autonómicas.

No hay aceptación decidida, tampoco, en protagonistas muy destacados de la Sanidad Nacional o del Derecho, como es el caso de la Organización Médica Colegial o del Consejo General de la Abogacía.

El propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, consciente del impacto social que ha suscitado la norma, con la impresión de retroceso y desprotección a determinados sectores ha insertado en su web, bajo el título: Todos los españoles tienen garantizado el derecho a la asistencia sanitaria gratuita con el nuevo Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril, unas matizaciones acerca de cómo pueden obtener su tarjeta sanitaria los mayores de 26 años, no trabajadores, o aquellas personas denominadas rentistas. Se condiciona el derecho a la asistencia como persona sin recursos a la no obtención de determinados niveles de renta, por determinar, pero que se anuncian muy elevados con el objeto de dar acogida casi general a la asistencia para quien la necesite. Suavizando el rigor de la letra de la norma para los ciudadanos españoles, queda patente su dureza para los colectivos de extranjeros no regularizados y para los turistas con menos de tres meses de residencia en España, respecto de cuya situación a efectos del derecho a la asistencia no se hace paliativo alguno.

7. UNA REFLEXIÓN PARA CONCLUIR

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

Se endurece considerablemente el acceso a la atención sanitaria a inmigrantes que carecen de condiciones para obtenerla por otra vía que la asistencia pública. ¿Cómo enfrentarán una demanda de asistencia, de estas personas desasistidas, los profesionales del Sistema Nacional de Salud, a la luz de sus códigos deontológicos? ¿Qué consecuencias de salud pública puede tener el hecho de no asistir una enfermedad contagiosa o transmisible en sus etapas iniciales, por carecer del derecho a la asistencia de su portador?

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

La Sanidad es una cuestión de Estado con una importancia que pocas otras tienen. Es necesario el compromiso de todos los factores que confluyen en ella y sobre todo lograr situarla al margen de la confrontación política. Los valores en juego merecen que el protagonismo tenga como referente al ciudadano, en cuanto usuario de los servicios sanitarios, en la constante inquietud de mantener o recuperar la atención sanitaria a la que, como seres humanos, tenemos legítimo derecho.