



CECOVA

Colegios de Enfermería de
Alicante, Castellón y Valencia

**Análisis del real decreto-ley 16/2012, de
20 de abril, de medidas urgentes para
garantizar la sostenibilidad del sistema
nacional de salud y mejorar la calidad y
seguridad de sus prestaciones**

Reforma del Sistema Nacional de Salud



Índice:

Introducción.....	5
Modificación del reconocimiento al derecho a la asistencia sanitaria en España.....	7
Reforma de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud.....	12
Fondo de Garantía Asistencial.....	14
Medidas en relación con la prestación farmacéutica.....	15
Medidas en materia de recursos humanos.....	19
Valoración.....	25

Análisis del real decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

1. INTRODUCCIÓN

El 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 publicado en el BOE de 24 de abril pretende “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”.

Se adoptan una serie de medidas de gran calado que suponen una transformación del sistema nacional de salud tal como lo conocemos actualmente mediante la utilización de la fórmula del real decreto ley.

Dada la grave crisis económica que vivimos actualmente se aprueba el mencionado Real Decreto-ley con la finalidad de obtener un ahorro aproximado de 7.000 millones de euros.

En el Real Decreto-ley 16/2012 de reforma del sistema nacional de salud se adoptan una serie de medidas reformistas sobre las siguientes materias:

- a) Derecho a la asistencia sanitaria pública.
- b) Cartera de servicios del sistema nacional de salud.
- c) Creación del fondo de garantía asistencial.
- d) Reforma de la prestación farmacéutica.
- e) Medidas en materia de recursos humanos.

Se aprovecha el Real Decreto-ley mencionado para modificar artículos de leyes y normas vigentes en relación al derecho a la protección de la salud destacando entre ellas las modificaciones que se efectúa sobre las siguientes leyes:

- a) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- b) Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- c) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- d) Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- e) Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

El Real Decreto-ley ha sufrido una corrección de errores publicado en el BOE de 15 de mayo de 2012.

El citado Real Decreto-ley requiere de desarrollo legislativo que se irá concretando en próximas fechas con la aprobación de disposiciones normativas diversas habiéndose adoptado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Sanidad celebrado el pasado 27 de junio algunos acuerdos que desarrollan aspectos del Real Decreto-ley estudiado que se especifican en este estudio.

En los siguientes apartados pasamos a realizar un análisis sobre las diversas materias que son objeto de modificación mediante el Real Decreto-ley 16/2012.

2. MODIFICACIÓN DEL RECONOCIMIENTO AL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA

El capítulo 1 del Real Decreto-ley 16/2012 se denomina “De la asistencia sanitaria en España” y viene a modificar el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud reformulando el derecho de acceso a la protección de la salud cambiando incluso la rúbrica (“titulares de derechos” por la “de la condición de asegurado”).

Se recupera el concepto de asegurado, un concepto que ya elimino la Ley General de Sanidad del año 1986, volviendo a vincular de nuevo el derecho al acceso de la protección de la salud en función de la vinculación de los ciudadanos con la Seguridad Social.

En concreto se modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud reflejando la redacción en relación al acceso a la situación de asegurado el siguiente contenido:

“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.
- 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.

..... ”.

Con esta nueva regulación nos encontramos con la posibilidad de que ciudadanos españoles queden fuera del derecho a la asistencia sanitaria, yendo en sentido contrario a lo establecido en la

Ley General de Sanidad de 1986 y sucesivas leyes que apostaban por la universalización de la asistencia sanitaria; de todas formas, debemos de mencionar que en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado el 27 de junio el Ministerio de Sanidad y los Consejeros Autonómicos de Sanidad aprobaron el Proyecto de Real Decreto por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario de la asistencia sanitaria, proyecto que reconocerá el derecho a la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos que hayan cotizado a la seguridad social aunque estén desempleados; y en cuanto a los mayores de 26 años que nunca hayan cotizado, tendrán la condición de titulares de la tarjeta por sí mismos, sin necesidad de ser beneficiarios de sus familiares con el único requisito de no superar unos ingresos de 100.000 euros anuales siempre y cuando el proyecto de Real Decreto mencionado se apruebe en los términos mencionados.

En relación con los ciudadanos extranjeros residentes en España debemos de relacionar la modificación de dos normas que realiza el mencionado Real Decreto-ley 16/2012, en concreto, la disposición final tercera que 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: "Derecho a la asistencia sanitaria. Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria" y lo manifestado en el artículo 1 del Real Decreto-ley donde se manifiesta que se añade un nuevo artículo 3 ter en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud dice: "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 puerperio.

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

Estas modificaciones legislativas suponen que los inmigrantes irregulares dejarán de ser beneficiarios de la tarjeta sanitaria a partir del 1 de septiembre de 2012 pudiendo beneficiarse de la asistencia sanitaria solamente en caso de enfermedad grave o accidente a partir de esa fecha (exceptuando a las embarazadas y los menores de edad que sí tendrán reconocido el derecho).

Esta medida de retirar el derecho a la asistencia sanitaria a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España es controvertida legalmente habiendo anunciado algunas Comunidades Autónomas la posible presentación de recursos de inconstitucionalidad en contra de esta disposición.

Otra mandato incluido en este apartado es el destinado a terminar con el conocido turismo sanitario que han practicado básicamente algunos ciudadanos de países de la Unión Europea que han venido a nuestro país a recibir tratamientos que no disfrutaban en sus países de origen. Para ello se ha modificado 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, estableciendo la trasposición de la Directiva Europea 2004/38 que establece una garantía al objeto de impedir que los ciudadanos de unos países puedan abusar del sistema asistencial de otros exigiendo a todo ciudadano de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo que quiera residir en España por un período superior a tres meses a disponer de “recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social en España durante su período de residen-

cia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España”; por lo tanto, a partir de ahora, se imponen nuevas condiciones a los ciudadanos de la Unión Europea que quieran residir en España dificultando el conocido “turismo sanitario”.

Por último, en relación con el derecho a la protección de la salud de los españoles residentes en exterior, la disposición final primera del Real Decreto-ley estudiado establece que 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 españolas, las del Estado de procedencia o de las normas o Convenios internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura.

3. REFORMA DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En el capítulo segundo del Real Decreto-ley 16/2012 se modifica el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se procede a articular la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en torno a tres modalidades: básica, suplementaria y de servicios accesorios, delimitando en cada caso las prestaciones que se incluyen en cada modalidad y su forma de financiación. Esta cartera común debe de aprobarse en el Consejo Interterritorial de Sanidad aprobándose mediante Real Decreto, estando vigente hasta entonces, en todo lo que no se oponga al Real Decreto-ley, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que fija en la actualidad su contenido.

Se establece que 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.

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

a) Cartera común básica que 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, siendo cubiertos de forma completa por la financiación pública.

b) Cartera común suplementaria que incluye todas las prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria: prestaciones farmacéuticas, ortoprotésica y con productos dietéticos, así como el transporte sanitario no urgente, estando sujetas a aportación por el usuario en los términos regulados para la prestación farmacéutica. Es de destacar que prestaciones hasta ahora financiadas de forma completa estarán sujetas a aportación por parte de los usuarios como el transporte sanitario no urgente.

c) Cartera común de servicios accesorios que incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas que no se consideran esenciales y/o 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.

Se establece también la posibilidad de que 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, destinando los recursos necesarios para asegurar su efectividad, y puediendo ampliarla con servicios complementarios, no incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema, para cuya aprobación será preceptiva la garantía previa de suficiencia financiera en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria, esto es, no se pueden incluir nuevas prestaciones si no están garantizadas presupuestariamente y además la Comunidad Autónoma no cumpla con los criterios de la estabilidad presupuestaria. Con anterioridad a la incorporación de algún servicio o prestación la Comunidad Autónoma deberá informar, de forma motivada, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

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 del contenido de la cartera común 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.

4. FONDO DE GARANTÍA ASISTENCIAL

A los problemas de financiación planteados en los casos en que la atención sanitaria es prestada en una Comunidad Autónoma a las personas residentes en otra distinta, se crea el Fondo de Garantía Asistencial que tiene como finalidad la compensación entre las Comunidades Autónomas y las 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.

Para poder 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.

La creación de este fondo era una reivindicación de la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana desde hace años ya que nuestra Comunidad es una importante receptora de turistas nacionales.

5. MEDIDAS EN RELACIÓN CON LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

Persiguiendo la austeridad y racionalización del gasto público, en el capítulo IV del Real Decreto-ley 16/2012, se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, adoptando medidas relacionadas con la prestación farmacéutica que incluyen cuestiones como la prescripción, precios o financiación, destacando entre ellas:

a) La posibilidad de prescripción de medicamentos y productos sanitarios que se hacía, y continúa realizándose por principio activo, por su denominación comercial cuando se respete el principio de mayor eficiencia para el sistema (que el medicamento sea más económico) y para el caso de medicamentos no sustituibles.

b) La actualización de la lista de medicamentos excluidos de la financiación pública, debiendo motivarse las exclusiones atendiendo a diferentes criterios entre los que se encuentra el estar indicados en el tratamiento de síntomas menores. En el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado el 27 de junio de 2012 se adoptó el acuerdo de excluir de la financiación pública un total de 426 fármacos pertenecientes a grupos terapéuticos diversos destacando la exclusión de algunos medicamentos utilizados en los siguientes tratamientos: exceso de secreción gástrica, estreñimiento, antidiarreicos, migraña leve, deterioro cognitivo asociado a la edad, hemorroides, varices, dermatitis del pañal, psoriasis, virosis tópica o superficial, tratamiento de la tos, de la sequedad ocular y otros tratamientos.

c) La inclusión del sistema de precios seleccionados consistente en un mecanismo por el que se fija un precio máximo para medicamentos y productos sanitarios sujetos a precios de referencia, de manera que de entre las propuestas presentadas por los laboratorios y empresas ofertantes que concurrirán con precios iguales o inferiores al precio establecido por el Ministerio, se seleccionará el mejor precio manteniéndose este durante dos años sin modificación; los productos sanitarios y/o medicamentos que superen ese

precio quedarán excluidos de la financiación del Sistema Nacional de Salud.

d) Pero sin duda, la medida más impactante en materia de prestación farmacéutica es la modificación del sistema de aportación de los usuarios en el pago de prestación farmacéutica. Hasta ahora el sistema consistía en que los pensionistas no tenían que hacer aportación alguna y el resto de beneficiarios, esto es, los activos realizaban una aportación del 40% del coste del medicamento. Con la modificación legislativa efectuada se establece que la aportación del usuario será proporcional a su nivel de renta (en función de la cantidad consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF), con arreglo a los siguientes porcentajes generales:

- El 60% del precio de venta al público para los asegurados que tengan una renta igual o superior a 100.000 euros.
- El 50% del precio de venta al público para los asegurados que tengan una renta igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros.
- El 40% del precio de venta al público para los asegurados que tengan una renta inferior a 18.000 euros.
- El 10% del precio de venta al público para los pensionistas, con excepción de los pensionistas que tengan una renta igual o superior a 100.000 que pagarán el 60%. En este supuesto el porcentaje general, con el fin de garantizar la continuidad del tratamiento, esta sujeto a topes máximos de aportación de:
 - 8 euros mensuales cuando la renta del pensionista sea inferior a 18.000 euros.
 - 18 euros mensuales cuando la renta del pensionista sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros.
 - 60 euros mensuales cuando la renta del pensionista sea superior a 100.000 euros.

El importe de las aportaciones que excedan de las cantidades anteriores será objeto de reintegro por la Comunidad Autónoma correspondiente con una periodicidad semestral. Esta situación generará dificultades a muchos ciudadanos pensionistas que deberán adelantar el total del 10% del coste de la totalidad de medicamentos que consuman mensualmente.

En el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado el 27 de junio de 2012 se ha adoptado el acuerdo de que los Servicios de Salud reintegrarán de forma automática las cuantías aportadas por los usuarios que superen el tope máximo de aportación mensual (8, 18 ó 60 euros) en la cuenta corriente donde el pensionista tenga domiciliada su pensión por lo que el usuario, en principio, no deberá realizar ningún trámite. En los casos de prescripción de medicación fuera de la Comunidad Autónoma donde resida el paciente si será necesario presentar las recetas y los tickets de pago para solicitar el reintegro. El reembolso se efectuará en un plazo de entre tres y seis meses.

De esta obligación de aportación en el pago de los medicamentos estarán exentos los siguientes colectivos:

- 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.

Para determinar la cuantía de la aportación de los beneficiarios el Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras, servicios comunes y entidades que colaboran con estas, no requiriéndose

el consentimiento del interesado, y también podrá el INSS recibir comunicación de la Administración tributaria competente sobre los datos necesarios para determinar el nivel de renta requerido. El INSS se encargará de comunicar a las administraciones sanitarias competentes el dato relativo al nivel de aportación que corresponda a cada usuario.

En el supuesto de que existan dudas sobre el nivel de aportación que corresponda a cada usuario en función de su nivel de renta se aplicará el criterio más favorable para el usuario según se ha decidido en la reunión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado el 27 de junio de 2012.

e) otra medida en materia de prestación farmacéutica establecida en el Real Decreto-ley es la posibilidad de que las Comunidades Autónomas acrediten a los servicios de farmacia hospitalaria de su territorio para que estos puedan llevar a cabo operaciones de fraccionamiento, personalización de dosis y otras operaciones de remanipulación y transformación de medicamentos que vayan a ser utilizados en el ámbito hospitalario.

6. MEDIDAS EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS

En el capítulo V del Real Decreto-ley 16/2012 se incluyen diversas medidas en relación a los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud destacando las siguientes modificaciones:

a) En relación con los profesionales especialistas del Sistema Nacional de Salud se modifica la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en lo relativo a las Áreas de Capacitación Específica destacándose que la formación en las áreas de capacitación específica tendrá carácter programado y se llevará a cabo por el sistema de residencia y, por otro, que reglamentariamente se establecerá la forma de acceder a los diplomas, mediante convocatoria del Ministerio de Sanidad, siempre que se acrediten al menos 2 años de ejercicio profesional en la especialidad (antes 5 años), habilitándose al Ministerio para eliminar, disminuir o aumentar el número de años de ejercicio profesional requerido.

b) Se crea en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios que se nutrirá de los registros oficiales de profesionales, obrantes en las Administraciones Estatales 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. Este registro se crea 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.

Este Registro será público en lo referente al nombre, titulación, especialidad, lugar de ejercicio, categoría y función del profesional, así como en lo relativo 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.

c) Se modifican también algunos artículos y disposiciones de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, produciendo novedades como la atribución realizada al Ministerio de Sanidad para aprobar un catálogo homogéneo de equivalencias de categorías profesionales, para lo cual los servicios de salud comunicarán las categorías de personal estatutario existentes, su modificación o supresión, y la creación de nuevas categorías.

d) Se modifica la regulación de las retribuciones del personal estatutario introduciendo un mandato dirigido a los servicios de salud autonómicos para establecer procedimientos para la evaluación del desempeño del personal estatutario basados en los principios de igualdad, objetividad y transparencia. Esta evaluación periódica deberá tenerse en cuenta a efectos de determinación de una parte de las retribuciones complementarias, vinculadas precisamente a la productividad, al rendimiento y, en definitiva, al contenido y alcance de la actividad que efectivamente se realiza. Ello conlleva la potenciación de las retribuciones variables respecto a las retribuciones fijas. Se relaciona la evaluación del desempeño (regulada en el Estatuto Básico del Empleado Público) con la percepción de la productividad variable.

Se establece también que los servicios de salud podrán establecer los mecanismos necesarios para garantizar el pago de la actividad realmente realizada adoptando medidas como la ordenación de puestos de trabajo, la ordenación de las retribuciones complementarias y otras enfocadas hacia la potenciación de la retribución variable.

Estas medidas en materia de recursos humanos requieren de desarrollo legislativo básicamente de las Comunidades Autónomas para su puesta en marcha.

e) Se modifica la disposición transitoria tercera de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud que quedará redactada así:

“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, dedicación y de retribuciones que establece en esta ley, antes del 31 de diciembre de 2013, sin perjuicio de los derechos consolidados. 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”.

En la redacción anterior de la citada Disposición se decía: “En la forma, plazo 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 podrá integrar en el sistema de prestación de servicios, de dedicación y de retribuciones que se establece en esta ley”.

En la redacción primitiva de la disposición transitoria tercera se determinaba que el personal de enfermería de cupo y zona podría integrarse voluntariamente en el sistema de prestación de servicios establecido en el Estatuto Marco; en cambio con la nueva redacción de esta disposición se elimina la posibilidad de optar del personal

de enfermería de cupo y zona forzando a su integración en el sistema de prestación de servicios desarrollado en el Estatuto Marco ya que de forma imperativa dice que queda suprimida desde el 31 de diciembre de 2013 la prestación de servicios de cupo y zona obligando a su integración antes de esa fecha en la forma y condiciones que cada servicio de salud autonómico determine. Esta postura contenida en el citado Real Decreto-ley es una vulneración de unos derechos laborales adquiridos por el personal de enfermería que presta servicios por el sistema de cupo y zona.

f) En parecida situación se encuentran aquellos médicos, practicantes y matronas titulares de los servicios sanitarios locales ya que la disposición adicional decimosexta del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones establece que: “1. Los médicos, practicantes y matronas titulares de los servicios sanitarios locales que prestan sus servicios como médicos generales, practicantes y matronas de los servicios de salud, y el resto del personal funcionario sanitario que preste sus servicios en instituciones sanitarias públicas, dispondrán hasta el 31 de diciembre de 2013 para integrarse en los servicios de salud como personal estatutario fijo. A tal fin, las comunidades autónomas establecerán los procedimientos oportunos. En caso de que este personal opte por permanecer en activo en su actual situación, 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.”

g) Se modifica la disposición derogatoria única de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que en su redacción originaria establecía en su apartado f la derogación del Estatuto de personal

sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social aprobado por la Orden de 26 de abril de 1973, con excepción de su artículo 151, así como las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan.

Por lo tanto la Ley 55/2003 derogaba el primitivo Estatuto de personal sanitario no facultativo que era de aplicación al personal de enfermería salvando el artículo 151 que decía literalmente: “Los jubilados voluntarios que soliciten su jubilación después de cumplidos los sesenta años de edad y veinticinco años de cotización y servicios efectivos a la Seguridad Social y los jubilados forzosos por edad reglamentaria, que reúnan dichas condiciones, percibirán el complemento que sea necesario para que la pensión que tuvieran reconocida por la Mutuality Laboral, alcance el 100 por 100 de la retribución base, premios de antigüedad, complementos de destino, de puesto de trabajo y de jefatura y gratificaciones reglamentarias extraordinarias, que vinieran percibiendo en el momento de la jubilación”.

Existía el derecho a percibir en ambos casos el complemento que sea necesario para que, sumado a la pensión que tuvieran reconocida por la Seguridad Social, se alcanzase el 100 por 100 de las retribuciones que vinieran percibiendo en el momento de la jubilación.

La nueva redacción dada a la disposición derogatoria única de la Ley 55/2003, del Estatuto Marco, establecida en el artículo 10 punto siete del Real Decreto-ley 16/2012 manifiesta que: “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”. Esta nueva redacción significa que se deroga también el mencionado artículo 151 del Estatuto de personal sanitario no facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, y ello trae como

consecuencia, la supresión del derecho que hasta ahora podría disfrutar el personal de enfermería que cumpliera ciertos requisitos de poder jubilarse complementando el servicio de salud correspondiente la cuantía de la pensión percibida hasta el 100 por 100 de las retribuciones, por lo que se elimina la posibilidad de solicitar el complemento de pensión por jubilación perdiendo este derecho aquellos enfermeros que cumplieran ciertos requisitos suponiendo este complemento de pensión una mejora de la pensión de jubilación otorgada por la Seguridad Social.

h) Se excluye al personal estatutario de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas e instituciones sanitarias adscritas al INGESA de la aplicación extensiva del artículo 21 de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, donde se establece que la prestación económica por incapacidad temporal consiste en el percibo durante los tres primeros meses de la totalidad de las retribuciones básicas y complementarias que le corresponderían de estar en activo. No obstante, se traslada a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas la decisión en relación a su personal del grado de aplicación del contenido de esta prestación económica por lo que cada Servicio de Salud Autónomo tendrá la potestad de garantizar o no el percibo del 100% de las retribuciones durante los tres primeros meses de una situación de incapacidad temporal.

i) Se determina que los fondos para “acción social” que destinan los servicios de salud de las Comunidades Autónomas para el personal estatutario sólo podrán destinarse al personal en situación de servicio activo prohibiendo que el personal estatutario jubilado pueda percibir prestaciones de este tipo de carácter económico.

7. VALORACIÓN DEL ALCANCE DE LAS MEDIDAS CONTENIDAS EN EL 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

Realizando una valoración desde un punto de vista formal del Real Decreto-ley 16/2012, debemos de criticar el uso de la fórmula del Real Decreto-ley para aprobar una serie de medidas que suponen una transformación tan importante de nuestro Sistema Nacional de Salud. Debemos de recordar el Real Decreto-ley es una disposición legislativa provisional con rango de ley que aprueba el gobierno sólo en caso de extraordinaria y urgente necesidad, y es dudosa la situación de extraordinaria y urgente necesidad para transformar cuestiones esenciales del derecho constitucional a la protección de la salud de una forma tan atropellada y sin diálogo social alguno ya que el gobierno aprobó el citado Real Decreto-ley sin haber hablado ni negociado con el resto de grupos parlamentarios, ni con las organizaciones sindicales ni tampoco con los Colegios Profesionales.

En cuanto al contenido del Real Decreto-ley 16/2012 podemos destacar las siguientes medidas:

a). Se cambia el modelo en cuanto a usuarios del Sistema Nacional de Salud desde una cobertura universal configurando el derecho a la protección a la salud como un derecho inherente a la condición de ciudadano a un modelo relacionado con el Sistema de Seguridad Social reduciendo, por lo tanto, el número de beneficiarios del sistema dejando de ser un derecho universal. Además se deja sin derecho a la asistencia sanitaria ordinaria a los inmigrantes irregulares, esto es, a aquellos inmigrantes que carecen de permiso de residencia, retrocediendo doce años al respecto.

b). Se modifica la regulación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud estructurándola en tres modalida-

des, estando pendiente del desarrollo legislativo oportuno, determinando aquellas prestaciones sujetas a copago incluyendo entre ellas algunas prestaciones como el transporte sanitario no urgente. Se mantiene la posibilidad de establecer una cartera de servicios complementaria de las Comunidades Autónomas pero dificultando su existencia.

c). Se incluyen diversas medidas sobre la prestación farmacéutica persiguiendo una mayor ahorro económico. Entre estas medidas destaca la implantación del copago farmacéutico para los pensionistas del sistema de seguridad social a partir del 1 de julio de 2012.

d). Se aprovecha el Real Decreto-ley para modificar cuestiones en relación con los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, no justificables en una norma de urgencia como es un Real Decreto-ley, ya que se alteran condiciones y derechos laborales sin que se hayan planteado estas modificaciones en el ámbito de negociación oportuno destacando entre estas medidas:

- El interés de reforzar las retribuciones variables en detrimento de las retribuciones fijas.
- Dentro de estas modificaciones es criticable la discriminación que se hace al personal estatutario del Sistema Nacional de Salud respecto al personal funcionario en cuanto a la prestación por incapacidad temporal ya que los funcionarios tienen garantizado el complemento retributivo para percibir el 100% de sus retribuciones durante los tres primeros meses de incapacidad temporal dejando libertad para que cada Comunidad Autónoma decida lo que considere oportuno respecto al personal de su Servicio Autonómico de Salud.
- También es censurable la imposición de la integración del personal funcionario al servicio de instituciones sanitarias (el personal de APD y sanitarios locales) y del personal de cupo y zona. Es difícil percibir el beneficio de esta medida para el Sistema Nacional de Salud y duramente criticable que se

haya adoptado esa decisión sin haberse tratado en ningún ámbito de negociación oportuna.

Debemos de destacar que el Real Decreto-ley 16/2012 está pendiente de desarrollo legislativo que se producirá próximamente con la aprobación del Real Decreto por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario de la asistencia sanitaria, del Real Decreto por el que se fijan las bases para establecer los importes máximos de financiación en ortoprótesis, con el establecimiento de la nueva regulación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y la aprobación de otras disposiciones normativas sobre cuestiones diversas contenidas en el Real Decreto-ley.

En líneas generales podemos concluir que el mencionado Real Decreto-ley 16/2012, persigue el ahorro económico mediante medidas como la exclusión de algunos colectivos del derecho a la atención sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud, ampliando el copago a algunas prestaciones y a nuevos colectivos, adoptando nuevas decisiones de ahorro farmacéutico y aprobando medidas en materia de recursos humanos no negociadas; y además debemos de estar atentos a su próximo desarrollo legislativo que puede aportar nuevas medidas que persigan el objetivo prioritario de reducir el gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud.



CECOVA

Colegios de Enfermería de
Alicante, Castellón y Valencia

