

Facultat de Ciències Polítiques i Sociologia

Treball de Fi de Grau

Resum executiu

Títol: El Rol de les CCAA en la política sanitària central: La implementació del RD 16/2012

Autor/a: Maria Magdalena Ripoll Pascual

Tutor/a: Raquel Gallego

Data: 2 de juny de 2020

Grau en: Ciència Política i Gestió Pública i Dret

El 2012 el govern d'Espanya, sota la presidència del PP, aprova el RD 16/2012 "Mesures urgents per assegurar la sostenibilitat del SNS". De totes les mesures que adopta el RD 16/2012, en endavant RD, s'estudia una concreta: el canvi en **l'accés a l'assistència sanitària pública**.

Abans del RD, totes les persones, independentment del seu estatus legal, nivell de renda i la situació respecte al sistema de la Seguretat Social, accedien gratuïtament a l'assistència sanitària. Convertint la universalitat en la característica essencial del SNS. El RD atorga aquest dret únicament a dos subjectes l' "assegurat" (aquella persona que cotitza en el sistema de la Seguretat Social) i "beneficiari" (conjugues i fills/es de persones assegurades menors de 26 anys). Consegüentment s'**exclou** a un col·lectiu vulnerable important, els **immigrants indocumentats**, a més de tots els **ciutadans**, siguin bé de la UE o d'Espanya, que **no compleixin** amb els dos requisits anteriors. Aquest canvi crea la **falsa idea** que el SNS es finança a través de la SS quan realment es fa mitjançant els Pressupostos Generals.

Ara bé, la competència sanitària, està sotmesa a la **descentralització política i administrativa** de l'Estat cap als territoris autonòmics; i, per tant, es desplega dintre d'una lògica de **govern de multinivell**. En les tres darreres dècades les CCAA han creat diferents models sanitaris, els quals **reflecteixen una posició ideològica** determinada. El RD gaudeix d'una jerarquia normativa superior respecte a la legislació autonòmica, per tant, les CCAA haurien d'implementar-lo. No obstant això, la implementació **fou heterogènia**, fins al punt que hi havia CCAA que l'aplicaren de forma literal, altres el rebutjaren i algunes crearen normes internes per pal·liar les conseqüències del RD.

Així doncs, **tres idees** justifiquen aquest estudi. A través d'un RD es **canvia la idiosincràsia essencial** del SNS, obert es troba el debat si és la millor eina jurídica per fer-ho. L'exclusió d'una part important del SNS afecta indirectament a la política migratòria, alhora que **debilita la salut** individual i col·lectiva. L'aplicació desigual ha provocat una **cobertura diferenciada** d'aquest dret, en funció de la CCAA que l'individu es trobés.

Partint d'aquestes premisses, aquest estudi pretén respondre la següent pregunta: **quins factors han influït en la implementació diferencial del RD 16/2012 a les CCAA?** Es parteix de la **hipòtesi** que **les característiques pròpies del model sanitari** que cada CCAA ha desenvolupat, són un dels elements més importants a tenir en compte (path-dependence). Per aquest motiu, s'elegeixen dues CCAA que d'acord amb la literatura han desenvolupat sistemes sanitaris diferents.

Catalunya té un model de prestació sanitari mixta: directa pública (assignació pressupostària) i un gruix important de prestació indirecta (contractació privada). Per tant, hauria d'**implementar** el RD, perquè aquest **no contradiu** la trajectòria de les polítiques sanitàries que s'han dut a terme, principalment en mans de CiU, excepte els anys del Tripartit.

Andalusia es caracteritza per un model sanitari directa, públic, jeràrquic i integrat en una sola organització. Per tant, hauria d'**oposar-se** i inclús **desafiar** el RD, perquè aquest **sí que contradiu** la trajectòria del seu model sanitari, desplegat sota el govern del PSOE durant tots aquests anys.

Les variables independents són: **model sanitari desenvolupat i ideologia del partit en el govern**. La variable dependent és la implementació o no del RD, per

estudiar-la s'analitzen 3 dimensions de l'actuació de les dues CCAA: **discursiva, substantiva i operativa**. Per fer-ho, la metodologia emprada són entrevistes semiestructurades a professionals de la salut de cada un dels sistemes. Alhora hi ha una sèrie de variables contextuais comunes: crisi econòmica i competència sanitària

Tant Catalunya com Andalusia **s'oposen discursivament** al RD, encara que mesos abans CiU havia intentat fer polítiques en el mateix sentit. Substantivament i operativament, Andalusia confronta de forma més directe el RD, interposa un recurs d'inconstitucionalitat al TC envers aquest. Catalunya, per contra, després de 3 anys de l'entrada en vigor del RD i d'implementar-lo, aprova la Instrucció 08/2015. Aquesta permet únicament l'accés a urgències i atenció primària, a aquelles persones que complissin els requisits de residència efectiva i continuada i determinats recursos econòmics. La hipòtesi s'acaba **verificant** en ambdós casos, a **Catalunya** el personal sanitari no és informat en cap moment de com s'ha d'introduir la mesura. D'un dia per l'altre la gent queda exclosa i se'ls hi retira la targeta sanitària. En el **cas andalús**, no s'informa als sanitaris del canvi del RD, però tampoc es dona l'ordre d'excloure a determinats col·lectius.

Es conclou que si bé el *path dependence* pot condicionar la implementació, **no** implica **determinisme**. Una cosa és que hi hagi una **coherència** entre el model desenvolupat i la implementació ràpida o no del RD, però l'altra és dir independentment del partit polític autonòmic que governi, el RD s'implementarà o no en funció del model sanitari desplegat. Aquesta premissa és excessivament valenta, ja que no depèn del model introduir aquesta modificació, sinó d'una **decisió ideològica**.