

El SNS: de la cobertura laboral hacia la cobertura universal por ciudadanía

F. Javier García García¹

¹ Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

En el artículo se describe la transición, tras la Ley General de Sanidad, desde la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, con cobertura de trabajadores, pensionistas y familiares o asimilados y financiada por cotizaciones, a un Sistema Nacional de Salud, con cobertura universal y financiado por impuestos. Se estudian la extensión progresiva de la asistencia sanitaria pública a diferentes colectivos, el retorno de asegurados y beneficiarios con el Real Decreto-ley 16/2012 y la vuelta a la senda previa hacia la universalidad con el Real Decreto-ley 7/2018.

Resumen

El Sistema Nacional de Salud es un sistema con vocación universal, descentralizado en las Comunidades Autónomas y financiado por impuestos que se construyó desde un sistema de Seguridad Social. En la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) se reconoce el derecho a las prestaciones sanitarias de todos los españoles y ciudadanos extranjeros residentes en España. La cobertura sanitaria fue extendiéndose de forma progresiva (incremental) a distintos colectivos, superponiéndose el Sistema Nacional de Salud a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. Se incluyeron colectivos singulares, residentes en España sin recursos económicos suficientes (Real Decreto 1088/1989), extranjeros procedentes de la Unión Europea y extranjeros no comunitarios empadronados en España (Ley Orgánica 4/2000). Por la Disposición adicional sexta de la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011) se extendió el derecho a todos los españoles residentes en territorio nacional a los que no pudiera serles reconocido por otras normas. El Real Decreto-ley 16/2012 implicó una desviación de la senda previa hacia la cobertura universal, con el retorno de asegurados y beneficiarios y la exclusión de colectivos vulnerables. Posteriormente, el Real Decreto-ley 7/2018 significa la vuelta al camino previo hacia la cobertura de todas las personas con residencia en España, independientemente de su situación administrativa y laboral.

Palabras clave: Sistema Nacional de Salud, derecho a la asistencia sanitaria, cobertura poblacional, cobertura universal, Ley General de Sanidad, personas sin recursos económicos, extranjeros.

Javier García García <chavierrg@gmail.com>



Open Access: los artículos publicados en esta revista están en acceso abierto bajo licencia Creative-Commons 4.0 Atribución-No Comercial-Compartir Igual (CC BY-NC-SA)



Publicación del Instituto Mixto de Investigación Escuela Nacional de Sanidad (IMI-EMS), de la UNED y el Instituto de Salud Carlos III



Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Revista de Gobierno, Administración y Políticas de salud _____ página 1

Abstract

The National Health System is a system with a universal vocation, decentralized in the Autonomous Communities and financed by taxes that was developed from a Social Security system. The General Health Law (Law 14/1986) recognizes the right to health benefits for all Spaniards and foreign citizens residing in Spain. Health coverage was extended progressively (incrementally) to different groups, overlapping the National Health System with Social Health Care. This included special groups, residents in Spain lacking economic resources (Royal Decree 1088/1989), foreigners from the European Union and non-EU foreigners registered in Spain (Organic Law 4/2000). The sixth additional provision of the General Public Health Law (Law 33/2011) reinforced the right of all Spaniards residing in the national territory who hadn't been included by previous regulations. Royal Decree-Law 16/2012 implied a deviation from the previous path towards universal coverage: it went back to only recognizing the right of insured persons and beneficiaries entailing the exclusion of vulnerable groups. Later Royal Decree-Law 7/2018 meant a return to the previous path towards coverage for all people residing in Spain, regardless of their administrative and employment status.

Keywords: National Health System, right to health benefits, population coverage, universal coverage, General Health Law, persons lacking economic resources, foreigners

ÍNDICE

Tabla de abreviaturas.

1.-Derecho de ciudadanía: Sistema Nacional de Salud de 1986. Transición hacia la cobertura universal.

- 1.1 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.*
- 1.2 Ley General de Sanidad. Cobertura universal.*
- 1.3 Incremento progresivo de la cobertura poblacional. Real Decreto 1088/1989.*
- 1.4 Sistema sanitario español, empresas colaboradoras, Mutualidades de Funcionarios y Seguridad Social.*
- 1.5 Atención sanitaria de ciudadanos extranjeros. Ley Orgánica 4/2000.*
- 1.6 Extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública.*

2.-RDL 16/2012. El retorno de asegurados y beneficiarios y la exclusión de colectivos vulnerables.

- 2.1 El retorno de asegurados y beneficiarios.*
- 2.2 Régimen de los españoles residentes en el exterior.*
- 2.3 La exclusión de colectivos vulnerables.*

3.-Ciudadanía-Seguro laboral-ciudadanía-... RDL 7/2018. La vuelta a la senda hacia la universalidad en el sistema sanitario.

3.1 Titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria. Condición de residencia.

3.2 Personas extranjeras no registradas ni autorizadas en España.

3.3. Un déjà vu final.

4. Epílogo. Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

Anexo: Sentencias del Tribunal Constitucional. La protección de la salud como principio rector. Sentencia 139/2016.

Otras Sentencias del Tribunal Constitucional. Conclusiones.

Referencias

TABLA DE ABREVIATURAS

ASSS: Atención Sanitaria de la Seguridad Social.**BOE:** Boletín Oficial del Estado.**CE:** Constitución Española.**EEE:** Espacio Económico Europeo.**ILT:** incapacidad laboral transitoria.**INSALUD:** Instituto Nacional de la Salud.**INSERSO:** Instituto Nacional de Servicios Sociales**INSS:** Instituto Nacional de la Seguridad Social**ISFAS:** Instituto Social de las Fuerzas Armadas.**LGS:** Ley General de Sanidad.**MUGEJU:** Mutualidad General Judicial.**MUFACE:** Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado.**RDL:** Real Decreto Ley.**RD:** Real Decreto**SMI:** Salario Mínimo Interprofesional.**SNS:** Sistema Nacional de Salud.**SPTC:** Sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional.**UE:** Unión Europea.

1. derecho de ciudadanía: sistema nacional de salud de 1986. transición hacia la cobertura universal.

Por la Constitución España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, siendo valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político. El derecho a la protección de la salud se incluye como principio rector y, por tanto, es un derecho de configuración legal cuyo contenido será determinado por el legislador.

El 31 de octubre de 1978 la Constitución Española¹ (CE) fue aprobada por las Cortes y posteriormente ratificada por el pueblo español en referéndum de 6 de diciembre. Dentro de su Título Preliminar el artículo 1 dice: "España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político". Dentro del Título I. De los derechos y deberes fundamentales, en el Capítulo

tercero (De los principios rectores de la política social y económica), se incluye el artículo 43.1:

"Se reconoce el derecho a la protección de la salud".

Por tanto, el derecho a la protección de la salud queda incluido como principio rector. Sobre este tema el artículo 53.3 dice: "El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo tercero informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen". Por tanto, el derecho a la protección de la salud es un derecho de configuración legal, cuyo contenido será determinado por el legislador.

Con la Constitución se forma un Estado descentralizado, organizado territorialmente en Comunidades Autónomas, que podrán asumir competencias en Sanidad e Higiene (artículo 148.1, 21^a). El Estado tiene competencias exclusivas en Sanidad exterior, Bases y coordinación general de la Sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos (artículo 149.1, 16^a).

Durante esos años se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (artículo 12 del Real Decreto-RD-1558/1977²). Las funciones correspondientes al Estado en salud, sistemas de Seguridad Social y Servicios de Asistencia Social se ejercerán a través de dicho Ministerio (Real Decreto ley-RDL-36/1978³). Por dicho RDL queda extinguido el Instituto Nacional de Previsión y se crean el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) (para la gestión y administración de las prestaciones económicas de Seguridad Social), Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) (para la administración y gestión de servicios sanitarios) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). También se crean varios Organismos autónomos administrativos: Instituto Nacional de Empleo (para política de empleo y protección por desempleo), Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo (ambos adscritos al Ministerio de Trabajo) e Instituto Nacional de Enseñanzas Integradas, adscrito al Ministerio de Educación y Ciencia.

1.1 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁴.

“La Ley General de Sanidad significa la transición desde la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, un sistema fragmentado en diversos subsistemas sin una dirección conjunta, con cobertura de trabajadores, pensionistas y familiares o asimilados y financiada por cotizaciones, a un Sistema Nacional de Salud, con cobertura universal y financiada por impuestos.

Se organiza un sistema descentralizado de tipo “devolución”, de modo que en cada Comunidad Autónoma se constituye un Servicio de Salud, con la coordinación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La descentralización se realizó de forma progresiva entre 1981 y 2002.

Con la Ley General de Sanidad (LGS) se inicia la transición desde Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS), con cobertura de trabajadores, pensionistas y familiares o asimilados y financiada por cotizaciones, a un Sistema Nacional de Salud (SNS), con cobertura universal y financiada por impuestos. Como se indica en el Preámbulo de la LGS, el sistema sanitario español era un sistema fragmentado en diversos subsistemas sin una dirección conjunta, una “pluralidad de sistemas sanitarios funcionando en paralelo”. Se trata de que se cumpla el derecho a la protección de la salud (artículo 43.1 CE) en un Estado descentralizado acorde con el Título VIII, con organización y gestión dependientes de cada Comunidad Autónoma, como se recoge en los artículos 45 y 50 de la LGS. En el artículo 45 se indica: “1. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el SNS. 2. El SNS es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley”. Además, “en cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones Territoriales intracomunitarias, que estará gestionada (...) bajo

la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma” (artículo 50. 1, LGS). Se plantea, por tanto, un sistema descentralizado de tipo “devolución” y para su coordinación se crea el Consejo Interterritorial del SNS (artículo 47).

En las Disposiciones Finales segunda y tercera indica que se procederá a la armonización y refundición de distintos tipos de Asistencia Sanitaria y que dispondrá la participación, integración y colaboración de distintos Organismos en el SNS. Algunos de los colectivos no se han integrado finalmente en el Sistema Nacional de Salud.

La descentralización se realizó de forma progresiva entre 1981 y 2002⁵, siguiendo las transferencias sanitarias el siguiente orden: Cataluña (1981), Andalucía (1984) (ambas Comunidades antes de la aprobación de la LGS), Valencia y País Vasco (1987), Navarra y Galicia (1991), Canarias (1994) y las restantes Comunidades Autónomas en 2002. El INSALUD gestionó los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas hasta que se produjeron las transferencias y, una vez completadas estas, desapareció en 2002. Se mantiene el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, que, entre otras funciones, gestiona los servicios sanitarios de Ceuta y Melilla.

1.2 Ley General de Sanidad. Cobertura universal.

En la Ley General de Sanidad se reconoce el derecho a las prestaciones del Sistema Sanitario de todos los españoles y ciudadanos extranjeros residentes en España y se programa la extensión progresiva de la asistencia sanitaria pública, que se realizará en condiciones de igualdad efectiva.

En el Preámbulo de la Ley se reconoce el derecho de todos los ciudadanos y de extranjeros residentes en España a las prestaciones del Sistema Sanitario, aunque “por razones de crisis económica” no generaliza el derecho a dichas prestaciones de forma gratuita, sino que

se programa "su aplicación paulatina". Se hace referencia a la cobertura de toda la población del SNS en los artículos 1 (dentro del Título Preliminar. Del Derecho a la protección de la salud. Capítulo único) y 3 (dentro del Título Del sistema de salud. Capítulo De los principios Generales). En el artículo 1.2 se dice que "son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional" y en el artículo 3.2 que "la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva". Además, las características del SNS descritas en el artículo 46 (Título III. Capítulo I) incluyen "la extensión de sus servicios a toda la población".

Por tanto, el objetivo de la LGS era un sistema de cobertura universal, con implantación progresiva, como indican el Preámbulo y la Disposición Transitoria quinta: "la extensión de la asistencia sanitaria pública a la que se refieren los artículos 3.2 (ver antes) y 20 (sobre la atención de la Salud Mental) de la presente Ley se efectuará de forma progresiva".

1.3 Incremento progresivo de la cobertura poblacional. Real Decreto 1088/1989⁶.

La cobertura sanitaria fue extendiéndose de forma progresiva (incremental) a distintos colectivos, superponiéndose el Sistema Nacional de Salud a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. El Real Decreto 1088/1989 implicó la extensión de la cobertura a las personas residentes en España y que carecieran de recursos económicos suficientes y significó la desaparición de la red asistencial de beneficencia.

A partir de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1999 la financiación de la asistencia sanitaria pasó a ser exclusivamente por impuestos, no por cotizaciones sociales.

No obstante, el nuevo modelo se cimentó en la ambigüedad: el derecho se obtenía por estar dado de alta en la Seguridad Social (o ser pensionista o familiar de afiliado) o por la legislación para la cobertura de personas sin recursos.

Después de la Constitución de 1978, la cobertura sanitaria fue extendiéndose de forma progresiva (incremental) a distintos colectivos (colectivos singulares, personas sin recursos económicos suficientes), superponiéndose el SNS a la ASSS, de modo que se produjo una extensión del derecho a la ASSS. Así, el porcentaje de población cubierta aumentó progresivamente: 82,39% en 1978; 84,78% en 1982; 96,10% en 1986; 98,91% en 1990 y prácticamente 100% desde 1996. La población cubierta aumentó desde 32,17 millones en 1982 hasta 39,45 millones en 1990⁷. Además, mediante legislación específica fueron incluidos en la ASSS colectivos singulares⁸, como personal de las Fuerzas Armadas, Fuerzas de Orden Público y Cuerpo de Carabineros de la República durante la Guerra Civil⁹, viudas y huérfanos de los españoles fallecidos durante la Guerra Civil¹⁰ y mutilados excombatientes de la zona republicana¹¹. Se aprobaron mecanismos de protección para atender a las personas afectadas por el síndrome de aceite tóxico¹², que incluían reembolso del importe de gastos sanitarios y farmacéuticos en afectados beneficiarios o no de la Seguridad Social, asistencia psiquiátrica y tratamiento de rehabilitación. Se regularon las suscripciones de Convenios especiales con la Seguridad Social para Diputados y Senadores¹³, Parlamentarios de Comunidades Autónomas¹⁴, españoles funcionarios o empleados de Organizaciones Internacionales¹⁵ y emigrantes que retornaran al territorio nacional¹⁶.

Para conseguir una atención sanitaria igual para todos tuvo mucha importancia el RD 1088/1989, por el que se extendió la cobertura de la ASSS a las personas sin recursos económicos suficientes. La inclusión de este colectivo ya estaba prevista en el artículo 80 de la LGS y en el artículo 9.3 de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989¹⁷. En el artículo 1 del RD 1088/1989 "se

reconoce el derecho a las prestaciones de la ASSS a los españoles que tengan establecida residencia en territorio nacional y carezcan de recursos económicos suficientes". Se consideraban incluidos en este grupo aquellos con rentas menores o iguales al Salario Mínimo Interprofesional (SMI) en cómputo anual o si el cociente entre las rentas anuales y el número de menores o incapacitados a su cargo fuera igual o menor a la mitad del SMI. La ASSS debía ser igual en "extensión, contenido y régimen" que la prevista en el Régimen General (artículo 2) y el reconocimiento del derecho a la asistencia podía hacerse de oficio o a petición de los interesados (artículo 3). Para acceder a los servicios sanitarios las entidades gestoras de la ASSS debían expedir un documento acreditativo. En la Disposición transitoria del RD se incluía la "integración de oficio de las personas comprendidas en la asistencia sanitaria benéfica". Con el RD 1088/1989 desaparecía la red asistencial de beneficencia.

Otro cambio importante en el SNS se produjo con la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1999¹⁸, al incluir como forma única de financiación los impuestos y no las cotizaciones sociales. En la exposición de motivos de dicha Ley se dice: "El Capítulo III, relativo a la Seguridad Social, introduce una novedad de importancia, al preverse la asunción por el Estado de la totalidad de la financiación de la asistencia sanitaria, a través del Presupuesto del Instituto Nacional de la Salud, suprimiéndose la referencia a la aportación procedente de cotizaciones sociales. Con ello se produce una desvinculación total de la Seguridad Social en el plano financiero y supone un avance importante en el proceso de separación de fuentes de financiación". La financiación de la asistencia sanitaria se recoge en el artículo 12.1 de dicha Ley.

Por tanto, se produjo una extensión de la cobertura de la ASSS, incorporando también a colectivos singulares y a personas sin recursos económicos suficientes, la financiación pasó a ser exclusivamente por impuestos y la gestión fue transfiriéndose progresivamente a las Comunidades Autónomas. No obstante, el nuevo modelo se

cimentó en la ambigüedad¹⁹: el derecho se obtenía por estar dado de alta en la Seguridad Social (o ser pensionista o familiar de afiliado) o por la legislación para la cobertura de personas sin recursos.

1.4 Sistema sanitario español, empresas colaboradoras, Mutualidades de Funcionarios y Seguridad Social.

Aunque la Ley General de Sanidad hace referencia a la armonización e integración en el Sistema Nacional de Salud de todas las funciones y prestaciones sanitarias y aunque el Sistema Nacional de Salud es el subsistema mayoritario, se mantiene una heterogeneidad de subsistemas en la Sanidad Pública con protección y prestaciones distintas: Mutualidades (MUFACE, ISFAS, MUGEJU), Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, empresas colaboradoras, Sanidad Penitenciaria y convenios o conciertos con la Seguridad Social.

Hay diferencias significativas en el caso de las Mutualidades, en las que los mutualistas y sus familiares pueden optar entre la cobertura con el Sistema Nacional de Salud o con seguro privado, con diferencias en el copago farmacéutico y manteniéndose la financiación con cotizaciones de los mutualistas y aportaciones del Estado.

La asistencia de accidentes laborales y enfermedades profesionales, a diferencia de la enfermedad común y accidentes no laborales, es realizada por Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Tras aprobarse la Constitución de 1978 y durante la década de los 80, se produjeron importantes cambios en el sistema sanitario: además de la LGS, se transfirió la competencia sobre Salud Pública a las Comunidades Autónomas, se suprimió la Administración Institucional de la Sanidad Nacional y se adscribieron sus centros a las Comunidades Autónomas y al INSALUD²⁰,

se integraron los hospitales clínicos (previamente adscritos al Ministerio de Educación) en el INSALUD²¹, se reformaron la Atención Primaria²² y la asistencia psiquiátrica²³ y se aprobó el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales²⁴.

Aunque en el artículo 45 de la LGS se hace referencia a la integración en el SNS de todas las funciones y prestaciones sanitarias y en las disposiciones finales segunda y tercera de la Ley se indica que se procederá a la armonización de distintos tipos de asistencia sanitaria, bastantes de ellas persistieron²⁵, como empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria por enfermedad común y accidente no laboral, Mutualidades de Funcionarios (MUFACE, ISFAS, MUGEJU), Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, Sanidad Penitenciaria y Convenios o Conciertos con la Seguridad Social de Colegios Profesionales, Asociaciones de la Prensa u otros.

Respecto a las Empresas Colaboradoras, se actualizó la Orden de 1966 con la Orden de 24 de abril de 1980²⁶ respecto a las cotizaciones de dichas Empresas a la Seguridad Social y permitiendo, además, la prestación asistencial a parte de sus trabajadores, siendo el resto incluidos en la acción protectora del Régimen General. Por otro lado, una vez terminado el proceso de separación de fuentes entre el SNS y el Sistema de Seguridad Social, con financiación exclusiva con impuestos del SNS, se sustituyó la reducción en las cotizaciones por compensaciones económicas por prestación de asistencia sanitaria con cargo al Ministerio de Sanidad²⁷.

Se ha mantenido la asistencia sanitaria de funcionarios civiles del Estado, personal militar y funcionarios de la Administración de Justicia a través de MUFACE²⁸, ISFAS²⁹ y MUGEJU³⁰, con posibilidad de elección por los mutualistas y sus familiares entre Seguro privado y SNS (excepto ISFAS), con diferencias en el copago farmacéutico y manteniéndose la financiación con cotizaciones de los mutualistas y aportaciones económicas y subvenciones del Estado. Sin embargo, en

algunos casos hubo integración en el SNS: por ejemplo, los funcionarios de la Administración Local por el RD 480/1993³¹, que indica en su artículo 6 (párrafo primero): "Las prestaciones de asistencia sanitaria y de incapacidad laboral transitoria (ILT) se concederán al personal activo y, en su caso, a sus familiares, en los mismos términos y condiciones que los previstos en el Régimen General de la Seguridad Social, si bien serán prestadas de acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria quinta." En la disposición adicional segunda se integraba en la Seguridad Social el patrimonio de la Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local y en la disposición adicional tercera se suprimía dicha Mutualidad "con efectos del 7 de abril de 1993".

La asistencia de accidentes laborales y enfermedades profesionales, a diferencia de la enfermedad común y accidentes no laborales, es realizada por Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. En el artículo 2 del RD 1993/1995³² se indica: "se considerarán Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social las asociaciones de empresarios que, debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y con tal denominación, se constituyan con el objeto de colaborar (...) en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del personal a su servicio, sin ánimo de lucro (...)". Se extendió la colaboración a la gestión de la prestación económica por ILT por contingencias comunes de sus trabajadores y del subsidio por ILT en el Régimen Especial de trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos y de los trabajadores por cuenta propia incluidos en el Régimen Especial Agrario.

La población reclusa es atendida por la Sanidad Penitenciaria, financiada con los Presupuestos del Ministerio del Interior (excepto en Cataluña, País Vasco y recientemente Navarra). Como se indica en el artículo 207.2 del RD 190/1996³³ (Capítulo I del Título IX), la Administración Penitenciaria formalizará convenios de colaboración con las

Administraciones Sanitarias en materia de salud pública y asistencia sanitaria.

En algunas profesiones (abogados, arquitectos superiores y técnicos, gestores administrativos...) los colegiados que trabajaran por cuenta propia podían darse de alta en la Mutuality de Previsión Social³⁴ del Colegio Profesional, en lugar del Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos. La Mutuality establecía convenios con el INSS para la atención sanitaria en la Sanidad Pública. Los mutualistas que no tengan ingresos superiores a 100000 € están incluidos en el SNS desde 2012.

Por tanto, aunque dentro del Sistema Sanitario español el subsistema del SNS es el sistema mayoritario, "sigue persistiendo una heterogeneidad en la sanidad pública con prestaciones distintas y esquemas distintos de protección en función de colectivos y de riesgos³⁵".

Por otro lado, se intentó homogeneizar y simplificar la estructura de la Seguridad Social, intentando integrar dentro del Régimen General algunos Regímenes Especiales. Así, en la Ley 26/1985³⁶ se indica en su disposición adicional segunda: "El Gobierno, en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la presente Ley, procederá a integrar en el Régimen General o en otros Especiales, los Regímenes de Trabajadores Ferroviarios, de Artistas, de Toreros, de Representantes de Comercio, de Escritores de Libros y de Futbolistas, fijando las formas y condiciones de la respectiva integración.", lo que se realizó con el RD 2621/1986³⁷. Posteriormente, siguen en esa línea de integración los artículos 9 y 10 del RD Legislativo 1/1994³⁸, que incluyen en la Seguridad Social el Régimen General y dentro de los Regímenes Especiales: trabajadores por cuenta propia o autónomos, trabajadores del mar, funcionarios públicos, civiles o militares, estudiantes y demás grupos que considere el Ministerio.

En este RD Legislativo todavía se incluye dentro de la acción protectora de la Seguridad Social "la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes,

sean o no de trabajo" (artículo 38.1, a). Posteriormente, en la Ley 24/1997³⁹ se clasifican las prestaciones de la Seguridad Social en contributivas y no contributivas. En la exposición de motivos de dicha Ley se dice que "todas las prestaciones de naturaleza no contributiva y de extensión universal pasan a ser financiadas a través de aportaciones del Estado, mientras que las prestaciones netamente contributivas se financian por cotizaciones de empresas y trabajadores". Se incluyen dentro de las contributivas las derivadas de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y dentro de las no contributivas, entre otras, "las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria incluidos en la acción protectora financiada con cargo al presupuesto de la Seguridad Social y los correspondientes a los servicios sociales, salvo que deriven de accidente de trabajo y enfermedad profesional" (artículo 1). En el RD Legislativo 8/2015⁴⁰ se incluye dentro de la acción protectora de la Seguridad Social "la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidente, sea o no de trabajo" (Capítulo IV, artículo 42). Por tanto, la asistencia sanitaria se mantuvo como una prestación de la Seguridad Social en la legislación y, sin embargo, en la LGS se planteaba un sistema de salud universal, integrado, descentralizado y desvinculado de la Seguridad Social, aunque también hay que considerar que la cobertura del SNS se extendió en bastantes casos ampliando la ASSS de la Seguridad Social.

1.5 Atención sanitaria de ciudadanos extranjeros⁴¹. Ley Orgánica 4/2000⁴².

Según la Ley General de Sanidad, son titulares del derecho a la protección de la salud los españoles y los ciudadanos extranjeros residentes en España. En el caso de extranjeros no residentes y de españoles fuera de España la Ley General de Sanidad se remite a las leyes y convenios internacionales.

España ingresó en la Comunidad Económica Europea (actualmente, Unión Europea) en 1986. Los extranjeros que son nacionales de países de la Unión Europea tienen dos regímenes jurídicos sobre el derecho a la asistencia sanitaria: Reglamento sobre la coordinación de sistemas de Seguridad Social y Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza.

Respecto a los nacionales de países no comunitarios, en la Ley Orgánica 4/2000 se reconocía el derecho a la asistencia sanitaria al ciudadano extranjero inscrito en el padrón del municipio donde residiera, independientemente de su situación administrativa, en las mismas condiciones que los españoles. Los extranjeros en situación irregular no empadronados sólo tenían derecho a la asistencia pública de urgencias por enfermedad grave o accidente.

Según el artículo 1.2 de la LGS, son titulares del derecho a la protección de la salud los españoles y “los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”. En el caso de extranjeros no residentes y de españoles fuera del territorio nacional la LGS se remite a las leyes y convenios internacionales (artículo 1.3).

Previamente se había aprobado la Ley Orgánica 7/1985⁴³ sobre derechos y libertades de los extranjeros reconocidos en el Título I de la Constitución, así como régimen de entrada y situaciones de los extranjeros, trabajo y establecimiento, salidas del territorio nacional, regímenes especiales, infracciones y sanciones y garantías y régimen jurídico.

España ingresó en la Comunidad Económica Europea (actualmente, Unión Europea, UE) con el Tratado de Adhesión, que entró en vigor el 1 de enero de 1986⁴⁴. Se aprobó legislación sobre la entrada, permanencia y trabajo en España de ciudadanos nacionales de Estados miembros de la UE y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (EEE); modificados y revisados por reglamentos y Directivas: RD^{45, 46, 47, 48}. Según el RD 240/2007, para estancias inferiores a 3 meses (artículo 6), “será suficiente la posesión de pasaporte o documento nacional de identidad en vigor”. Para residencia superior a 3 meses, los ciudadanos de un Estado de la UE (o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el EEE) deberán solicitar ante la Oficina de Extranjeros de la provincia o ante la Comisaría de Policía correspondiente su inscripción en el Registro Central de Extranjeros y se les entregará un certificado de registro (artículo 7). Los extranjeros que son nacionales de países de la UE (o de Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE) tienen dos regímenes jurídicos sobre el derecho a la asistencia sanitaria: Reglamento 883/2004⁴⁹ sobre la coordinación de sistemas de Seguridad Social y Directiva 2011/24/UE⁵⁰ sobre asistencia sanitaria transfronteriza.

Con el Reglamento 883/2004 se establece un sistema de coordinación, se respetan las características de las legislaciones nacionales y se garantiza la igualdad de trato (mismos derechos y obligaciones que los nacionales del país donde esté cubierto). Se hace referencia a la asistencia sanitaria en el Título III. Disposiciones particulares para las distintas categorías de prestaciones en los Capítulos 1 (prestaciones de enfermedad, de maternidad y de paternidad asimiladas) y 2 (prestaciones de accidentes de trabajo y de enfermedad profesional). La asistencia sanitaria se realizará en el sistema sanitario público, teniendo en cuenta la cartera de servicios del país donde se realice la atención, con los copagos que correspondan al usuario en dicho Estado. La Directiva 2011/24/UE sobre asistencia sanitaria transfronteriza se transpuso con el RD 81/2014⁵¹. La Directiva se aplica a aquellos pacientes que decidan solicitar asistencia sanitaria en un Estado miembro que

no sea el de afiliación. La Directiva es aplicable a todos los proveedores de asistencia sanitaria, tanto públicos como privados, y los pacientes anticiparán los pagos de la asistencia sanitaria recibida que se reembolsarán posteriormente, teniendo como límite la cuantía que habría asumido el Estado si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio. La prestación deberá estar incluida en la cartera de servicios del Estado de origen.

Respecto a los nacionales de países no comunitarios, en 2000 se aprobó la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España. En el artículo 12, sobre asistencia sanitaria, se indica que “los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residen habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles” (artículo 12.1). También tienen derecho a la asistencia sanitaria los extranjeros menores de 18 años (12.3), a la asistencia sanitaria durante embarazo, parto y puerperio las extranjeras embarazadas (12.4) y a la asistencia de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes los extranjeros que se encuentren en España (12.2).

Por tanto, se reconocía el derecho a la asistencia sanitaria al ciudadano extranjero inscrito en el padrón del municipio donde residiera, independientemente de su situación administrativa, en las mismas condiciones que los españoles. Para acreditar el derecho debían poseer la tarjeta sanitaria, ya fuera por estar afiliado y de alta en la Seguridad Social o como persona sin recursos económicos suficientes. Es decir, la inscripción en el padrón municipal implicaba la equiparación de un extranjero irregular con un español respecto a la asistencia sanitaria. Los extranjeros en situación irregular no empadronados sólo tenían derecho a la asistencia pública de urgencias por enfermedad grave o accidente. La Ley 4/2000 fue reformada y modificada en varias ocasiones^{52, 53, 54, 55} manteniéndose el derecho a la asistencia sanitaria como se ha indicado. En 2012 se produjo una modificación significativa en la atención sanitaria de ciudadanos extranjeros, como se indica posteriormente.

1.6 Extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública.

“La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud era casi universal tras las sucesivas ampliaciones de cobertura de la acción protectora de la Seguridad Social y la extensión del derecho a la asistencia sanitaria a colectivos singulares, personas sin recursos económicos suficientes y ciudadanos extranjeros empadronados. Sin embargo, todavía un pequeño porcentaje de la población (<1%) estaba fuera de la cobertura universal.

Por la Disposición adicional sexta de la Ley General de Salud Pública se extendió el derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico. La extensión se hizo efectiva para las personas que hubieran agotado la prestación o el subsidio de desempleo a partir del 1 de enero de 2012. Para otros colectivos se remitía a la evolución de las cuentas públicas y a determinaciones reglamentarias.

Una vez terminadas las transferencias de Sanidad a las Comunidades Autónomas, se aprobó la Ley 16/2003⁵⁶, de cohesión y calidad. Como se indica en la Exposición de motivos, “esta Ley establece acciones de coordinación y cooperación en las Administraciones Públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS”.

Respecto a la cobertura poblacional, incluye “el aseguramiento universal y público por parte del Estado” dentro de los principios generales de la Ley (artículo 2, b). Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria “todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000” (artículo 3.1 a), así como los nacionales de los estados miembros o no de la UE con derechos

por leyes, tratados y convenios suscritos (artículo 3.1 b y c). En el mismo artículo se plantea la incorporación por parte de la Administración de medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del SNS (artículo 3.2). “El acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la asistencia sanitaria que proporciona el SNS se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual (...)” (artículo 57). La tarjeta sanitaria individual se reguló con el Real Decreto 183/2004⁵⁷, siendo las Comunidades Autónomas las Administraciones que la expiden. En las Disposiciones adicionales de la Ley se mantiene la asistencia sanitaria en el extranjero según la normativa reguladora del derecho (segunda), se garantiza la cartera de servicios del SNS por parte de Mutualidades, Entidades Colaboradoras y Mutuas con responsabilidades de cobertura de asistencia sanitaria pública (cuarta) y se da un plazo de 18 meses para la transferencia de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a las Comunidades Autónomas para su plena integración en los servicios autonómicos de salud (sexta). Esto último sólo se ha producido en País Vasco, Cataluña y recientemente Navarra.

La cobertura poblacional del SNS era casi universal tras las sucesivas ampliaciones de cobertura de la acción protectora de la Seguridad Social y la extensión del derecho a la asistencia sanitaria a colectivos singulares, personas sin recursos económicos suficientes y ciudadanos extranjeros empadronados. Sin embargo, todavía un pequeño porcentaje de la población (<1%) estaba fuera de la cobertura universal⁵⁸: desempleados que habían agotado el paro pero con rentas que no les permitían acceder por el Real Decreto 1088/1989, profesionales que ejercían por cuenta propia y habían optado por la Mutualidad de su Colegio Profesional y no por afiliarse al Régimen de Autónomos, personas con recursos suficientes que no hubieran estado afiliados a la Seguridad Social o pertenecían a la economía informal o algunos religiosos. Su número se estimaba en torno a 200000 personas²⁵.

El paso definitivo para la universalización del SNS fue la Disposición adicional sexta de la Ley 33/2011, General de Salud Pública⁵⁹: “Se extiende el derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico”. La extensión tenía como mínimo el alcance previsto en la cartera de servicios comunes del SNS. “La extensión prevista en este apartado será efectiva para las personas que hayan agotado la prestación o el subsidio de desempleo a partir del 1 de enero de 2012”. Para otros colectivos se remitía a la evolución de las cuentas públicas y, para quienes ejerzan actividad por cuenta propia, el Gobierno debía determinar reglamentariamente los términos y condiciones de la extensión del derecho en el plazo de 6 meses.

2. RDL 16/2012. El retorno de asegurados y beneficiarios y la exclusión de colectivos vulnerables.

El RDL 16/2012 implicó una desviación de la senda previa hacia la cobertura universal, iniciada por la Ley General de Sanidad y seguida por la Ley de Cohesión y Calidad en el SNS y la Ley General de Salud Pública, con el retorno de asegurados y beneficiarios y la exclusión de colectivos vulnerables.

Coincidiendo con una grave crisis económica, se aprobó el RDL 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones⁶⁰. Aunque en el Preámbulo del RDL se considera el SNS como “uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos”, algunas de las líneas propuestas en él son una auténtica reforma estructural del Sistema, desviándose de la senda previa (iniciada por la Ley General de Sanidad y seguida por la Ley de Cohesión y Calidad en el SNS y Ley General de Salud Pública) hacia

la cobertura universal, con potencial perjuicio de colectivos vulnerables.

2.1 El retorno de asegurados y beneficiarios.

La modificación de la cobertura poblacional por el RDL 16/2012 fue significativa: de un sistema con derecho a la asistencia por ser españoles y por ser residentes se pasó a un sistema basado en el aseguramiento, con las figuras de asegurados y beneficiarios. El reconocimiento de las condiciones de asegurado o beneficiario correspondía al Instituto Nacional de la Seguridad Social (o, en su caso, al Instituto Social de la Marina).

En el Capítulo I (De la asistencia sanitaria en España) se modifica el artículo 3. De la condición de asegurado (Ley 16/2003) y se añaden los artículos 3 bis. Reconocimiento y control de la condición de asegurado y 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales. En la modificación del artículo 3 se introducen las figuras de asegurado y beneficiario. "La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado". Para ello tienen que encontrarse en alguno de los siguientes supuestos:

- a. Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la del alta.
- b. Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- c. Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
- d. Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

También se introduce una nueva figura, la de beneficiario de un asegurado. Se incluyen en este grupo: "cónyuge o persona con análoga

relación de afectividad", "el ex-cónyuge a cargo del asegurado" y "descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%".

La condición de asegurado y beneficiario se reguló por el Real Decreto 1192/2012⁶¹ con los supuestos indicados. En el Real Decreto se establece un límite de ingresos no superiores a los 100000 euros anuales para otras personas no incluidas dentro de dichos supuestos.

Las personas no aseguradas ni beneficiarias podrían recibir asistencia sanitaria pagando la contraprestación o cuota derivada de suscribir un convenio especial.

El reconocimiento de las condiciones de asegurado o beneficiario correspondía al Instituto Nacional de la Seguridad Social (o, en su caso, al Instituto Social de la Marina) (artículo 4 del Real Decreto). Posteriormente el derecho a la asistencia sanitaria se haría efectivo por las Administraciones sanitarias, que expedirían la tarjeta sanitaria individual.

Por el Real Decreto 1192/2012 quedaron derogados el Real Decreto 1088/1989⁶ y la Orden de 13 de noviembre de 1989⁶² sobre asistencia sanitaria de personas sin recursos económicos suficientes.

Con la Ley 22/2013⁶³, de Presupuestos Generales del Estado (Disposición final 11), se introdujeron modificaciones en el apartado d sobre el supuesto de haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo para ostentar la condición de asegurado. Se añadió "y residir en España". Además, se añadió en el Real Decreto Legislativo 1/1994 (texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social) la Disposición adicional sexagésima quinta sobre "pérdida de residencia a efectos de prestaciones de la Seguridad Social, incluidos los complementos a mínimos": "2. A efectos del mantenimiento del derecho de las prestaciones sanitarias en las que se exija la residencia en territorio español, se entenderá

que el beneficiario de dichas prestaciones tiene su residencia habitual en España aun cuando haya tenido estancias en el extranjero siempre que estas no superen los 90 días a lo largo de cada año natural". Se produce un perjuicio para un colectivo vulnerable dado que se deja sin cobertura sanitaria a los parados españoles que ya no perciban la prestación y hayan emigrado al extranjero buscando un nuevo trabajo. Tras 90 días en el extranjero pierden el derecho a la asistencia sanitaria⁵⁸

Por tanto, la modificación de la cobertura poblacional por el RDL fue significativa. Con el RDL se modificó el derecho a la asistencia, que pasó a corresponder a "asegurados" y "beneficiarios", es decir, un sistema con derecho por ser españoles y por ser residentes pasó a ser un sistema basado en el aseguramiento. El cambio implicó un alejamiento de un modelo de SNS y se acercó a la asistencia por un sistema de Seguridad Social. Podían verse perjudicados los jóvenes mayores de 26 años no incluidos en el sistema de Seguridad Social, los trabajadores informales y los inmigrantes en situación irregular. Las mujeres que trabajen en domicilio pasaban a la situación de "beneficiarias"

2.2 Régimen de los españoles residentes en el exterior.

En la disposición adicional 1ª del RDL 16/2012 se incluye el derecho a la asistencia sanitaria en España a través del Sistema Nacional de Salud de los trabajadores por cuenta ajena españoles de origen residentes en otros Estados y el derecho a la protección a la salud de los españoles residentes en el exterior y a la atención integral de la salud de forma prioritaria de mayores y dependientes que carezcan de recursos suficientes.

En la Disposición adicional 1ª del RDL, respecto al derecho a la protección de la salud de los españoles residentes en el exterior, se remite a la Ley 40/2006⁶⁴ (punto 1). Por otro lado, se incluye el derecho a la asistencia sanitaria en España

a través del SNS de los trabajadores por cuenta ajena españoles de origen residentes en Estados no miembros de la UE, de otros Estados parte en el acuerdo sobre el EEE y de Suiza que se desplacen temporalmente a España (punto 2).

En el artículo 17 de la Ley 40/2006 se hace referencia al derecho a la protección a la salud de los españoles residentes en el exterior (remitiéndose al reglamento que se establezca) y a la atención integral de la salud de forma prioritaria de mayores y dependientes que carezcan de recursos suficientes. Se plantea que el Estado suscriba convenios preferentemente con entidades públicas aseguradoras o prestadoras de cuidados de salud de los países o, en su caso, también con entidades privadas, con especial consideración de las españolas en el exterior.

Posteriormente, se aprobó el Real Decreto 8/2008⁶⁵, que incluye la asistencia sanitaria de españoles residentes en el exterior en su Capítulo III (artículos 21 a 24). "En el caso de que los beneficiarios de la prestación por razón de necesidad carezcan de la cobertura de asistencia sanitaria en el país de residencia o, cuando su contenido o alcance fueran insuficientes, tendrán derecho a cobertura de dicha contingencia en los términos regulados en este Real Decreto" (artículo 21.1). Los beneficiarios de la prestación por razón de necesidad (artículo 2) comprenden "españoles de origen nacidos en territorio nacional que (...) salieron del país y establecieron su residencia en el extranjero" y "españoles de origen no nacidos en España que acrediten un período de residencia en nuestro país de 10 años previo a la presentación de la solicitud de la prestación, siempre que ostentaran durante todo este período la nacionalidad española".

2.3 La exclusión de colectivos vulnerables.

Uno de los aspectos más polémicos y discutidos del RDL 16/2012 fue la exclusión de la cobertura sanitaria de los extranjeros sin autorización

administrativa de residencia en España, que sólo recibirían asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente y asistencia al embarazo, parto y post-parto y a los menores de 18 años. Las personas no aseguradas ni beneficiarias podían suscribir un convenio especial para prestación de asistencia sanitaria. La asistencia sanitaria de los extranjeros sin residencia legal en España se organizó de forma variable y desigual, dependiendo de la Comunidad Autónoma.

En la Disposición final 3ª se modifica la redacción del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000⁴²: “los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria”. Con la Disposición final 5ª, dentro del Real Decreto 240/2007⁴⁸, se modifica y amplía (de 2 a 7 apartados) el artículo 7 sobre residencia superior a 3 meses de ciudadanos de un Estado miembro de la UE o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el EEE. Tienen derecho de residencia en España por un período superior a 3 meses si es trabajador por cuenta propia o ajena en España, “dispone, para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social en España durante su período de residencia, así como un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España”, está matriculado en un centro público o privado o es miembro de la familia que le acompaña.

Uno de los aspectos más discutidos del RDL 16/2012 fue la exclusión de la cobertura sanitaria de los extranjeros sin autorización administrativa de residencia en España, un colectivo especialmente vulnerable y con bastantes necesidades. Se produjo un retroceso respecto a la situación previa: ya no era suficiente el empadronamiento, era necesaria la autorización legal de residencia. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirían asistencia sanitaria “de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica”. También se daría asistencia al embarazo, parto y post-parto y a los extranjeros menores de 18 años (artículo 3 ter de la Ley 16/2003 modificada). La

atención de estos pacientes de urgencia (con las excepciones indicadas) podía implicar un perjuicio en la continuidad de la asistencia y en la detección y tratamiento precoz de enfermedades, así como problemas de Salud Pública por dificultades en acceso a vacunaciones y en el seguimiento de los pacientes.

Las personas no aseguradas ni beneficiarias podían suscribir un convenio especial para prestación de asistencia sanitaria, como se indicaba en el artículo 3.5 de la Ley 16/2003 modificada y en la Disposición adicional 3ª del Real Decreto 1192/2012. Los requisitos básicos se establecen en el Real Decreto 576/2013⁶⁶ “El convenio especial permitirá a las personas que lo suscriban acceder (...) a las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS (...)” (artículo 2.2). Las Comunidades Autónomas pueden incorporar en el convenio especial prestaciones de la cartera de servicios complementaria de la Comunidad Autónoma. El convenio especial tendrá carácter estrictamente individual. Para suscribir el convenio especial deben cumplir los siguientes requisitos (artículo 3): acreditar residencia efectiva en España durante un período mínimo de 1 año, estar empadronados en un municipio del ámbito territorial de la Administración Pública que lo suscribe y no tener acceso por cualquier otro título.

La asistencia sanitaria de los extranjeros sin residencia legal en España se organizó de forma variable y desigual⁵⁸ dependiendo de la Comunidad Autónoma por las diferentes aplicaciones del RDL 16/2012. Se promulgaron Decretos, Órdenes e Instrucciones y hubo impugnaciones ante el Tribunal Constitucional por el Gobierno del Estado, con suspensiones iniciales y levantamiento posterior parcial de la suspensión. En algunas Comunidades Autónomas, como Navarra⁶⁷ o Valencia⁶⁸, se decidió mantener la cobertura sanitaria pública de los extranjeros en situación irregular, basándose en el principio de universalidad del sistema sanitario. Estas leyes fueron posteriormente declaradas

inconstitucionales y nulas por sentencias del Tribunal Constitucional^{69, 70}. Otras Comunidades, como Madrid⁷¹ o Baleares⁷², inicialmente intentaron cumplir los mandatos del RDL y tomar precauciones para evitar problemas de Salud Pública. Posteriormente cambiaron su posición con la asistencia sanitaria de estos pacientes^{73, 74}. Hubo variaciones entre las Comunidades Autónomas, no sólo respecto a la cobertura sanitaria de estos pacientes, sino también sobre las prestaciones cubiertas, exigencia o no de empadronamiento y duración del mismo (de 3 meses a 1 año) y definición de falta de recursos económicos.

3. Ciudadanía-seguro laboral-ciudadanía-... RDL 7/2018. La vuelta a la senda hacia la universalidad en el sistema sanitario.

El RDL 7/2018 significa el retorno a la senda previa hacia la cobertura universal. Con este RDL vuelve el derecho a la atención sanitaria de todas las personas con residencia en España independientemente de su situación administrativa y laboral y sus recursos económicos. La condición de asegurado o beneficiario, reconocida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, se sustituye por los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, reconocida por el Ministerio de Sanidad.

Después del cambio de Gobierno de 2018, se aprobó el RDL 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud⁷⁵, que significa el retorno a la senda previa hacia la cobertura universal iniciada por la Ley General de Sanidad, seguida por la Ley de Cohesión y Calidad y la Ley General de Salud Pública (Disposición adicional sexta) e interrumpida por el RDL 16/2012 con el retorno de asegurados y beneficiarios y con la exclusión de colectivos vulnerables. El Preámbulo del RDL 7/2018 comienza: "El acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y universalidad es un derecho primordial de toda persona". Con este RDL vuelve el derecho a la atención sanitaria de todas las personas con

residencia en España independientemente de su situación administrativa y laboral y sus recursos económicos. Se modifican el artículo 3 de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad⁵⁶, referente al derecho a la protección de la salud, y el artículo 102 del RD Legislativo 1/2015⁷⁶, sobre uso racional de medicamentos y productos sanitarios.

La condición de asegurado o beneficiario, reconocida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (o, en su caso, por el Instituto Social de la Marina) del RDL 16/2012 se sustituye por los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, reconocido por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del RDL 7/2018.

3.1. Titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria. Condición de residencia.

Tras el RDL 7/2018 la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria es de los españoles y extranjeros con residencia en España. Por tanto, depende de la residencia, independientemente de la situación laboral y administrativa y de los recursos económicos de los que se disponga. Se mantienen las Mutualidades de Funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). El reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos corresponde al Ministerio de Sanidad y no al Instituto Nacional de Seguridad Social.

En la nueva redacción del artículo 3.1 de la Ley 16/2003 se dice:

"1. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español.

Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que

comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas”.

Por tanto, la titularidad del derecho depende de la residencia, independientemente de que sean afiliados a la Seguridad Social, pensionistas o reciban otra prestación de la Seguridad Social. También es independiente de los recursos económicos de los que se disponga. Desaparecen en la nueva redacción del artículo 3.1 los términos “asegurado” y “beneficiario” del RDL 16/2012 y quedan derogados (Disposición derogatoria única) los artículos 2 al 8 del RD 1192/2012, por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario.

En el segundo párrafo se indica que también tendrán acceso a la asistencia sanitaria las personas desplazadas temporalmente en aplicación de los reglamentos comunitarios o de convenios bilaterales.

En el artículo 3.2 se indican los supuestos en que deben encontrarse los titulares para hacer efectivo el derecho con cargo a fondos públicos:

- a. “Tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español.
- b. Tener reconocido el derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.
- c. Ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía”.

Portanto, todos los españoles con residencia habitual en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública (apartado a), independientemente de su situación laboral y de sus recursos económicos.

En el siguiente apartado (apartado b) del artículo 3.2 del RDL se incluyen personas con el derecho a la asistencia sanitaria en España reconocido por otro

título jurídico, aunque no tengan su residencia habitual en nuestro país, “siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia”, por ejemplo, españoles residentes en el exterior y retornados por razón de necesidad.

Finalmente, se incluye el requisito (apartado c) de ser ciudadano extranjero con residencia legal y habitual en España. Además de la residencia, no deben tener obligación de acreditar la cobertura por otra vía, por ejemplo, seguros de enfermedad de ciudadanos de la Unión Europea para residencia prevista superior a 3 meses matriculados en un centro público o privado. No obstante, no se aclara en qué casos y cómo hay que acreditar esta cobertura por otra vía. La atención sanitaria de los extranjeros que, aunque se encuentren en España, no tienen residencia legal se recoge en el artículo 3ter.

Se mantiene la posibilidad de suscribir un convenio especial pagando la contraprestación o cuota correspondiente para las personas que no tengan derecho a la atención sanitaria con fondos públicos (artículo 3.3). Los requisitos que deben reunirse para la suscripción y el mantenimiento de un convenio especial son la acreditación de la residencia efectiva en España durante un período continuado mínimo de 1 año antes de la solicitud del convenio especial y estar empadronado al presentar la solicitud.

No se modifica el régimen de asistencia sanitaria de las Mutualidades de Funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Se mantiene, por tanto, un sistema diferente para funcionarios civiles, judiciales y militares, con diferente forma de provisión (pudiendo optar entre provisión pública o privada), con distintos copagos farmacéuticos y financiado por los mutualistas y aportaciones y subvenciones del Estado, sin estar integrado en el Sistema Nacional de Salud, como preveía la Disposición final segunda de la Ley General de Sanidad.

El reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad,

Consumo y Bienestar Social (artículo 3bis) y no al Instituto Nacional de Seguridad Social, que sí realizará la gestión de los derechos derivados de las normas internacionales de los sistemas de Seguridad Social. Tras el reconocimiento del derecho, las administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas expedirán la tarjeta sanitaria individual. Con estos cambios se produce una consolidación del Sistema Nacional de Salud, alejándose de un sistema basado en el aseguramiento.

3.2 Personas extranjeras no registradas ni autorizadas en España.

Por el RDL 7/2018 los extranjeros no registrados ni autorizados en España tienen derecho a la protección de la salud en las mismas condiciones que los españoles. Para la asistencia con cargos públicos no deben tener obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía ni poder exportar el derecho desde su país de origen o procedencia ni existir un tercero obligado a pago. Deben solicitar un documento acreditativo para recibir atención sanitaria que será expedido por las Comunidades Autónomas. Su porcentaje de aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria será 40%. Para los extranjeros irregulares en situación de estancia temporal (90 días naturales) los servicios sociales autonómicos deberán emitir un informe previo favorable.

Como se indica previamente, la titularidad del derecho a la prestación de la salud y a la asistencia sanitaria de los extranjeros con residencia legal y habitual en España está incluido en el artículo 3.2. La titularidad del derecho para personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes está incluido en el artículo 3ter:

“3ter.1 Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones

que las personas con nacionalidad española, tal como establece el artículo 3.1”.

Para la asistencia con cargo a los fondos públicos se deben cumplir los siguientes requisitos (artículo 3ter.2):

- a) No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.
- b) No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.
- c) No existir un tercero obligado al pago.

Con estos requisitos se trata de evitar el uso inapropiado del derecho a la asistencia sanitaria.

A continuación, el RDL especifica que dicha asistencia sanitaria “no genera un derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio español financiada con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes”, para evitar turismo sanitario inadecuado.

El procedimiento para la solicitud y expedición del documento acreditativo para recibir atención sanitaria será fijado por las Comunidades Autónomas (artículo 3ter.3). Para unificar dicho procedimiento se celebraron reuniones de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se acordaron e hicieron públicas⁷⁷ unas “Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español para recibir asistencia sanitaria”.

La persona interesada debe presentar la solicitud de acreditación del acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos en las unidades de tramitación de los centros de salud, acompañada de documentación acreditativa de su identidad, documentación acreditativa de residencia efectiva en España durante un período mínimo de 3 meses (certificado de empadronamiento u otros documentos), acreditación de no poder exportar

el derecho a la asistencia sanitaria desde su país de origen y acreditación de no existir terceros obligados al pago (declaración responsable del solicitante).

Posteriormente, las unidades de gestión del aseguramiento harán la validación de la solicitud y del cumplimiento de los requisitos. En caso de validación positiva, se expedirá el documento acreditativo. El documento deberá ser renovado cada 2 años mientras se mantenga la misma situación. En caso de traslado permanente a otra Comunidad Autónoma, el solicitante deberá solicitar el documento acreditativo en dicha Comunidad Autónoma. En caso de traslados temporales, deberá seguirse el mismo procedimiento que el resto de desplazados.

Para los casos de extranjeros irregulares en situación de estancia temporal (90 días naturales) los servicios sociales autonómicos deberán emitir un informe previo favorable. En el RDL no se hace referencia a situaciones especiales, como la asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, asistencia al embarazo, parto y post-parto ni a la asistencia a extranjeros menores de 18 años.

Respecto a la aportación farmacéutica, el RDL 7/2018 modifica el artículo 102.5 del RD Legislativo 1/2015, añadiendo el siguiente párrafo:

“e) Un 40 % del PVP para personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el artículo 3ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo”.

Este copago farmacéutico puede ser gravoso para algunos extranjeros sin autorización administrativa de residencia en España con dificultades económicas.

3.3 Un déjà vu final.

Los conceptos asegurado y beneficiario vuelven a aparecer en la Disposición adicional única sobre normativa internacional y aportación a la prestación farmacéutica. El Sistema Nacional de Salud tiene vocación universal y se financia con impuestos y con el RDL 7/2018 se han eliminado los términos usuario y beneficiario respecto a la cobertura sanitaria; pero en algunos aspectos se mantienen esquemas de aseguramiento.

Aunque fueron excluidos de la nueva redacción del artículo 3 de la Ley de Cohesión y Calidad y a pesar de que el RDL 7/2018 introduce cambios que favorecen una consolidación del Sistema Nacional de Salud y un alejamiento de un sistema basado en el aseguramiento, los conceptos de asegurado y beneficiario vuelven a aparecer en la Disposición adicional única referente a normativa internacional y a aportación a la prestación farmacéutica.

En ambos casos considera asegurados a “aquellas personas que se encuentren en alguno de los supuestos previstos en el artículo 3.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo”. La condición de beneficiarios la tendrán el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad y los descendientes y asimilados menores de 26 años o con una discapacidad igual o superior al 65% y que cumplan los siguientes requisitos:

- Que tengan residencia legal y habitual en España, salvo que no se exija por la norma internacional que corresponda o sean desplazados temporales a España y estén a cargo de trabajadores trasladados por su empresa fuera de España en situación asimilada a la de alta en el correspondiente régimen de la Seguridad Social.
- Que no se encuentren en alguno de los siguientes regímenes de la Seguridad Social: trabajadores por cuenta propia o ajena, afiliados y en situación de alta o asimilada a la de alta ni pensionistas de dichos regímenes

en su modalidad contributiva ni perceptores de cualquier prestación periódica de dichos regímenes.

Por tanto, aunque el Sistema Nacional de Salud tiene vocación universal y se financia con impuestos y a pesar de que con el RDL 7/2018 se hayan eliminado los términos asegurado y beneficiario respecto a la cobertura sanitaria, en algunos aspectos se mantienen esquemas de aseguramiento.

4. Epílogo. Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

A finales de 2021 se aprobó y sometió al trámite de información pública el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. Respecto a la cobertura poblacional, en el Anteproyecto de Ley se extiende la titularidad del derecho a la protección de la salud a los españoles de origen residentes en el exterior desplazados temporalmente a España, así como a los familiares que los acompañen, se incluyen en el artículo que regula la cobertura sanitaria de la Ley 16/2003 los solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos y, en el caso de extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, se da especial atención a los supuestos de urgencia por enfermedad grave o accidente, mujeres embarazadas y menores de 18 años.

En noviembre de 2021 el Consejo de Ministros aprobó el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud⁷⁸, que fue sometido al trámite de información pública. En el preámbulo del Anteproyecto de Ley se dice: “La universalidad, la equidad y la cohesión del SNS son los principios en los que se sustenta nuestro sistema sanitario público (...)” y se desarrollan medidas para

consolidar estos principios.

Respecto a la cobertura poblacional, se extiende la titularidad del derecho a la protección de la salud a los españoles de origen residentes en el exterior desplazados temporalmente a España, así como a los familiares que los acompañen. Se incluyen en el artículo que regula la cobertura sanitaria de la Ley de cohesión y calidad del SNS los solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión. En el caso de extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, se da especial atención a los supuestos de urgencia por enfermedad grave o accidente, mujeres embarazadas y menores de 18 años.

El derecho a la asistencia sanitaria de los españoles de origen residentes en el exterior desplazados temporalmente a España y de sus familiares acompañantes se incluye por los artículos 2 y 3 del Anteproyecto, que modifican, respectivamente, la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS⁵⁶ y el RD 8/2008⁶⁵.

En el artículo 3 (Titulares del derecho a la protección a la salud y a la asistencia sanitaria) de la Ley de cohesión y calidad en su apartado 2 el Anteproyecto añade:

“d) Ser persona con nacionalidad española de origen residente en el exterior desplazado temporalmente al territorio español, así como los familiares que le acompañen”.

Incluye dentro de los familiares acompañantes con derecho a asistencia sanitaria a cónyuge o pareja de hecho y a sus descendientes o de su cónyuge o pareja de hecho, a cargo de ella y sean menores de 26 años o mayores de esa edad si tienen una discapacidad mayor o igual al 65%.

Por otro lado, el artículo 26 del RD 8/2008 queda redactado por el Anteproyecto de Ley:

“Artículo 26. Asistencia sanitaria para españoles de origen desplazados temporalmente al territorio nacional y para los familiares que les acompañen.

Los españoles de origen residentes en el exterior y los familiares que les acompañen tendrán derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria”.

Los solicitantes de protección internacional y las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión ya disponían de cobertura sanitaria por las Disposiciones adicionales cuarta y quinta, respectivamente, del RD 1192/2012⁶¹. El Anteproyecto de Ley los incluye dentro de los supuestos del artículo 3.2 de la Ley de cohesión y calidad:

“e) Ser persona solicitante de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezca en esta situación”.

“f) Ser víctima de trata de seres humanos cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante el período de restablecimiento y reflexión, mientras permanezca en esta situación”.

El reconocimiento y la gestión de la asistencia sanitaria en esos casos será competencia de las Comunidades Autónomas y el INGESA.

El Anteproyecto de Ley también modifica el artículo 3 ter de la Ley de cohesión y calidad, sobre protección de la salud y asistencia sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, añadiendo en el primer apartado:

“(…) con especial atención en los siguientes supuestos:

-De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral.

- A las embarazadas en el embarazo, parto y puerperio.
- A los menores de dieciocho años.”

ANEXO. Sentencias del tribunal constitucional. La protección de la salud como principio rector.

“El RDL 16/2012 fue motivo de gran litigiosidad jurídica. El Parlamento de Navarra y Gobiernos de diferentes Comunidades Autónomas interpusieron recursos de inconstitucionalidad contra el RDL que en la mayoría de sus alegaciones fueron desestimados por el Tribunal Constitucional. Respecto a la cobertura de la población, únicamente fue declarado inconstitucional y nulo un inciso (“siempre que acrediten que no superen el límite de ingresos determinado reglamentariamente”) por ser contrario a la reserva de ley del artículo 43.2.

El Tribunal falla que el derecho a la protección de la salud es un derecho de configuración legal, lo que permite al legislador redefinir los derechos de los titulares.

1. Sentencia 139/2016.

Diferentes Comunidades Autónomas presentaron recursos contra el RDL 16/2012, de 20 de abril. El Parlamento de Navarra interpuso recurso de inconstitucionalidad contra el RDL 16/2012 y contra varios artículos y Disposiciones del mismo. En este apartado se comenta la Sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional (SPTC) 139/2016⁷⁹, sobre todo, en lo relativo a la cobertura poblacional.

En el recurso se considera que el artículo 1.1 del RDL es contrario al artículo 43 CE (derecho a la protección de la salud) por excluir de la asistencia sanitaria a los españoles sin la condición de asegurado o beneficiario (dado que se remite al reglamento y es contrario a la reserva de ley del artículo 43.2) y por modificar la protección de la salud de los emigrantes en España en contra de la universalización de la asistencia.

La SPTC señala que el derecho a la protección de

la salud del artículo 43 CE (incluido en el Capítulo III del Título I) es un derecho de configuración legal, un principio rector, y eso permite al legislador redefinir los derechos de los titulares. Además, la Sentencia indica que dicho derecho “no ostenta las características de derecho cuya regulación por Decreto-Ley impide el artículo 86.1 CE”. En el RDL se modifica la línea de extensión progresiva de la cobertura sanitaria pública hacia la cobertura universal; pero ese cambio de política no considera la Sentencia que afecte a la constitucionalidad de la norma.

La Sentencia explica que el derecho a la asistencia sanitaria es universal, sin exclusiones; pero eso no implica que las prestaciones sean necesariamente gratuitas para todos los destinatarios. Este planteamiento es discutible dado que la aportación económica puede ser claramente una barrera de acceso a las prestaciones por colectivos vulnerables.

Respecto a la atención de ciudadanos extranjeros, la sentencia informa que hay derechos que corresponden por igual a españoles y extranjeros por ser inherentes a la dignidad humana, derechos que no pertenecen a los extranjeros y derechos que pertenecen o no a los extranjeros según dispongan tratados y leyes. El derecho a la protección de la salud es de configuración legal, principio rector, y susceptible de modulación en su aplicación a los extranjeros. Además, la Sentencia considera que con la asistencia sanitaria en situaciones especiales (atención de urgencias por enfermedad grave y accidente, embarazadas y menores de 18 años) se atienden situaciones de más riesgo y más conexión del derecho a la salud con el derecho a la integridad física. La SPTC no estima constitucionalmente reproachable la asistencia en esas situaciones y vuelve a indicar que la norma no excluye la asistencia sanitaria en los casos restantes, sino que, según tenga residencia legal o no en España, se exige o no una contraprestación.

Respecto a los tratados y convenios internacionales, la Sentencia recuerda que, según su doctrina, “no

son, en sí mismos, canon de constitucionalidad de los preceptos recurridos”. Las normas deben contrastarse con los preceptos constitucionales interpretados de acuerdo con el contenido de esos tratados y convenios. A continuación, analiza el artículo 12.1 del Pacto de derechos económicos, sociales y culturales, el artículo 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE y el artículo 13 de la Carta Social Europea. En el primero (12.1) se incluye el derecho al más alto nivel de salud, pero no a la gratuidad en todos los casos. El segundo caso (artículo 35) remite a las legislaciones nacionales y la Sentencia explica que el Tribunal de Justicia de la UE justifica la comprobación de la regularidad de la residencia en el reconocimiento de una prestación social. Por último, en el artículo 13 se trata el derecho a la asistencia sanitaria de los nacionales y de las demás partes contratantes “que se encuentren legalmente en su territorio”. La Sentencia concluye que “no se vulnera el artículo 43 en relación con el artículo 13 CE”, sobre derechos de los extranjeros.

La Letrada del Parlamento de Navarra también plantea inconstitucionalidad del artículo 1.1 del RDL al ampliar el colectivo que puede acceder a la condición de asegurado por remitirse a un reglamento, siendo contrario a la reserva de ley del artículo 43.2 CE. En el artículo 1.1 del RDL se incluye el inciso “siempre que acrediten que no superen el límite de ingresos determinado reglamentariamente”. La Sentencia recuerda que es doctrina del Tribunal que la reserva de ley es compatible con la colaboración reglamentaria; pero no con una regulación independiente no subordinada a la ley. En este caso la ley remite totalmente al reglamento para fijar el umbral económico, por lo que el inciso indicado se declara inconstitucional y nulo.

Por otro lado, la SPTC considera que la situación de extraordinaria y urgente necesidad (condición para dictar Decretos-Leyes, artículo 86.1 CE) ha sido justificada por el Gobierno de forma explícita y razonada y que se cumple la conexión entre la urgencia definida y las medidas adoptadas en el RDL. La Sentencia también concluye que la

participación de los usuarios del SNS en el coste de medicamentos y productos sanitarios se regula conforme a la legislación vigente, siendo habitual la colaboración reglamentaria. Tampoco prosperan los recursos de inconstitucionalidad por vulneración del derecho de la protección de datos personales ni por vulneración del régimen de las Comunidades Autónomas.

En su fallo el Tribunal Constitucional declara inconstitucional y nulo el inciso "siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente" de los artículos 3.3 de la Ley 16/2003 y 1.1 del RDL 16/2012. Se desestima el recurso en todo lo demás.

Se emitieron dos Votos particulares. El primero discrepa sobre la concurrencia de la extraordinaria y urgente necesidad y la justificación de dicha concurrencia, sobre la vulneración de los límites materiales del artículo 86.1 CE, en particular la prohibición de "afectar a los derechos de los ciudadanos reconocidos en el Título I CE" y sobre la infracción por el RDL del artículo 43 CE en lo relativo a la modificación del sistema de protección de la salud del que venían disfrutando los extranjeros sin permiso de residencia. El otro Voto particular discrepa por la inconstitucionalidad del RDL por vulneración del artículo 86.1 CE, ya que la urgencia y extraordinaria necesidad invocadas para su promulgación no justifica la exclusión de la asistencia sanitaria de determinados colectivos y por inconstitucionalidad del RDL por vulneración del artículo 43 CE, ya que resulta desproporcionado privar del derecho a la protección de la salud a los extranjeros en situación de irregularidad migratoria.

2. Otras sentencias del Tribunal Constitucional.

El Tribunal ha dictado otras Sentencias sobre el RDL tras recursos de inconstitucionalidad interpuestos por diferentes Comunidades Autónomas. La Sentencia 183/2016⁸⁰, tras recurso del Gobierno

del Principado de Asturias, estimó parcialmente el recurso y declaró inconstitucional y nulo un apartado de un artículo referente al estatuto marco del personal estatutario de los Servicios de Salud por intromisión en la competencia autonómica sobre gestión del personal a su servicio.

Los Gobiernos de Andalucía, Cataluña, País Vasco y Canarias presentaron recursos de inconstitucionalidad contra varios artículos del RDL, incluyendo el referente al derecho de acceso a la asistencia sanitaria a través de la condición de asegurado, con la exclusión de determinados colectivos de la titularidad del derecho.

La SPTC 33/2017⁸¹ responde al recurso de inconstitucionalidad 4585-2012 interpuesto por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía. Dicho recurso argumenta que el RDL 16/2012 infringe el artículo 86.1 por no concurrencia del presupuesto habilitante de extraordinaria y urgente necesidad y por la afectación de derechos y libertades regulados por el Título I de la CE. También plantea la inconstitucionalidad de varios artículos del RDL, incluido el artículo 1.1.

Se desestima la impugnación del artículo 1.1 por vulnerar el artículo 86.1 y afectar derechos y libertades de los ciudadanos por lo indicado en los Fundamentos Jurídicos de la SPTC 139/2016. También hace referencia a esta Sentencia respecto a la infracción del artículo 43 CE y a la vulneración de los artículos 86.1 y 43 CE por el artículo 1.2. Desde la perspectiva competencial, la Comunidad Autónoma considera excesivo el ejercicio de la competencia estatal básica (artículo 149 1.16 CE), limitando las competencias autonómicas incluidas en el Estatuto de Autonomía y efectuando "una regulación exhaustiva que no deja espacio normativo al desarrollo autonómico". La Sentencia indica que el artículo 149 1.16 atribuye al Estado competencia exclusiva en "bases y coordinación general de la sanidad". En esta última competencia la Sentencia incluye el precepto impugnado (reconocimiento y control de la condición de asegurado), una función previa al

ejercicio por la Comunidad Autónoma de otorgar la tarjeta sanitaria. Las Comunidades Autónomas hacen efectivo el derecho a la asistencia sanitaria facilitando el acceso de los ciudadanos con la tarjeta sanitaria individual. Se reconoce a órganos estatales la coordinación de la información para acreditar la condición de asegurado o beneficiario de cada persona. Por ello, la Sentencia desestima la impugnación del precepto.

Por otro lado, el Consejo de Gobierno de la Generalitat de Cataluña interpuso el recurso de inconstitucionalidad 414-2013 también por infracción del artículo 86.1 CE por falta de presupuesto habilitante y por vulneración de los límites materiales relativos al régimen de derechos y deberes y de las Comunidades Autónomas por vulneración de los artículos 13, 14 y 43 CE con la exclusión de colectivos en el acceso a la asistencia sanitaria y por vulneración de competencias autonómicas.

La SPTC 63/2017⁸² en los Fundamentos Jurídicos se remite a la SPTC 139/2016 respecto a las condiciones del artículo 86.1 y a la afectación de los artículos 13, 14 y 43. En el recurso del Gobierno de la Generalitat se indica que “el artículo 1.1 (del RDL 16/2012) vacía la competencia de desarrollo normativo de la Generalitat en la determinación de los titulares al acceso a las prestaciones sanitarias. El ámbito mínimo esencial fijado en la norma básica debería ser susceptible de ampliación, para su mejora, por las Comunidades Autónomas”. Se considera que conculca artículos del Estatuto de Cataluña al impedir el derecho de todas las personas a acceder en condiciones de igualdad y gratuidad a los servicios sanitarios públicos.

Antes de ser modificado por el RDL 16/2012, la SPTC 136/2012⁸³, en su Fundamento Jurídico 5, confirmó el carácter básico del artículo 3 de la Ley 16/2003, por considerar que los beneficiarios de las prestaciones y el contenido de estas pertenecen “indudablemente al núcleo de lo básico, pues define los ámbitos subjetivo y objetivo de la propia materia”. También se indicaba que la forma de

financiación de las prestaciones y el copago por los usuarios también constituyen un elemento nuclear del ámbito objetivo de las prestaciones, por lo que “debe ser regulado de manera uniforme (...)”. La Sentencia 63/2017 considera que la modificación debida al artículo 1.1 del RDL no altera la anterior conclusión: el artículo 3 de la Ley 16/2003 “conforma el núcleo de lo básico”. La competencia compartida incluida en el Estatuto debe ejercerse en el marco definido por el legislador básico estatal.

Por su parte, en el recurso de constitucionalidad 419-2013, el Gobierno del País Vasco plantea motivo de inconstitucionalidad del RDL 16/2012 ya indicados en otros recursos. Respecto a la vulneración del artículo 86.1 CE, la SPTC 64/2017⁸⁴ se remite a la doctrina de la SPTC 139/2016, reiterada por las Sentencias 183/2016 y 33/2017, rechazando las tachas esgrimidas en el recurso. La Sentencia también señala la existencia de una necesaria conexión entre la situación de urgencia definida y las medidas adoptadas en el RDL.

Por otro lado, en su recurso el Gobierno del País Vasco considera que el contenido de otros artículos del RDL (2.3 y 4 y 4.13, referidos a cartera de servicios y medicamentos) exceden la competencia estatal en sanidad y vulnera la competencia de la Comunidad Autónoma. Tras explicar las competencias estatales de dictar las bases de la sanidad y de coordinación general, incluidas en el artículo 149 1.16 CE, la sentencia considera que “las bases contenidas en los preceptos impugnados habilitan un margen para el desarrollo, por parte de las Comunidades Autónomas, de su propia política sanitaria”.

Finalmente, la SPTC 98/2017⁸⁵ tras recurso de inconstitucionalidad 433-2013 interpuesto por el Gobierno de Canarias, se remite a lo ya razonado en las Sentencias 139/2016, 183/2016, 33/2017 y 64/2017.

En resumen, en dichos recursos se formularon impugnaciones en términos coincidentes entre sí y con el recurso del Gobierno de Navarra de la Sentencia 139/2016. Las Sentencias desestimaron la mayoría del contenido de los recursos (incluidas

las alegaciones al derecho a la protección de la salud y a la exclusión de determinados colectivos, en las que se remiten a la sentencia 139/2016), excepto un inciso sobre la Organización Nacional de Trasplantes en la Sentencia del recurso del Gobierno de Cataluña. En la Sentencia del recurso del Gobierno de Canarias se declaró la pérdida sobrevenida del objeto del recurso en este punto, al igual que sucedió en las Sentencias de los Gobiernos de Andalucía y Cataluña respecto al apartado declarado inconstitucional y nulo en la Sentencia 183/2016. Todas las Sentencias tuvieron dos Votos particulares.

También el Tribunal Constitucional⁸⁶ desestimó el conflicto positivo de competencias planteado por el Gobierno Vasco en relación con varios preceptos del RD 1192/2012 sobre el reconocimiento, control y extinción de la condición de asegurado y la comunicación de variaciones.

CONCLUSIONES

1. Primera conclusión: Necesidad, Trabajo y Ciudadanía.

La cobertura de la población en el Sistema Sanitario español ha evolucionado desde la atención de la necesidad a la prestación de un derecho ciudadano. Inicialmente se atendía a los necesitados, a las personas en situación de pobreza con el sistema de Beneficencia pública, iniciado en el siglo XIX. Con la ASSS, organizada en la década de los años 60 del siglo XX, el derecho derivaba de la condición de trabajador y de estar afiliado y dado de alta en la Seguridad Social e incluía trabajadores, pensionistas y familiares o asimilados, con financiación por cotizaciones sociales. La ASSS y la Beneficencia coincidieron en el tiempo. Finalmente, se aprobó la Constitución, en la que España se constituye como Estado social y democrático de Derecho, se reconoce el derecho a la protección de la salud y se destacan como valores la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político. Con la Ley General de Sanidad de 1986 se inicia la transición hacia el SNS, un sistema con vocación universal que será financiado por impuestos.

2. Segunda conclusión: Una cobertura poblacional casi universal.

La universalidad, que va unida a la solidaridad y a la equidad, es la característica principal de los Sistemas Nacionales de Salud. Se trata de que todos, independientemente de su situación laboral y de sus recursos económicos, tengan acceso a la atención sanitaria y reciban las prestaciones que necesiten. Después de la CE de 1978, la cobertura sanitaria fue extendiéndose de forma progresiva (incrementalista) a distintos

colectivos, superponiéndose el SNS a la ASSS, de manera que se produjo una extensión del derecho a la ASSS. No obstante, desde 1999 la financiación del SNS se realiza sólo por impuestos generales, lo que implicó una desvinculación financiera de la Seguridad Social. La cobertura del SNS se amplió con nacionales de la UE y EEE según Reglamentos y Directivas vigentes, extranjeros no comunitarios empadronados, independientemente de su situación administrativa, y ciudadanos que hayan agotado la prestación o subsidio de desempleo. En ese momento la cobertura poblacional era prácticamente universal, aunque no llegó a alcanzarse la universalidad completa, para todos los ciudadanos por el hecho de serlo.

3. Tercera conclusión: Fragmentación en el sistema sanitario.

Antes de la aprobación de la LGS, el sistema sanitario era un mosaico de subsistemas sin un funcionamiento coordinado y con la implicación de diferentes Ministerios. Ante esta fragmentación la LGS contiene un principio de coordinación y, en su caso, integración de los servicios y recursos sanitarios en cada Comunidad Autónoma. A pesar de la notable integración de centros, servicios y establecimientos dentro de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, de la cobertura poblacional mayoritaria dentro del SNS, incluyendo también a personas sin recursos, y de la financiación con impuestos, se mantienen en el sistema sanitario subsistemas con esquemas de protección distintos según colectivos, así como prestaciones diferentes: Empresas Colaboradoras, Mutualidades de Funcionarios (MUFACE, ISFAS, MUGEJU), Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, Sanidad Penitenciaria (excepto País Vasco, Cataluña y Navarra) y Convenios o Conciertos con la Seguridad Social.

4. Cuarta conclusión: El retorno de asegurados y beneficiarios y la exclusión de colectivos vulnerables.

El RDL 16/2012 significó una reforma del SNS, desviándose de la senda previa hacia la cobertura universal, iniciada con la CE y la LGS, seguida por la Ley de cohesión y calidad y prácticamente alcanzada, con el retorno de las figuras de asegurado y beneficiario, más propias de un sistema de Seguro Social, con una desviación significativa de la senda previa hacia la cobertura universal y con la exclusión de colectivos vulnerables, como extranjeros sin autorización administrativa de residencia en España, que, previamente, con el empadronamiento estaban en las mismas condiciones que los españoles y con el RDL 16/2012 quedaban excluidos del SNS, excepto en urgencias por enfermedad grave o accidente y atención de embarazadas y menores de 18 años o suscribiendo un convenio especial. Se interpusieron recursos de inconstitucionalidad contra el RDL que en la mayoría de sus alegaciones fueron desestimados por el Tribunal Constitucional. El Tribunal falló que el derecho a la protección de la salud es un derecho de configuración legal, un principio rector, lo que permite al legislador redefinir los derechos de los titulares.

5. Quinta conclusión: La vuelta a la senda hacia la universalidad.

El RDL 7/2018 ha significado el retorno a la senda previa hacia la cobertura universal, hacia el derecho a la atención sanitaria de los españoles y extranjeros residentes en España, independientemente de su situación laboral y administrativa y de los recursos económicos que tengan. El reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos corresponde ahora al Ministerio de Sanidad y no al Instituto Nacional de

la Seguridad Social. Los extranjeros no registrados ni autorizados en España tienen derecho a la protección de la salud en las mismas condiciones que los españoles. Para la asistencia con cargos públicos no deben tener obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía ni poder exportar el derecho desde su país de origen o procedencia ni existir un tercero obligado a pago. Deben solicitar un documento acreditativo para recibir atención sanitaria que será expedido por las Comunidades Autónomas. Aunque en el RDL 7/2018 se eliminan los conceptos de usuarios y beneficiarios respecto a la cobertura sanitaria, dichos conceptos vuelven a aparecer en la Disposición adicional única del RDL 7/2018 sobre normativa internacional y aportación a la prestación farmacéutica.

Agradecimientos:

Agradezco a la Prof. Josefa Cantero, por su tutorización del Trabajo de Fin de Máster "Cobertura de la población en el sistema sanitario español: de la atención a los necesitados a la prestación de un derecho ciudadano y al retorno de asegurados y beneficiarios". Este artículo lo actualiza y revisa.

REFERENCIAS

- 1.-Constitución Española (BOE de 29 de diciembre de 1978).
2. -Real Decreto 1558/1977, de 4 de julio, por el que se reestructuran determinados Órganos de la Administración Central del Estado (BOE de 5 de julio).
- 3.-Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo (BOE de 18 de noviembre).
- 4.-Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE de 29 de abril).
- 5.-Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio. Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero. Real Decreto 1536/1987, de 6 de noviembre. Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre. Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre. Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre. Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo. Reales Decretos 1471-1480/2001, de 27 de diciembre.
- 6.-Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes (BOE de 9 de septiembre).
- 7.-Simó J. Universalización de nuestra sanidad pública y origen del déficit de financiación de nuestra atención primaria. FML. 2011; 15(2):9p.
- 8.-Alfaro-Latorre M, Barranco-Ortega V, Navarro-Castillo C. Algunas reflexiones sobre la cobertura sanitaria pública en España. Revista de Administración Sanitaria siglo XXI. 2002; 6(23): 123-141
- 9.-Ley 37/1984, de 22 de octubre, de reconocimiento de derechos y servicios prestados a quienes durante la guerra civil formaron parte de las Fuerzas Armadas, Fuerzas del Orden Público y Cuerpo de Carabineros de la República (BOE de 1 de noviembre).
- 10.-Ley 5/1979, de 18 de septiembre, sobre reconocimiento de pensiones, asistencia médico-farmacéutica y asistencia social en favor de las viudas, y demás familiares de los españoles fallecidos como consecuencia o con ocasión de la pasada Guerra Civil (BOE de 28 de septiembre).
- 11.-Real Decreto 391/1982, de 12 de febrero, por el que se integran en el Régimen General de la Seguridad Social, a efectos de asistencia sanitaria y servicios sociales, a los mutilados excombatientes de la zona republicana (BOE de 5 de marzo).
- 12.-Real Decreto 2448/1981, de 19 de octubre, sobre protección a los afectados por síndrome tóxico (BOE de 27 de octubre).
- 13.-Orden de 29 de julio de 1982 por la que se regula la suscripción de Convenio especial de Seguridad Social entre las Cortes Generales y el Instituto Nacional de la Seguridad Social y se modifica la Orden de 7 de marzo de 1978 y las normas dictadas para su aplicación y desarrollo por lo que respecta a los parlamentarios que con anterioridad hubiesen estado afiliados al Régimen General de la Seguridad Social (BOE de 9 de agosto).
- 14.-Orden de 7 de diciembre de 1981 por la que se regula la suscripción de Convenio Especial con las Entidades Gestoras de la Seguridad Social por los Gobiernos y Parlamentos de las Comunidades Autónomas, a favor de sus miembros (BOE de 17 de diciembre).
- 15.-Real Decreto 2805/1979, de 7 de diciembre, por el que se incluye en el campo de aplicación del Régimen General de la Seguridad Social a los españoles no residentes en territorio nacional que ostenten la condición de funcionarios o empleados de Organizaciones Internacionales (BOE de 15 de diciembre).
- 16.-Orden de 18 de febrero de 1981, por la que se establece Convenio en materia de asistencia sanitaria en el Régimen General de la Seguridad Social en favor de los españoles emigrantes que retornan al territorio nacional (BOE de 26 de febrero).
- 17.-Ley 37/1988, de 28 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para 1989 (BOE de 29 de diciembre).
- 18.-Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999 (BOE de 31 de diciembre)
- 19.-Repullo JR. La sostenibilidad de las prestaciones públicas. En: Presno-Linera MA (Coord). Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables, Procura no 2. Oviedo: Procuradora General del Principado de Asturias, Universidad de Oviedo, Área de Derecho Constitucional; 2012. 132-162.
- 20.-Real Decreto 187/1987, de 23 de enero, por el que se suprime el Organismo autónomo Administración Institucional de la Sanidad Nacional y se adscriben algunos Centros dependientes del mismo al Instituto Nacional de la Salud (BOE de 10 de febrero).
- 21.-Orden de 13 de septiembre de 1985, por la que se establece el régimen de integración de los Hospitales Clínicos en el Instituto Nacional de la Salud (BOE de 14 de septiembre)
- 22.-Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud (BOE de 1 de febrero).
- 23.-Orden de 27 de julio de 1983 por la que se crea la Comisión ministerial para la reforma psiquiátrica.
- 24.-Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento

de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (BOE de 16 de abril).

25.-Freire-Campo JM. Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad en España. En: Foro SESPAS-AJS, Ciudadanía sanitaria. Oportunidades de actualización e integración normativa del SNS en el Siglo XXI. SESPAS-AJS; 2007. 41-59. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2349374.pdf> (consultado 4/02/2023)

26.-Orden de 24 de abril de 1980 por la que se da nueva redacción a determinados artículos de la Orden de 25 de noviembre de 1966 sobre colaboración de las Empresas en la gestión del Régimen General de la Seguridad Social y se fijan los coeficientes para determinar la cotización de las que colaboran voluntariamente (BOE de 10 de mayo).

27.-Real Decreto 1380/1999, de 27 de agosto, por el que se establece el procedimiento para hacer efectivo el importe de la compensación económica a las empresas que colaboran en la gestión de la asistencia sanitaria, correspondiente a 1988, de acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria sexta de la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social (BOE de 9 de septiembre).

28.-Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (BOE de 28 de junio).

29.-Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

30.-Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen Especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia (BOE de 28 de junio)

31.-Real Decreto 480/1993, de 2 de abril, por el que se integra en el Régimen General de la Seguridad Social el Régimen Especial de la Seguridad Social de los funcionarios de la Administración Local (BOE de 3 de abril).

32.-Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (BOE de 12 de diciembre).

33.-Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (BOE de 15 de febrero).

34.-Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de las mutualidades de previsión social (BOE de 17 de enero).

35.-Sevilla FJ. La reforma de la Seguridad Social y la atención sanitaria. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006; nº extra 1: 131-145.

36.-Ley 26/1985, de 31 de julio, de medidas urgentes para la racionalización de la estructura y de la acción protectora de la Seguridad Social (BOE de 1 de agosto).

37.-Real Decreto 2621/1986, de 24 de diciembre, por el que se integran los Regímenes Especiales de la Seguridad Social de Trabajadores Ferroviarios, Jugadores de Fútbol, Representantes de Comercio, Toreros y Artistas en el Régimen General, así como se procede a la integración del Régimen de Escritores de Libros en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (BOE de 30 de diciembre).

38.-Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE de 29 de junio).

39.-Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social (BOE de 16 de julio).

40.-Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE de 31 de octubre).

41.-Cantero-Martínez J. Asistencia sanitaria pública al extranjero no comunitario y, en especial, al que carece de autorización administrativa de residencia en España. En: Palomar-Olmeda A, Cantero-Martínez J, Larios-Risco D, González-García L, De Montalvo F, Pemán-Gavín JM (editores). Tratado de Derecho Sanitario. Cizur Menor: Aranzadi. 2013: 553-598.

42.-Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (BOE de 12 de enero).

43.-Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España (BOE de 3 de julio).

44.-Instrumento de Ratificación del Tratado hecho en Lisboa y Madrid el 12 de junio de 1985, relativo a la adhesión del Reino de España y de la República Portuguesa a la Comunidad Económica Europea y a la Comunidad Europea de la Energía Atómica (BOE de 1 de enero de 1986).

45.-Real Decreto 1099/1986, de 26 de mayo, sobre entrada, permanencia y trabajo en España de ciudadanos de Estados miembros de las Comunidades Europeas (BOE de 11 de junio).

46.-Real Decreto 766/1992, de 26 de junio, sobre entrada y permanencia en España de nacionales de Estados miembros de las

Comunidades Europeas (BOE de 30 de junio).

47.-Real Decreto 178/2003, de 14 de febrero, sobre entrada y permanencia en España de nacionales de Estados miembros de la UE y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE (BOE de 22 de febrero).

48.-Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la UE y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE (BOE de 28 de febrero).

49.-Reglamento 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social (Diario Oficial de la UE de 30 de abril).

50.-Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (Diario Oficial de la UE de 4 de abril).

51.-Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación (BOE de 8 de febrero).

52.-Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (BOE de 23 de diciembre).

53.-Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros (BOE de 30 de septiembre).

54.-Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre; de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local; de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y de la Ley 3/1991, de 10 de enero, de competencia desleal (BOE de 21 de noviembre).

55.-Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (BOE de 12 de diciembre).

56.-Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS (BOE de 29 de mayo).

57.-Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual (BOE de 12 de febrero).

58.-Cantero-Martínez J. Universalidad y gratuidad de las prestaciones sanitarias públicas. Revista Derecho y Salud. 2014; 24 extraordinario XXIII Congreso Asociación Juristas de la Salud: 81-104.

59.-Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE de 5 de octubre).

60.-RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (BOE de 24 de abril).

61.-Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS (BOE de 4 de agosto).

62.-Orden de 13 de noviembre de 1989, de desarrollo del Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, de la extensión de la ASSS a las personas sin recursos económicos suficientes (BOE de 14 de noviembre).

63.-Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014 (BOE de 26 de diciembre).

64.-Ley 40/2006, de 14 de diciembre, del Estatuto de la ciudadanía española en el exterior (BOE de 15 de diciembre).

65.-Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados (BOE de 24 de enero).

66.-Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de asegurados ni de beneficiarios del SNS y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS (BOE de 27 de julio).

67.-Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por el que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra (Boletín Oficial de Navarra de 4 de marzo).

68.-Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la asistencia sanitaria en la Comunitat Valenciana (Diari Oficial de la Comunitat Valenciana de 29 de julio).

69.-Pleno. Sentencia 17/2018, de 22 de febrero de 2018. Recurso de inconstitucionalidad 7089-2013 interpuesto por el Presidente del Gobierno en relación con la Ley foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra

el derecho a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra. Competencias sobre extranjería, asistencia sanitaria y sanidad: Nulidad de la Ley foral que extiende la cobertura sanitaria a sujetos no incluidos en el Sistema Nacional de Salud (STC 134/2017). Votos particulares.

70.-Pleno. Sentencia 145/2017, de 14 de diciembre de 2017. Recurso de inconstitucionalidad 6022-2015. Interpuesto por el Presidente del Gobierno respecto al Decreto-ley del Consell de la Generalitat Valenciana 3/2015, de 24 de julio, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana. Competencias sobre condiciones básicas de igualdad, inmigración y extranjería, sanidad y régimen económico de la Seguridad Social: Nulidad de la norma legal autonómica que extiende la cobertura sanitaria a sujetos no incluidos en el Sistema Nacional de Salud (STC 134/2017). Votos particulares.

71.-Viceconsejería de Asistencia Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid. Instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el Servicio Madrileño de Salud a todas aquellas personas que no tengan la condición de beneficiario o asegurado (27 de agosto de 2012).

72.-Servicio de Salud. Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Criterios generales de aplicación de la asistencia sanitaria a las personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario (31 de agosto de 2012).

73.-Instrucciones Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Comunidad de Madrid (21 y 28 de agosto de 2015). Instrucción Subdirección de Planificación y Aseguramiento. Comunidad de Madrid (24 de agosto de 2015).

74.-Instrucción del Director General del Servicio de Salud de 17 de julio de 2015 por la que se establece, con carácter de urgencia, los trámites que se han de llevar a cabo con el objeto de garantizar el derecho al acceso a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes, en el ámbito de gestión del Servicio de Salud de las Illes Balears (Butlletí Oficial de las Illes Balears de 18 de julio).

75.-Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (BOE de 30 de julio).

76.-Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE de 25 de julio).

77.-Resolución del 20 de junio de 2019, de la Dirección General de Cartera Básica de servicios del Sistema Nacional de Salud, por la que se hacen públicas las "Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español para recibir asistencia sanitaria".

78.-Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.

https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/docs/DG_67_21.pdf

79.-Sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional 139/2016, de 21 de julio de 2016 (BOE de 15 de agosto).

80.-Pleno. Sentencia 183/2016, de 3 de noviembre de 2016. Recurso de inconstitucionalidad 4530-2012. Interpuesto por el Consejo de Gobierno del Principado de Asturias (BOE de 12 de diciembre).

81.-Pleno. Sentencia 33/2017, de 1 de marzo de 2017. Recurso de inconstitucionalidad 4585-2012. Interpuesto por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía (BOE de 7 de abril).

82.-Pleno. Sentencia 63/2017, de 25 de mayo de 2017. Recurso de inconstitucionalidad 414-2013. Interpuesto por el Consejo de Gobierno de la Generalitat de Cataluña (BOE de 1 de julio).

83.-Pleno. Sentencia 136/2012, de 19 de junio de 2012. Recurso de inconstitucionalidad 2810-2009. Promovido por el Presidente de Gobierno (BOE de 9 de julio).

84.-Pleno. Sentencia 64/2017, de 25 de mayo de 2017. Recurso de inconstitucionalidad 419-2013. Interpuesto por el Gobierno Vasco (BOE de 1 de julio).

85.-Pleno. Sentencia 98/2017, de 20 de julio de 2017. Recurso de inconstitucionalidad 433-2013. Interpuesto por el Gobierno de Canarias (BOE de 11 de agosto).

86.-Pleno. Sentencia 97/2017, de 20 de julio de 2017. Conflicto positivo de competencia 6714-2012. Planteado por el Gobierno Vasco (BOE de 11 de agosto).