



INFORME RESUMIDO DEL MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL PARA LA COMISIÓN DELEGADA DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS SOBRE EL ACCESO UNIVERSAL AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ÍNDICE

- 1. Objetivo de Gobierno**
- 2. Justificación**
- 3. Antecedentes**
 - 3.1. Compromisos mundiales y europeos
 - 3.2. Normativa estatal
 - 3.3. Requerimientos europeos
 - 3.4. Observaciones de la Organización de Naciones Unidas
 - 3.5. Comunidades Autónomas
 - 3.6. Defensor del Pueblo
 - 3.7. Sociedad civil, movimiento asociativo y sociedades científicas y profesionales y partidos políticos



1. OBJETIVO DE GOBIERNO

El objetivo de Gobierno es devolver el derecho a la protección de la salud a todas las personas en el Estado Español, garantizando la igualdad efectiva de acceso al Sistema Nacional de Salud.

2. JUSTIFICACIÓN

El derecho a la protección de la salud (Art. 43 CE) está íntimamente relacionado con el derecho fundamental a la vida y a la integridad física (Art. 15 CE), por tanto, el acceso al Sistema Nacional de Salud, en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial de toda persona.

Es una exigencia constitucional garantizar los derechos antes expuestos y es obligación de los poderes públicos. Esto cobra mayor importancia cuando se trata de colectivos vulnerables.

En concreto, la población extranjera mantiene altas tasas de pobreza y exclusión social¹. Tal y como se indica en el informe anual de seguimiento del indicador AROPE de la Red europea de lucha contra la pobreza y la exclusión social:

- En el año 2016, la tasa AROPE (indicador que mide la pobreza y exclusión social) de los inmigrantes procedentes de la Unión Europea es del 47,3 %, cifra que es la más alta desde que se calcula el indicador.
- La población extranjera procedente de fuera de la UE ha mantenido durante todo el período y sin matices una gravísima situación de pobreza y/o exclusión social. En el año 2016, casi dos de cada tres personas extranjeras procedentes de fuera de la UE (60,1 %) están en situación de pobreza y/o exclusión social.
- El 52,1% de la población extranjera extracomunitaria y el 40,3% de la población extranjera comunitaria son los dos grupos con mayores tasas de pobreza.

¹ Séptimo informe anual de seguimiento del indicador AROPE (At Risk Of Poverty and/or Exclusion) de la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social.

Disponible en:

https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2017.pdf



- El 20% de la población extranjera extracomunitaria y el 12% de la de comunitaria son los dos grupos con mayores tasas de carencia o privación material severa.

Actualmente las personas adultas no registradas ni autorizadas a residir en España están excluidas de la atención sanitaria, en los términos establecidos en el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones* (en adelante RDL 16/2012), y en el que, entre otros aspectos, se regula la condición de persona asegurada y asimiladas en el Sistema Nacional de Salud

Esta exclusión que agrava la situación de extrema vulnerabilidad de este colectivo, ha motivado que la Unión Europea, la Organización de Naciones Unidas, las Comunidades Autónomas, el Defensor del Pueblo, la sociedad civil, el movimiento asociativo, las sociedades científicas profesionales, los partidos políticos y otras entidades hayan solicitado, de manera reiterada, la derogación/modificación de la norma que impuso esta exclusión.

3. ANTECEDENTES

3.1. Compromisos mundiales y europeos

España, como Estado parte de la Organización de Naciones Unidas, firmó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales² donde se comprometió, en su artículo 12, a reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Por otra parte, en Marzo de 2010 se aprueba la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea³, donde el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión proclama que la Unión reconoce los derechos, libertades y principios, siendo derechos reconocidos la dignidad humana, el derecho a la vida, el derecho a la integridad de la persona, el derecho a la igualdad ante la ley y la no discriminación.

² Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

³ Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>



Asimismo, en su artículo 35 se establece el derecho a la protección de la salud, donde se indica que *“Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acción de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección a la salud humana.”*

Asimismo, en el año 2011, se aprueba la Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de marzo de 2011, sobre la reducción de las desigualdades en salud de la UE ⁴ donde se *“pide a los Estados miembros que garanticen que los grupos más vulnerables, incluidos los migrantes indocumentados, tienen derecho a un acceso equitativo a la asistencia sanitaria y disfrutan de él en la práctica; pide a los Estados miembros que examinen la viabilidad de apoyar la asistencia sanitaria para los migrantes en situación irregular, a través de una definición, basada en principios comunes, de los elementos básicos de dicha asistencia tal y como se encuentran definidos en sus respectivas legislaciones nacionales.”*

3.2. Normativa estatal

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 80 dispone que el Gobierno regulará el sistema de financiación de la cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social para las personas sin recursos económicos no incluidas en el mismo.

Por otro lado, el artículo 9.3 de la Ley 37/1988, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1989, ordena al Gobierno regular, la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a la población sin recursos económicos suficientes, de acuerdo con las previsiones financieras contenidas en dichos Presupuestos y según lo establecido en las Leyes Generales de Seguridad Social y Sanidad.

El Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, da efectividad a las anteriores disposiciones, regulando el derecho a las prestaciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los españoles que tengan establecida su residencia en territorio nacional y carezcan de recursos económicos suficientes.

⁴ Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P7-TA-2011-0081+0+DOC+PDF+V0//ES>



El 13 de noviembre de 1989 se aprueba la Orden de desarrollo del Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, de la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

La Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social se les concedía a todos los extranjeros inscritos en el padrón la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, de tal forma que los extranjeros sin recursos se pudieron acoger a la vía del 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.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) establece los principios generales del SNS, siendo estos:

- a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.
- b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado.
- c) La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública.
- d) La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública.
- e) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.
- f) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- g) La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
- h) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica.



En el año 2007 se aprueba el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

Por otra parte, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, establece las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva. Las competencias y actuaciones en materia de salud pública corresponden a las comunidades autónomas, quienes las ejercen independientemente del dispositivo de asistencia sanitaria y que se dirigen a toda la población sin distinción de su acceso al sistema sanitario asistencial.

En el año 2012, se aprueba el *RDL 16/2012*, que deja sin cobertura de acceso reglado al sistema de salud a las personas que anteriormente disponían legalmente de tarjeta sanitaria del SNS mediante dos modificaciones relevantes:

- A. En su disposición final tercera, modificó el artículo 12 de la Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, eliminando el derecho de estos a recibir la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles y previendo que los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.
- B. Por otra parte, en el caso de los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, el *RDL 16/2012* introduce el artículo 3 ter en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, estableciendo que recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:
 - a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
 - b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.



3.3. Requerimientos Europeos

El 24 de noviembre de 2011, la Comisión Europea remitió un dictamen motivado⁵ a España en el marco del procedimiento de infracción 2009/2431 por su negativa a proporcionar la tarjeta sanitaria europea a europeos residentes en España, no españoles, que no ejercían actividad económica, y que tenían derecho a recibir asistencia sanitaria. El procedimiento fue cerrado el 30 de mayo de 2013.

3.4. Observaciones realizadas por la Organización de Naciones Unidas

El 28 de Abril de 2018 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas emitió unas observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España⁶ donde insta al Gobierno de España a realizar los reajustes necesarios para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios y atención de salud que el RDL 16/2012 ha limitado a los migrantes en situación irregular, implicando así una degradación en la calidad de los servicios de salud.

En éste se especifica en relación al derecho a la salud lo siguiente:

“Preocupa al Comité el efecto regresivo en cuanto al disfrute del derecho a la salud que ha tenido el Real Decreto-ley núm. 16/2012 de 20 de abril de 2012 sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud, que entre otros limita el acceso a servicios de salud a los migrantes en situación irregular y ha implicado una degradación en la calidad de los servicios de salud e incrementado las disparidades entre las comunidades autónomas. Preocupa además al Comité que no se ha llevado a cabo una evaluación exhaustiva sobre el impacto que ha tenido esta medida y que no sea considerada como temporal (art. 12).

De acuerdo a su anterior recomendación (E/ C.12 / ESP /CO/5, párr. 19), el Comité insta al Estado parte a que lleve a cabo una evaluación exhaustiva sobre el impacto que ha tenido la aplicación del Real Decreto-ley núm. 16/2012 en el disfrute del derecho del más alto nivel posible de salud a fin de llevar a cabo los reajustes necesarios para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios y atención de salud, incluyendo la derogación de las disposiciones que implicaron retrocesos en la protección del derecho a la salud . Además, le insta a que tome las medidas necesarias para que los migrantes en situación irregular tengan acceso a todos los servicios de salud necesarios, sin discriminación alguna, de conformidad con los artículos 2 y 12 del Pacto. El Comité remite al

⁵ Disponible en: http://ec.europa.eu/atwork/applying-eu-law/infringements-proceedings/infringement_decisions/?r_dossier=20092341&decision_date_from=&decision_date_to=&title=&submit=Search&lang_code=es

⁶ Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1SKyxvprlxEitT1iPv5tsG80ELH30lp%2bURW%2fv0pMkQcf61TicGbUD%2bE8x0cF6WYQ%2bRL6wUrmc2X%2fKqVj0%2fno13WLw%2bUhx8WOB6BuLq0OD>



Estado parte a su observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.”

3.5. Comunidades Autónomas (CCAA)

Las CCAA se han mostrado disconformes con el RDL 16/2012 y para garantizar el derecho a la salud del colectivo excluido han elaborado normativas/actos administrativos heterogéneos tales como comunicados, instrucciones, resoluciones, procedimientos, órdenes, decretos y leyes. Estos, por regla general, fueron impugnados cuando proporcionaban asistencia sanitaria universal y aseguramiento, y no fueron impugnados cuando entraban dentro de programas de protección social.

Todas las Comunidades menos Ceuta y Melilla han aprobado iniciativas en este nivel.

La garantía efectiva de este derecho es una realidad en los servicios de salud autonómicos y actualmente las iniciativas que lo permiten están en su mayoría impugnadas/anuladas por lo que se produce una inequidad manifiesta y una situación de inseguridad jurídica que afecta tanto a nivel de las personas que lo disfrutaban, como de los y de las profesionales que prestan la atención sanitaria así como a las Administraciones que las han aprobado.

3.6. Defensor del Pueblo

El pasado marzo, el Defensor del Pueblo presentó ante las Cortes Generales el informe anual de su gestión durante el año 2017, dando cumplimiento a lo dispuesto en el art. 54 de la Constitución Española y en la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, del Defensor del Pueblo.

En este se indica que:

“En el marco de los principios de universalidad y gratuidad del Sistema Nacional de Salud, recogidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el Defensor del Pueblo siempre ha defendido, y así se ha plasmado en sus Recomendaciones e informes anuales, la extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública a la totalidad de la población residente en España. En estas actuaciones se insistía en la necesidad de impulsar una reforma legal que fijara el carácter del derecho a la asistencia sanitaria como derecho público subjetivo, personal y no contributivo, en tanto existía un segmento de población que debía pagar por la asistencia sanitaria, al no tener la condición de afiliados a la seguridad social (titulares o beneficiarios) o no tener el reconocimiento del derecho que otras leyes dispensan a los titulares de pensiones no contributivas, las personas con discapacidad, o personas sin recursos económicos, entre otros. Es cierto que la atención sanitaria gratuita alcanzaba a un porcentaje muy alto de los residentes, pero no a la totalidad.

Así las cosas, el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, retorna al concepto de «asegurado», reforzando el vínculo entre el derecho a la asistencia sanitaria y el sistema de Seguridad Social, y ampliando los colectivos de personas que, por tanto, quedan fuera de la asistencia



pública gratuita. Esta situación no resulta congruente con el sistema de financiación sanitaria, dado que, desde 1999, este no descansa en las cotizaciones sociales vinculadas al trabajo, sino en los impuestos que soportan todos los contribuyentes. En la medida en que todos los ciudadanos contribuyen a sostener el gasto público sanitario, de acuerdo con su capacidad económica y mediante un sistema tributario «inspirado en los principios de igualdad y progresividad (artículo 31.1 CE)», parece evidente que todos deben tener acceso a los servicios y prestaciones sanitarias de carácter público.

Las distintas situaciones problemáticas por falta de cobertura que se han suscitado desde entonces ante el Defensor del Pueblo, entre las que ha de subrayarse las de los extranjeros inmigrantes sin autorización de residencia en España, han sido reseñadas en los informes anuales. Este año no se han planteado quejas ni cuestiones novedosas respecto a este concreto problema, que continua mereciendo la atención de la institución, conocedora de que las administraciones sanitarias autonómicas tratan de dar solución a los casos de mayor vulnerabilidad, en sus respectivos ámbitos territoriales.”

3.7. Sociedad civil, movimiento asociativo y sociedades científicas y profesionales y partidos políticos

Tanto la sociedad civil, como del movimiento asociativo, las sociedades científicas y profesionales y los partidos políticos han reivindicado la recuperación del derecho a la asistencia universal de todas las personas que vivan en el Estado Español.

Como elementos destacados del movimiento se indican:

- “Pacto político y social por un Sistema Nacional de Salud Público y Universal”, firmado en septiembre de 2017, de todos los grupos parlamentarios, salvo PP y Ciudadanos, con 70 organizaciones de la sociedad civil para impulsar iniciativas que lleven a la derogación de la norma de forma urgente.
- Manifiesto para que se adopte, sin mayor dilación, las medidas legislativas necesarias que devuelvan el derecho a la asistencia sanitaria a todas las personas que viven en España, independientemente de su situación administrativa, firmado por un total de 36 asociaciones y entidades en junio de 2018.

Asimismo son múltiples las iniciativas parlamentarias que el Gobierno anterior recibió en relación a esta cuestión.