Centro de Estudios de Consumo

www.uclm.es/centro/cesco
Servicios y Productos sanitarios

¿QUIÉNES TIENEN LA CONDICIÓN DE ASEGURADOS Y DE BENEFICIARIOS? REDUCCIÓN DE LA COBERTURA DEL SERVICIO PÚBLICO SANITARIO

Josefa Cantero Martínez

(josefa.cantero@uclm.es)

Profesora Titular de Derecho Administrativo y
Secretaria del Máster en derecho Sanitario y Bioética
UCLM

Fecha de publicación: 27 de marzo de 2014

Una de las notas esenciales configuradoras de nuestro servicio público ha sido la universalidad. Así se sigue proclamando en nuestras normas básicas sanitarias: la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. La primera de estas leyes, efectivamente, dio el primer paso al extender la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y a todos los ciudadanos extranjeros que tuvieran establecida su residencia en el territorio nacional (art. 1). Se gestaba así un nuevo concepto de ciudadanía sanitaria que se hacía pivotar sobre la mera condición de residente. En la voluntad del legislador estaba el reconocimiento progresivo -y conforme lo fueran permitiendo las circunstancias económicas- del derecho a obtener las prestaciones del sistema público sanitario a todos los ciudadanos por el mero hecho de encontrarse residiendo en nuestro país.

En esta evolución fue fundamental la extensión de la cobertura sanitaria pública a las clases sociales más empobrecidas y necesitadas, por ser ello una manifestación esencial del denominado Estado Social o Estado de Bienestar. Se reconoció el derecho a las prestaciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a todos los españoles que tuvieran establecida su residencia en territorio nacional y carecieran de recursos económicos suficientes[1]. A estos efectos se entendían comprendidas las personas cuyas

[1] Ello vino de la mano 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.*

rentas, de cualquier naturaleza, fueran iguales o inferiores en cómputo anual al denominado –en aquella época- salario mínimo interprofesional. El segundo paso se dio con su extensión a todos los extranjeros que residieran en el territorio nacional y estuvieran empadronados en un municipio, con independencia de que tuvieran o no su residencia legalizada a través de la correspondiente autorización administrativa y en las mismas condiciones que los españoles[2]. Si faltaba el requisito del empadronamiento, el concepto de ciudadanía sanitaria se reducía considerablemente para dar cobertura tan sólo a las situaciones sanitarias de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que fuera su causa, así como a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. Por lo demás, la cobertura pública se extendía también en estos casos a las extranjeras embarazadas y a los menores de edad, tal como sucede con el nuevo régimen. Con su empadronamiento en un municipio español, el extranjero estaba en condiciones de obtener la correspondiente tarjeta sanitaria. Aunque no tuviera ninguna vinculación profesional ni cotizara a la Seguridad Social podía fácilmente acceder a través de la vía del Real Decreto 1088/1989 para las personas sin recursos económicos[3]. Sólo un pequeñísimo porcentaje de la población -que no llegaba al 1%- quedaba al margen del sistema de cobertura universal. Así sucedía con los desempleados que habían agotado el paro pero que disponían de rentas superiores al IPREM (si no, podían acceder a través del Real Decreto *1088/1989)*; con los profesionales que, ejerciendo por cuenta propia, habían optado por incorporarse a la Mutualidad de Previsión Social de su Colegio Profesional, en vez de afiliarse al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (RETA) y con algunos religiosos[4].

En coherencia con estas pretensiones de universalización se adoptó la decisión de separación de las fuentes de financiación de la sanidad pública derivada del Pacto de Toledo. La Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1999 supuso definitivamente la sustitución de los ingresos derivados de las cotizaciones sociales por los de origen tributario. La sanidad pasó a ser sufragada exclusivamente con los impuestos generales que pagan todos los contribuyentes. De esta manera, su financiación se desvinculaba por completo del trabajo y de la cotización a la Seguridad Social. Sin duda, un paso importante hacia su universalización, al menos en el plano teórico. Otra cosa sucedería en la práctica, toda vez que, a pesar de esta profunda modificación en su financiación, el reconocimiento del derecho a las prestaciones sanitarias nunca llegó a desvincularse materialmente de la situación de alta en la Seguridad Social, lo que ha sido foco de importantes problemas y de una notable inseguridad jurídica.

---

[2] Art. 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

[3]Véanse al respecto los estudios de MARTÍN DELGADO, I., "La asistencia sanitaria de los extranjeros en España", en *Derecho y Salud*, vol. 10, número 2, julio-diciembre de 2002, p. 206; PALOMAR OLMEDA, A., LARIOS RISCOS, D. y VÁZQUEZ GARRANZO, J., *La reforma sanitaria*, Aranzadi, 2012; PUERTA SEGUIDO, F., "La sanidad", en *Derecho Autonómico de Castilla-La Mancha*, obra colectiva dirigida por Luis ORTEGA ÁLVAREZ, editada por el Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, 2000, p. 427;

[4] MILAGROS GÓMEZ MARTÍN, M., "Régimen jurídico de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud", *Tratado de Derecho Sanitario, volumen I*, obra colectiva dirigida por Josefa Cantero Martínez y Alberto Palomar Olmeda, Thomson Reuters Aranzadi, 2013, Pamplona, p. 534.

El último paso, el definitivo, se dio con la disposición adicional sexta de la Ley General de Salud Pública en el año 2011. Se establecía una cláusula general de cierre del sistema que venía a perfeccionar el modelo universal de prestaciones sanitarias públicas, al extender el derecho de acceso a todos los españoles, residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico. Dicha extensión tendría, como mínimo, el alcance previsto en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Además, desde el día uno de enero de 2012 extendía este derecho para todas aquellas personas que hubieran agotado la prestación o el subsidio de desempleo. Con el modelo anterior podían quedar fuera del sistema y la crisis económica había empezado ya a evidenciar con toda su crudeza los problemas de este colectivo especialmente sensible. La inclusión en bloque de este nuevo sector poblacional nos había permitido llegar casi a la línea de meta. Para el resto de colectivos que pudieran quedar pendientes, refiriéndose prácticamente a aquellos profesionales que ejercen una actividad por cuenta propia, volvía a remitir a la evolución de las cuentas públicas para su inclusión en el sistema público sanitario, aunque esta vez quería limitar esta libertad obligando al Gobierno a que en el plazo de seis meses determinara reglamentariamente los términos y condiciones de la extensión de su derecho a la asistencia sanitaria pública.

Sin embargo, la crisis económica ha supuesto un punto de inflexión en esta materia. El cambio ha venido de la mano del Real Decreto Ley 16/2012, antes mencionado, y del 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 Sistema Nacional de Salud. Dichas normas reducen la cobertura del sistema público exclusivamente a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado o de beneficiario. Reúnen el status de "asegurados" aquellas personas que se encuentren en alguno de estos cuatro supuestos básicos. En primer lugar, ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta. En segundo lugar, ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social. En tercer lugar, ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo y, en cuarto lugar, 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.

La Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014, sin embargo, ha venido a modificar este último supuesto para reducirlo todavía más. Ha dado una nueva redacción para incluir el requisito de la residencia en el territorio español. A partir del día 1 de enero de 2014 y con una vigencia indefinida, sólo podrán beneficiarse de esta condición los parados que residan en España. Al mismo tiempo ha incorporado una nueva disposición adicional, la sexagésimo quinta, en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio), que señala que, 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 éstas no superen los 90 días a lo largo

de cada año natural. Es decir, si a lo largo del año el desempleado supera 90 días en el extranjero, se entiende que pierde las prestaciones sanitarias.

La introducción de este nuevo requisito tiene importantes consecuencias porque vuelve a castigar a colectivos especialmente desfavorecidos. Se pensó para evitar que los extranjeros comunitarios que trabajaron en España y generaron su derecho a la asistencia sanitaria pudieran seguir recibiendo tratamiento allí con cargo a la sanidad pública española cuando, por motivos de la crisis, decidieran volver a sus países de origen. Sin embargo, provoca efectos enormemente injustos. Deja sin cobertura a los parados españoles que ya no perciban ningún tipo de subsidio y hayan emigrado al extranjero con la intención de encontrar un nuevo trabajo. Una vez que se encuentren en extranjero y transcurran noventa días, por aplicación de la normativa comunitaria relativa a la Seguridad Social, perderán su derecho a la asistencia sanitaria en nuestro país. Para recobrarla tendrán que regresar a España y solicitar nuevamente su reconocimiento a través del supuesto previsto en la letra d) del artículo 3.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su nueva redacción.

Por lo demás, fuera de estos cuatro supuestos básicos, el Real Decreto Ley ha extendido también el sistema público a los españoles que, no cumpliendo ninguno de estos cuatro supuestos y residiendo en España, acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente. El Real Decreto 1192/2012 ya ha fijado este tope de ingresos en cien mil euros[5]. Esta nueva regulación del Gobierno supone una importante novedad respecto de los principios inspiradores de la tendencia hacia la universalización de la asistencia sanitaria. Supone una extensión de la cobertura pública hacia capas poblacionales que disponen de importantes recursos económicos, los llamados "rentistas", que pueden vivir holgadamente de los ingresos y rentas que perciben.
Al mismo tiempo, la reforma deja fuera del sistema a los colectivos más empobrecidos y vulnerables, los que más necesitan de las prestaciones del sistema público sanitario, tal como sucede con los extranjeros sin papeles, los denominados inmigrantes irregulares. El Real Decreto Ley ha introducido un nuevo precepto en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el artículo 3 ter, que supone excluir del modelo público a inmigrantes irregulares. Ya no sólo se requiere el empadronamiento, sino también la autorización legal de residencia en el territorio nacional. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España sólo recibirán asistencia sanitaria en caso de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica. En todo caso, queda garantizada la asistencia al embarazo, parto y postparto, así como la asistencia a los extranjeros menores de dieciocho años, que recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

[5] Para ello basta con que las personas se encuentren en cualquiera de estos supuestos: **1. º** Tener nacionalidad española y residir en territorio español. **2. º** Ser nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros. **3.º** Ser nacionales de un país distinto de los mencionados en los apartados anteriores, o apátridas, y titulares de una autorización para residir en territorio español, mientras ésta se mantenga vigente en los términos previstos en su normativa específica.

Por lo demás, el nuevo modelo se extiende también a los beneficiarios de un asegurado. Disfrutan de tal condición, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes 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%. Las personas que no resulten incluidas en ninguno de estos dos conceptos jurídicos sólo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial[6].

[6] La suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria determina la obligación de abonar a la administración pública 60 euros de cuota mensual si el suscriptor tiene menos de 65 años y 157 si supera esta edad (*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 aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud 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 la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*).