



MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE INMIGRACIÓN
Y EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL
DE MIGRACIONES

Foro para la Integración Social de los Inmigrantes

INFORME SEGUIMIENTO APLICACIÓN RD 1192/2012

Aprobado en Pleno de 27 de diciembre de 2012



Índice

Índice

	Página
Introducción/Presentación	7
I. MARCO LEGAL	9-32
1. Normativa estatal	9-21
2. Desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas	9-32
II. IMPACTO DEL MARCO NORMATIVO ANTERIOR EN LA POBLACIÓN	33-37
1. Población extranjera no comunitaria	33-34
2. Asistencia sanitaria en situaciones especiales (Ley 16/2003. Artículo 3.ter)	34-35
3. Población extranjera comunitarias	35-36
4. Disposiciones adicionales del Real Decreto 1192/2012	36-37
III. CASUÍSTICA	39-44
IV. RECOMENDACIONES	45-46

Introducción



1. Introducción/Presentación

El Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones, modifica entre otras normas, la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley Orgánica 4/2000 de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social y el Real Decreto 240/2007 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. Las modificaciones introducidas por el Real Decreto Ley en el Sistema Nacional de Salud, el acceso al mismo y las prestaciones que ofrece, afectan al conjunto de la población española con independencia de su nacionalidad. Pero los cambios en las tres normas antes señaladas, tienen repercusiones, de manera específica, en el acceso y en el disfrute de la prestación de asistencia sanitaria de las personas de nacionalidad de terceros países y a nacionales de estados miembros de la Unión Europea.

Por esta razón el Foro para la Integración Social de los Inmigrantes, elaboró en su momento la monografía “El nuevo marco legal y la salud de los inmigrantes”, informe a iniciativa propia y una vez publicada la norma, sobre el impacto del Real Decreto Ley 16/2012. La tramitación de urgencia del RD Ley, en virtud de la extraordinaria y urgente necesidad alegada por el Gobierno, conllevaba la no solicitud previa de informes ni dictámenes a los órganos consultivos. Posteriormente, el Foro ha emitido informe previo, a solicitud del Gobierno, sobre dos normas derivadas del Real Decreto Ley 16/2012: el Real 1192/2012 que 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 y al Proyecto de Orden por la 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.

El Foro para la Integración Social de los Inmigrantes, ha considerado la necesidad, tras tres meses de vigencia de los cambios y el desarrollo ya conocido, de elaborar un nuevo informe sobre el impacto de las modificaciones en la población, incluyendo en este nuevo informe un apartado de casuística que refleja la realidad, y especialmente las situaciones detectadas que reflejan una inadecuada interpretación de la norma y/o las lagunas que se puedan estar produciendo en la atención a las personas inmigrantes, que las distintas vocalías de este órgano colegiado vienen detectando en el desarrollo de su actividad diaria. El Foro, espera que las recomendaciones que incluye este informe sirvan al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para adoptar medidas, incluidas en su caso, las modificaciones legislativas, para garantizar el derecho a la vida y a la salud del conjunto de la población que habita en España.

En este apartado se incluyen las modificaciones que se han derivado del Real Decreto Ley 16/2012 y de su normativa de desarrollo y en particular aquellas que tienen incidencia en la población extranjera comunitaria y no comunitaria y su acceso a la asistencia sanitaria. Para su elaboración, incluimos cuestiones avanzadas en anteriores informes del Foro y, dada la complejidad de la materia en aquellos apartados donde sea necesario, se relacionan los puntos en que se aborda cada uno de los supuestos en la normativa de desarrollo.

1. Normativa Estatal

A) 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 las prestaciones

A.1 El Real Decreto Ley 16/2012, modifica la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema de Salud, cambiando el concepto de titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria, por el de asegurados, condición que garantiza la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos:

<p><u>Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.</u></p>	<p><u>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</u></p>
<p>Artículo 3. Titulares de los derechos.</p> <p>1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:</p> <p>a) Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000.</p> <p>b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.</p> <p>c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.</p> <p>2. Las Administraciones públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>Artículo 3. De la condición de asegurado.</p> <p>1. La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.</p> <p>2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:</p> <p>a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada al alta.</p> <p>b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.</p> <p>c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.</p> <p>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</p>

	<p>cualquier otro título.</p> <ol style="list-style-type: none">3. En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado, siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.4. A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes 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%.5. Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.6.
--	---

En consonancia con esta nueva regulación, los extranjeros residentes en España, no nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o de Estado firmante del Acuerdo del Espacio Económico Europeo, y desde el mismo día de la publicación en el Boletín Oficial del Estado del Real Decreto Ley (24 de abril), están obligados, para poder acceder a las prestaciones incluidas en el artículo 8 de la misma norma, en igualdad con los españoles, a demostrar que están inscritos en el Registro de Residentes Extranjeros o son residentes en situación administrativa regular (ver punto 1.c) y solicitar el reconocimiento de la condición de asegurados en las oficinas del Instituto Nacional de Seguridad Social y a continuación la Tarjeta Sanitaria en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas¹.

Y para aquellos que podían beneficiarse de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, a las personas sin recursos económicos suficientes, hasta ahora tanto los españoles como los extranjeros comunitarios y no comunitarios (en situación administrativa regular o irregular, siempre que estuviesen empadronados, según el art. 12 de la LOEX 4/2000, de 11 de enero), regulada en el *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*

¹ Con la regulación anterior, en los casos generales, para la obtención de una TSI (tarjeta sanitaria individual española) era necesario presentar la siguiente documentación:

- DNI / NIE / Pasaporte (los menores de 18 años Libro de familia).
- Certificado de empadronamiento.
- Los trabajadores afiliados y en situación de alta o asimilada al alta en alguno de los regímenes de Seguridad Social: Documento de Afiliación a la Seguridad Social, o el Documento de Inclusión de Beneficiario (si se trata de un beneficiario).
- Los pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios: Documento acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria.

sin recursos suficientes, se pedía que estuvieran establecidos en el territorio español y que carecieran de recursos económicos suficientes (rentas iguales o inferiores en cómputo anual al salario mínimo interprofesional). La cobertura era idéntica a la prevista en el Régimen General².

El Real Decreto Ley, señala que tanto las personas de nacionalidad española o de alguno de los Estados miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza, residentes en España o extranjeros titulares de una autorización para residir en España, que no reúnan las condiciones para ser asegurados, podrán tener la condición de asegurado, siempre que no superen el límite de ingresos determinado reglamentariamente. (Ver punto 1.b, B.2 y C)

Por otra parte, se establece que aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de un convenio especial. (Ver apartado C).

El Real Decreto Ley establece la asistencia sanitaria para los ciudadanos comunitarios no registrados y los no autorizados como residentes, en lo que denomina situaciones especiales y que comprende la asistencia sanitaria en su modalidad de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación del alta médica y la asistencia al embarazo, parto y posparto. En todo caso los extranjeros menores de 18 años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. (Ver apartado C)

Pero hay otra modificación que ha pasado más desapercibida y que tiene igualmente repercusiones en la población de nacionalidad u origen extranjero. Desaparece del artículo 3 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, un inciso fundamental para garantizar la igualdad en materia de salud. "las Administraciones Públicas orientaran sus acciones en materia de salud, incorporando medidas activas que impidan la discriminación a cualquier colectivo de población que, por razones culturales, lingüísticas, religiosas, sociales o de discapacidad, tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud". La desaparición de este punto, alcanza al conjunto de la población, española y

² En general la documentación solicitada, según lo establecido por cada Comunidad Autónoma, venía a ser la siguiente (ejemplo tomado de la Comunidad de Madrid y recogido en el Informe del Tribunal de Cuentas):

- DNI / NIE / Pasaporte (los menores de 18 años Libro de familia).
- Certificado de empadronamiento.
- Fotocopias compulsadas de las Declaraciones del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, del último ejercicio, en el caso de que algún miembro de la unidad familiar estuviera obligado a hacerlas, o en su caso, certificado de la Agencia Tributaria de estar exento de realizarla, y de no ser posible presentar esta documentación, informe del trabajador social alusivo a la carencia de recursos económicos suficientes del solicitante.
- En el caso de extranjeros no comunitarios sin NIE, bastará con un Documento de Declaración jurada sobre ingresos económicos facilitado por el Centro de Salud.

extranjera, y hace previsible la eliminación de aquellas medidas que permiten que personas en situación de especial dificultad puedan acceder a los servicios sanitarios. Sin embargo en la propia Ley 16/2003 se sigue estableciendo entre los principios generales que informan la Ley, la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad.

A.2 Modificación de la Ley Orgánica 4/2000 de derechos y libertades de los extranjeros y su integración social

<p>Ley Orgánica 4/2000. Artículo 12: Derecho a la asistencia sanitaria</p> <ol style="list-style-type: none">1. Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones de los españoles.2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto.	<p>Ley 16/2003: Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.</p> <p>Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.</p>
--	--

El Real Decreto Ley modificó el artículo 12 de la LOEX (no tiene carácter orgánica) para regular la asistencia sanitaria de los extranjeros no registrados (personas nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o de un Estado firmante del Acuerdo del Espacio Económico Europeo) y los no autorizados como residentes en España, denominando a estos supuestos, situaciones especiales en los que se recibirá asistencia sanitaria. (ver apartado C)

A.3) Modificación del Real Decreto 240/2007 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 Espacio Económico Europeo, señalando que esta modificación se deriva de la trasposición más ajustada de la Directiva 2004/38.

<p><i>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.</i></p>	<p><i>Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones</i></p>
<p><i>Art. 7. Residencia superior a tres meses de ciudadanos de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.</i></p> <p>1. Los ciudadanos de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo tiene derecho a residir en territorio español por un periodo superior a tres meses. Los interesados estarán obligados a solicitar personalmente ante la Oficina de Extranjeros de la provincia donde pretendan permanecer o fijar su residencia o, en su defecto, ante la Comisaría de Policía correspondiente, su inscripción en el Registro Central de Extranjeros. Dicha solicitud deberá presentarse en el plazo de tres meses contados desde la fecha de entrada en España, siéndole expedido de forma inmediata un certificado de registro en el que constará el nombre, nacionalidad y domicilio de la persona registrada, su número de identidad de extranjero, y la fecha de registro.</p> <p>2. Junto con la solicitud de inscripción, deberá presentarse el pasaporte o documento nacional de identidad válido y en vigor del solicitante. En el supuesto de que dicho documento esté caducado deberá aportarse copia de éste y de la solicitud de renovación.</p>	<p><i>Artículo 7. Residencia superior a tres meses de ciudadanos de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.</i></p> <p>1. Todo ciudadano de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo tiene derecho de residencia en el territorio del Estado Español por un periodo superior a tres meses si:</p> <p>a) Es un trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia en España, o</p> <p>b) 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 periodo de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España, o</p> <p>c) Está matriculado en un centro público o privado, reconocido o financiado por la administración educativa competente con arreglo a la legislación aplicable, con la finalidad principal de cursar estudios, inclusive de formación profesional; y cuenta con un seguro de enfermedad que cubre todos los riesgos en España y garantiza a la autoridad nacional competente, mediante una declaración o por cualquier otro medio equivalente de su elección, que posee recursos suficientes para sí y los miembros de su familia para no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado español durante su periodo de residencia, o</p> <p>d) Es un miembro de la familia que acompaña a un ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, o va a reunirse con él, y que cumple las condiciones contempladas en las letras a), b) o c).</p> <p>2. El derecho de residencia establecido en el apartado 1 se ampliará a los miembros de la familia que no sean nacionales de un Estado miembro cuando acompañen al ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o se reúnan con él en el Estado español, siempre que dicho ciudadano cumpla las condiciones contempladas en las letras a), b) o c) de dicho apartado 1.</p> <p>3. A los efectos de la letra a) del apartado 1, el ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo que ya no ejerza ninguna actividad por cuenta ajena o por cuenta propia mantendrá la condición de trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia</p>

	<p>en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Si sufre una incapacidad temporal resultante de una enfermedad o accidente;b) Si, habiendo quedado en paro involuntario debidamente acreditado, tras haber estado empleado durante más de un año, se ha inscrito en el servicio de empleo competente con el fin de encontrar un trabajo;c) Si, habiendo quedado en paro involuntario debidamente acreditado tras concluir un contrato de trabajo de duración determinada inferior a un año o habiendo quedado en paro involuntario durante los primeros doce meses, se ha inscrito en el servicio de empleo competente con el fin de encontrar un trabajo. En este caso, la condición de trabajador se mantendrá durante un período que no podrá ser inferior a seis meses;d) Si sigue una formación profesional. Salvo que se encuentre en situación de paro involuntario, el mantenimiento de la condición de trabajador exigirá que la formación guarde relación con el empleo previo. <p>4. No obstante lo dispuesto en la letra d) del apartado 1 y en el apartado 2, únicamente el cónyuge o persona a la que se refiere el apartado b) del artículo 2 y los hijos a cargo tendrán el derecho de residencia como miembros de la familia de un ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo que cumple los requisitos de la letra c) del apartado 1 anterior.</p> <p>5. Los nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo estarán obligados a solicitar personalmente ante la oficina de extranjería de la provincia donde pretendan permanecer o fijar su residencia o, en su defecto, ante la Comisaría de Policía correspondiente, su inscripción en el Registro Central de Extranjeros. Dicha solicitud deberá presentarse en el plazo de tres meses contados desde la fecha de entrada en España, siéndole expedido de forma inmediata un certificado de registro en el que constará el nombre, nacionalidad y domicilio de la persona registrada, su número de identidad de extranjero, y la fecha de registro.</p> <p>6. Junto a la solicitud de inscripción, deberá presentarse el pasaporte o documento nacional de identidad válido y en vigor del solicitante, así como la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos exigibles para la inscripción establecidos en este artículo. En el supuesto de que el pasaporte o el documento nacional de identidad estén caducados, deberá aportarse copia de éstos y de la solicitud de renovación.</p> <p>7. En lo que se refiere a medios económicos suficientes, no podrá establecerse un importe fijo, sino que habrá de tenerse en cuenta la situación personal de los nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. En cualquier caso, dicho importe no superará el nivel de recursos por debajo del cual se concede asistencia social a los españoles o el importe de la pensión mínima de Seguridad Social.»</p>
--	---

La nueva redacción del artículo 7 del Real Decreto 240/2007 tras esta modificación llevada a cabo por el Real Decreto-Ley de medidas urgentes en su Disposición final quinta, recoge palabra por palabra el texto del artículo 7 de la Directiva 2004/38 relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de su familia a circular y residir libremente en el territorio de los Estados Miembros, que se añade al texto inicial, salvo en lo referente a los ascendientes. Y además se añade un punto 7 que corresponde al punto 4 del artículo 8 de la Directiva, referente a los “medios económicos exigibles”. Este punto no aparecía con anterioridad en el Real Decreto, ya que esta exigencia de medios económicos suficientes para los ciudadanos comunitarios no se contemplaba.

El nuevo artículo 7 del Real Decreto 240/2007, reproduce íntegramente los 3 primeros apartados el artículo 7 de la Directiva 2004/38/CE, de 29 de abril, y el apartado 4 casi íntegramente, puesto que en la Directiva si se posibilita la reagrupación de ascendientes directos a cargo y a los de su cónyuge o pareja de hecho registrada, cuando el ciudadano comunitario haya quedado en “paro involuntario tras concluir un contrato de trabajo de duración determinada inferior a un año o durante los primeros doce meses” y se haya inscrito en el servicio de empleo competente con el fin de encontrar un trabajo y mantenga su condición de trabajador por cuenta ajena durante un periodo no inferior a seis meses, mientras que en la modificación del RD se les niega esa posibilidad.

Además transcribir el artículo 7 de la Directiva, permite introducir dos nuevos apartados: 7.6 y 7.7 del RD 240/2007, que suponen una adaptación de los puntos 3 y 4 del artículo 8 de la Directiva 2004/38/CE.

En definitiva se trata de articular la denegación administrativa de la inscripción en el Registro Central de Extranjeros (si no reúnen y acreditan en al solicitud de inscripción los requisitos establecidos en el apartado 1, les será denegada la inscripción) y por lo tanto la autorización de residencia, de los ciudadanos comunitarios, más allá de los tres primeros meses de estancia, a los ciudadanos de la UE y del EEE que no posean un determinado nivel de rentas demostrable, y si no son residentes en España (no pueden presentar la inscripción en el Registro Central de Extranjeros) no tendrán acceso a la condición de asegurados por el Sistema Nacional de Salud español según lo previsto en el nuevo artículo 3.3, aunque si recibirán atención sanitaria en los términos del artículo 3 ter (ver apartado C), ambos de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, que ahora se modifica. Por otra parte, estos requisitos serán igualmente de aplicación a los familiares no comunitarios de los ciudadanos no comunitarios que han de solicitar una tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión (artículo 8 del RD 240/2007), puesto que para poder obtener dicha tarjeta han de cumplir los requisitos de ser trabajador por cuenta ajena o propia, disponer de recursos para no convertirse en una carga para la asistencia social o estar matriculado en centro público o privado, contar con un seguro de enfermedad y garantizar que dispone de medios suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social. (ver apartado C)

Estas modificaciones, que establecen requisitos para la residencia en España por un periodo superior a los tres meses de los ciudadanos comunitarios, que se refieren a la situación administrativa de los mismos y que serán “controladas”, como en el supuesto de

los extranjeros no comunitarios, por las autoridades competentes de extranjería (Ministerio del Interior), van ahora a jugar un papel determinante en el acceso de estos a las prestaciones sanitarias.

B. Real Decreto 1192/2007 que regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud

El Real Decreto modifica el RD 240/2007 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 y desarrolla varios elementos de particular importancia del Real Decreto Ley

B.1 Modificación del Real Decreto 240/2007

Se añade un nuevo apartado al artículo 9 del Real Decreto 240/2007³, apartado cuyo contenido traspone el artículo 14 de la Directiva 2004/38 del Consejo, señalando cuando conservan la residencia los ciudadanos de los estados miembros de la Unión Europea y de otros estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo y con ellos, sus familiares. Es preciso analizarla en conjunto con las modificaciones que el Real Decreto Ley 16/2012 introdujo en el conocido como Real Decreto de Comunitarios, puesto que se complementan dando lugar a determinados efectos en el acceso a la prestación de asistencia sanitaria. En particular en el mantenimiento del derecho de

³Artículo 9 bis. Mantenimiento del derecho de residencia.

1. Los ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo y los miembros de sus familias gozarán del derecho de residencia establecido en los artículos 7, 8 y 9 mientras cumplan las condiciones en ellos previstas. En casos específicos en los que existan dudas razonables en cuanto al cumplimiento, por parte de un ciudadano de algún Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o de los miembros de su familia, de las condiciones establecidas en los artículos 7, 8 y 9, los órganos competentes podrán comprobar si se cumplen dichas condiciones. Dicha comprobación no se llevará a cabo sistemáticamente.
2. El recurso a la asistencia social en España de un ciudadano de algún Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o de un miembro de su familia no tendrá por consecuencia automática una medida de expulsión.
3. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores y sin perjuicio de las disposiciones del Capítulo VI de este real decreto, en ningún caso podrá adoptarse una medida de expulsión contra ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea o de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o miembros de su familia si: a) son trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia; o, b) han entrado en territorio español para buscar trabajo. En este caso, no podrán ser expulsados mientras puedan demostrar que siguen buscando empleo y que tienen posibilidades reales de ser contratados.

residencia, son elementos fundamentales el hecho de ser trabajador por cuenta ajena o propia, entrar en España en busca de trabajo así como la referencia a que el recursos a la asistencia social por parte del ciudadano comunitario o de un miembro de su familia no tendrá por consecuencia automática una medida de expulsión.

B.2 Condición de asegurado por no superar el límite de ingresos

Quienes no tengan cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía y sus ingresos no sean superiores en computo anual a 100.000 euros, tendrán la condición de asegurado, siempre que se trate de personas de nacionalidad española, de un Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y estén inscritos en el Registro Central de Extranjeros o sean nacionales de un país distinto de los anteriores o apátridas y sean titulares de una autorización para residir en España.

B.3. Condición de beneficiario

Desarrolla igualmente la condición de beneficiario, añadiendo a los supuestos contemplados en el RD Ley, el de hermanos y hermanas de la persona asegurada, pero para todas las situaciones que dan derecho a la condición de beneficiario (cónyuge, pareja de hecho, excónyuge o separado judicialmente a cargo, descendientes o persona asimilada a cargo y menor de 26 años o mayor con una discapacidad reconocida en grado igual o superior al 65%, hermanos y hermanas) han de tener residencia autorizada y efectiva en España, en el caso de los ciudadanos comunitarios, estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros y si se trata de familiares no comunitarios de ciudadanos comunitarios, disponer de la tarjeta de familiar de residente comunitario.

B.4. Reconocimiento de la condición de asegurado o de beneficiario

El Real Decreto distingue entre el reconocimiento de la condición de asegurado y/o beneficiario de oficio y a solicitud del interesado.

- De oficio
 - ser trabajador por cuenta ajena o propia, afiliado a la seguridad social y en situación de alta o asimilada al alta
 - ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social
 - ser perceptor de cualquier prestación periódica de la Seguridad Social (prestación y subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza)
 - haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza y encontrarse en situación de desempleo (pero no es aplicable a las personas que no estén registradas ni autorizadas como residentes en España)

Personas de nacionalidad española, nacionales de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza inscritos en el registro Central de Extranjeros y nacionales

de otros países o apátridas titulares de una autorización para residir en España que sean :

- personas con ingresos no superiores a 100.000 euros anuales que ya dispusieran a la entrada en vigor del Real Decreto (5 de agosto de 2012) de una tarjeta sanitaria individual como titulares, incluidas las que la hubieran obtenido al amparo de lo dispuesto en el Real Decreto 1088/1989 por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes
- mayores de 26 años que a la entrada en vigor del Real Decreto dispusieran de una tarjeta sanitaria individual del SNS como beneficiarias de la persona asegurada y no tengan ingresos superiores a 100.000 euros
- Reconocimiento a solicitud del interesado

Para todos los que no se encuentren en alguno de los supuestos anteriores, es decir para quienes no tuvieran antes de 5 de agosto una tarjeta sanitaria individual como asegurado y/o beneficiario y no se encontrasen en los supuestos de aseguramiento de oficio y si se trata de personas que no tienen nacionalidad española:

- asegurados: pasaporte en vigor y certificado de inscripción en el Registro Central de Extranjeros o Tarjeta de Identidad de Extranjero que acredite la titularidad de una autorización para residir en España, certificado de empadronamiento, declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas o en caso de no ser contribuyentes, declaración responsable de no superar los ingresos de 100.000 euros al año acompañada de un certificado de la administración tributaria del Estado del país de origen (exentos los apátridas) y declaración responsable de no tener cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, acompañada en su caso de un certificado de la institución competente del país de origen de que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria (exentos los apátridas) y la resolución de desamparo en el caso de los menores sujetos a la tutela administrativa.

B.5 Extinción de la condición de asegurado o de beneficiario

La condición de asegurado o de beneficiario se extingue por dejar de cumplir las condiciones que dan derecho al reconocimiento de esta condición, surtiendo efecto, tanto para asegurados como para beneficiarios, el primer día del segundo mes siguiente a aquel en que concurra la causa extintiva . La extinción de la condición de persona asegurada conlleva la de las personas beneficiarias.

Las personas aseguradas o beneficiarias están obligadas a comunicar toda modificación en sus circunstancias que puedan dar lugar a la variación o extinción de la condición. El hecho de no hacerlo, no impide que la variación o extinción opere con efectos retroactivos desde el momento en que se produjo la modificación de circunstancias y conlleva la obligación de reintegrar el coste de las prestaciones obtenidas indebidamente.

B.6 Disposición adicional tercera: convenio especial de prestación de asistencia sanitaria

El Real Decreto, desarrolla la previsión sobre el convenio especial señalando que quienes no tengan la condición de aseguradas o beneficiarias ni tengan acceso a la protección sanitaria por ningún otro título, convenio que se desarrollara por medio de una Orden Ministerial.

B.7 Disposición Adicional Cuarta: prestación de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional

Se señala que los solicitantes de protección internacional con autorización de permanencia en España por este motivo, recibirán mientras permanezcan en esta situación, la asistencia sanitaria que incluirá los cuidados de urgencia y el tratamiento básico de enfermedades, asimismo, se proporcionara a quienes tengan necesidades particulares la atención necesaria médica o de otro tipo. (Ver apartado C)

B.8 Disposición Adicional Quinta: prestación de asistencia sanitaria para víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión

En este supuesto, también se prevé la asistencia sanitaria necesaria que incluirá los cuidados de urgencia y el tratamiento básico de las enfermedades cuando haya sido autorizada la estancia temporal de la víctima de trata de seres humanos durante el periodo de restablecimiento y reflexión. Igualmente aquellas víctimas con necesidades especiales, recibirán la atención necesaria médica o de otro tipo. (Ver apartado C)

B.9 Disposición Transitoria Única: Régimen Transitorio de acceso a la asistencia sanitaria en España (hasta el 31 de agosto de 2012)

Para todas aquellas personas que con la anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, tuvieran acceso a la asistencia sanitaria y no estén entre los supuestos que dan derecho al reconocimiento de oficio del asegurado o no sean beneficiarias suyas, o no estén aseguradas en aplicación de los reglamentos comunitarios o convenios bilaterales, podrán seguir accediendo a la misma hasta el día 31 de agosto.

C. Proyecto de Orden por la 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 convenio

El Convenio se suscribiría con los servicios públicos de salud autonómicos y en su caso, con el INGESA; las administraciones sanitarias competentes, en cada caso, en función del territorio, decidirán tanto en lo relativo a su suscripción como a los términos, incluida la contraprestación económica (el Proyecto de Orden establece un mínimo susceptible de ser elevado por la autoridad con la que se firme el convenio), su periodicidad, y forma

de utilización de las prestaciones asistenciales por parte de la persona que lo firme. Las personas acogidas a este convenio, según el proyecto de Orden, podrán acceder a las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud regulada en el artículo 8 bis de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, pero no tendrán derecho a las prestaciones de la cartera suplementaria (artículo 8.ter) y a la cartera común de servicios accesorios (artículo 8.quater). Por otra parte, no hay beneficiarios en este convenio.

El Proyecto de orden establece como requisito un año de empadronamiento previo para poder suscribir el convenio, y dados sus requisitos, podría ser suscrito por personas en situación administrativa irregular.

La falta de pago de alguna de las cuotas determinara la suspensión del convenio durante el periodo de tiempo que determine la Administración con la que se haya suscrito.

En el caso de los convenios suscritos con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, se sustituye el requisito del empadronamiento por el del "documento acreditativo del Numero de Identidad de Extranjero" en el caso de solicitantes que no tengan la nacionalidad española. Por otra parte en el caso de estos convenios no se contempla la suspensión, sino la extinción automática del convenio.

El Proyecto de Orden incluye, fuera ya de los supuestos del convenio especial, una disposición adicional sobre asistencia sanitaria pública reconocida en supuestos especiales a personas que no tienen la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, dedicando los dos primeros apartados a los colectivos contemplados en el artículo 3.ter de la Ley 16/2003, menores de 18 años que tendrán derecho a la asistencia sanitaria reconocida a las personas que ostentan la condición de aseguradas y con la misma aportación que se exige a los asegurados en activo. Respecto a las mujeres extranjeras embarazadas no autorizadas ni registradas, tienen derecho a la asistencia al embarazo, parto y postparto con la misma extensión reconocida a las personas que ostentan la condición de asegurados y con el mismo tipo de aportación.

El apartado tercero de esta disposición adicional se dedica a las personas solicitantes de protección internacional y el cuarto a las víctimas de trata de seres humanos durante el periodo de restablecimiento y reflexión, estableciendo para ambos supuestos que tendrán derecho a la asistencia prevista en la cartera común básica de servicios (artículo 8 bis).

Por otra parte se contempla en el Proyecto que quienes suscriban el Convenio antes de 31 de diciembre, este tendría carácter retroactivo desde el 1 de septiembre, pero no se indica si esto conlleva la devolución de las cantidades que los suscriptores, hayan podido satisfacer por las distintas prestaciones de asistencia sanitaria recibidas entre el 1 de septiembre y la firma del convenio.

El Real Decreto dedica una disposición adicional a establecer que quien tenga derecho a asistencia sanitaria en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de

sistemas de seguridad social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria tendrán derecho a la misma siempre que residan en territorio español y que los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio económico europeo o de Suiza que estén en España en una situación de estancia inferior a tres meses no están comprendidos en el supuesto de asistencia sanitaria en situaciones especiales.

D Real Decreto 1506/2012 por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica y Orden 2366/2012 por la que se establece el factor común de facturación de la prestación con productos dietéticos

Ambas normas desarrollan dos de las prestaciones incluidas en el artículo 8 ter de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud), la prestación ortoprotésica y la prestación con productos dietéticos. (ver apartado C).

2.- Desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas

La aprobación y entrada en vigor de la normativa de ámbito estatal a la que se alude en el apartado anterior, por la que se ha reformado el acceso a la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos, ha hecho necesario que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, dentro de sus respectivos ámbitos competenciales, hayan dictado diversas instrucciones destinadas a organizar el nuevo modelo en el ámbito de su territorio.

El estudio pormenorizado del desarrollo de la nueva Normativa de ámbito estatal, nos dibuja una realidad muy diversa, existiendo CC.AA que han establecido normativas que van más allá de lo establecido en el Real Decreto, CC.AA que cumplen estrictamente con lo establecido y otras CC.AA que han optado por la incorporación de diversas medidas de flexibilidad en la aplicación práctica del Real Decreto Ley. Esta situación nos dibuja una realidad caracterizada por la diversidad de situaciones y la falta de uniformidad en los desarrollos, tal y como podremos observar en el análisis pormenorizado que el Foro ha realizado de los diversos desarrollos llevados a cabo en las CC.AA, de acuerdo con las informaciones que nos han sido remitidas, a petición del Foro, por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Andalucía. Circular de la Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud, dependiente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, de 3 de septiembre de 2012.

En la misma se pone de manifiesto " *que se seguirán atendiendo de la misma forma que hasta el momento actual a los inmigrantes por humanidad, porque así lo recoge el Estatuto de Autonomía y porque el control sanitario de la población evita problemas posteriores de salud pública y la proliferación de enfermedades ya erradicadas en la comunidad*".

Se indica que la Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, será la encargada de monitorizar en los diferentes centros dependientes del Servicio Andaluz de Salud, que la asistencia sanitaria a inmigrantes en situación irregular se continúa prestando como hasta el momento. Establece que las incidencias detectadas deben ser comunicadas a la Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados.

Castilla – La Mancha: Resolución de 03/09/2012, de la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), sobre precios a aplicar por sus centros sanitarios a terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a asistencia sanitaria.

Se limita a consignar las tarifas que deben aplicarse y, en su caso reclamarse, por las asistencias prestadas a los terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a asistencia sanitaria de la Seguridad Social. No se establece un periodo transitorio ampliando la fecha del 31 de agosto recogida en el RD, ni las condiciones para el acceso a la sanidad pública de las personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario del Sistema Nacional de Salud. Se establecen precios públicos para colectivos que por aplicación del Real Decreto tienen garantizada la prestación sanitaria, con independencia de su situación administrativa, caso del embarazo, parto o postparto. No se establece el procedimiento de facturación, ni en qué casos este es pertinente.

Cataluña: Instrucción 10/2012 del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), para el acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública del CatSalut a los ciudadanos extranjeros empadronados en Cataluña que no tienen la condición de asegurado o beneficiario del Sistema Nacional de Salud.

Se establece un régimen transitorio desde el 31 de agosto de 2012 hasta el 31 de marzo de 2013, para que puedan regularizar su situación a la nueva regulación, las personas que con anterioridad al 31 de agosto eran titulares del derecho de atención sanitaria del CatSalut acreditadas en su registro central de personas aseguradas.

Para acceder a la asistencia sanitaria de cobertura pública, las personas deben cumplir los siguientes requisitos:

- a) No tener la condición de asegurado o beneficiaria del Sistema Nacional de Salud.
- b) Documentación acreditativa de su identidad (pasaporte u otro documento identificativo que haya permitido el empadronamiento).
- c) Acreditar estar empadronada en cualquiera de los municipios de Cataluña por un periodo continuado, al menos, de tres meses inmediatamente anterior a la presentación de la solicitud de reconocimiento de acceso a la asistencia sanitaria.
- d) Tener unos ingresos inferiores a la cuantía correspondiente a la renta básica para la inclusión y protección social de acuerdo con la normativa reguladora.
- e) No tener acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo de otra entidad diferente al Servicio Catalán de Salud.
- f) Firmar un documento autorizando al CatSalud a verificar los datos declarados.
- g) Firmar un documento autorizando al CatSalud al cobro de los gastos por la asistencia sanitaria recibida en caso de disponer de recursos económicos.

El reconocimiento del acceso a la sanidad tendrá efectos a partir del alta en el correspondiente registro de CatSalud y el nivel de su extensión estará condicionado al cumplimiento de los correspondientes requisitos y periodo de continuidad en el empadronamiento. En caso de interrupción, se iniciará el procedimiento desde el primer nivel.

El acceso al primer nivel de asistencia sanitaria, comprenderá desde la resolución de la solicitud, hasta el plazo de un año a partir de la fecha del reconocimiento del acceso y abarcará: a) atención urgente, incluida el transporte sanitario urgente; b) programas de interés sanitario, incluida la prestación farmacéutica asociada al programa; c) atención primaria, incluida la prestación farmacéutica con aportación del usuario del 40%.

Además, en caso de gravedad, riesgo vital o necesidad inaplazable de atención, se recoge el acceso excepcional a la atención especializada programada.

El acceso al segundo nivel de asistencia sanitaria, permitirá el acceso a la asistencia sanitaria especializada programada y comenzará a partir de dictarse la correspondiente resolución a la solicitud presentada para el acceso al segundo nivel. Será necesario que además de cumplir los requisitos exigidos para el primer nivel, el empadronamiento abarque el periodo continuado de un año inmediatamente anterior.

Se facilitará a la persona un documento especificando el nivel de asistencia sanitaria a la que se tiene derecho y el mismo tendrá un vigencia máxima de un año, debiendo renovarse anualmente.

Galicia: Resolución de 31 de agosto de 2012, de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad, por la que se acuerda la publicación de la Instrucción de 31 de agosto de 2012 sobre la prestación de asistencia sanitaria en Galicia a las personas que no tienen la condición de asegurado o de beneficiarios reconocida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, o, en su caso, por el Instituto Nacional de la Marina.

El Servicio Gallego de Salud, ha emitido un Informe sobre las modalidades de acceso a la asistencia sanitaria en Galicia, a partir del 1 de septiembre de 2012.

Las personas residentes en Galicia que a 1 de septiembre de 2012 no tengan o puedan tener derecho a la asistencia sanitaria, bien como asegurado o beneficiario del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto de la Marina, o bien como persona acogida a un convenio especial, de acuerdo con la normativa aplicable, podrán solicitar la asistencia sanitaria por alguna de las siguientes modalidades:

- i) Como personas acogidas al "Programa gallego de protección social de salud pública" en el caso de personas con documentación válida y en vigor.
- ii) Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, que se encuentren en Galicia, en las siguientes modalidades:
 - o de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea la causa, hasta la situación de alta médica;
 - o de asistencia al embarazo, parto y posparto, desde el momento de la confirmación del embarazo hasta dos meses después de la fecha probable del parto y que incluirá la atención correspondiente a las especialidades de obstetricia, ginecología y atención primaria en todos los procesos relacionados con dichas situaciones;
 - o extranjeros menores de 18 años en las mismas condiciones que los gallegos.
- iii) Como personas autorizadas para estar en España como solicitantes de protección internacional o como víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento o reflexión. Incluirá el tratamiento básico de las enfermedades. Asimismo, se proporcionará la atención necesaria médica o de otro tipo a los solicitantes de protección internacional con necesidades particulares o especiales.
- iv) Programas de salud pública en el caso de enfermedades que supongan riesgo para la salud de la ciudadanía, para aquellas personas que no puedan recibir asistencia sanitaria por otras vías. Cubrirá el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad hasta el alta médica del proceso.

Las cuotas de aportación farmacéutica, se acomodará a lo establecido para los ciudadanos comunitarios y de países con convenios bilaterales de asistencia sanitaria de la Seguridad Social no identificados como pensionistas, excepto, entre otros, las siguientes situaciones:

- 1.- Urgencia por enfermedad grave o accidente: no financiable.
- 2.- Asistencia al embarazo, parto posparto: 40%.
- 3.- Extranjeros menores de 18 años: 40%.

Islas Baleares: Criterios generales de aplicación a la asistencia sanitaria que el Servicio de Salud de las Islas Baleares ha de prestar a todas las personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario (Consejo de Dirección del Servicio de Salud de las Islas Baleares, 30 agosto 2012).

Las personas extranjeras no registradas ni con autorización de residencia en España, podrán recibir asistencia sanitaria en las modalidades siguientes:

- i) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea la causa, que se prestará tanto en centros de atención primaria como en hospitales, sin que suponga ninguna facturación para el paciente. Si la persona necesitase un seguimiento posterior de su proceso, se le indicará que para ser atendida podrá suscribir un convenio especial, y que en caso contrario, se le facturará y si es el caso, la factura será remitida a su país de origen en virtud de los convenios bilaterales de seguridad social suscritos por España con otros países.

Las prestaciones farmacéuticas no están incluidas, por lo que la prescripción se realizará en recetas no financiadas por el sistema nacional de salud.

- ii) De asistencia al embarazo, parto y posparto.
- iii) Extranjeros menores de 18 años en las mismas condiciones que los españoles.
- iv) Asistencia a personas solicitantes de protección internacional durante el tiempo que estén autorizados a permanecer en España con dicho motivo. La asistencia sanitaria necesaria que se les prestará, incluirá las curas de urgencia, el tratamiento básico de las enfermedades y la atención necesaria médica o de otro tipo, para aquellos solicitantes con necesidades especiales.
- v) Asistencia a víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento o reflexión durante el tiempo que estén autorizados a permanecer en España con dicho motivo. La asistencia sanitaria necesaria que se les prestará, incluirá las curas de urgencia, el tratamiento básico de las enfermedades y la atención necesaria médica o de otro tipo, para las víctimas con necesidades especiales.
- vi) Programas de salud pública en el caso de enfermedades que supongan riesgo para la salud de toda la población de las Islas Baleares. No generará facturación directa a los pacientes. Si existen convenios bilaterales de asistencia sanitaria o son de aplicación los reglamentos comunitarios, se podrá facturar directamente a los países de origen.

La medicación no se prescribirá en receta oficial, sino que el Servicio de Salud la entregará directamente a cada usuario.

Establece el procedimiento de facturación que deberá seguirse cuando sea pertinente.

Madrid: Instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el Servicio Madrileño de Salud a todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria (Viceconsejería Asistencia Sanitaria, 27 agosto 2012).

Establece las pautas de actuación en la asistencia sanitaria a prestar a partir del 1 de septiembre de 2012, a todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria.

Con independencia del Convenio Especial que podrían suscribir, el Servicio Madrileño de Salud prestará asistencia sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, en las siguientes modalidades:

- i) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea la causa, hasta la situación de alta médica. Se prestará tanto en centros de atención primaria como en hospitales, sin que conlleve facturación alguna para el paciente. Si la persona necesitase un seguimiento posterior de su proceso, se le indicará que para ser atendida podrá suscribir un convenio especial, y que en caso contrario, se le facturará y en su caso, la factura será remitida a su país de origen en virtud de los convenios bilaterales de seguridad social suscritos por España con otros países.

Las prestaciones farmacéuticas no están incluidas, por lo que la prescripción se realizará en recetas no financiadas por el sistema nacional de salud.

- ii) De asistencia al embarazo, parto y posparto.
- iii) Extranjeros menores de 18 años en las mismas condiciones que los españoles.
- iv) Solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación. Se les prestará la asistencia sanitaria necesaria, que incluirá las curas de urgencia, el tratamiento básico de las enfermedades y la atención necesaria, médica o de otro tipo, para aquellos solicitantes con necesidades especiales.
- v) Asistencia a víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento o reflexión, durante el tiempo que estén autorizados a permanecer en España con dicho motivo. La asistencia sanitaria necesaria que se les prestará, incluirá las curas de urgencia, el tratamiento básico de las enfermedades y la atención necesaria médica o de otro tipo, para estas víctimas con necesidades especiales.
- vi) Asistencia sanitaria en los supuestos de salud pública que supongan riesgo para la salud de toda la población de Madrid. Salvo que se haya suscrito un Convenio Especial o cuando se estime que el proceso evolutivo de la patología vaya a ser inferior a un año, conllevará facturación al usuario y, en su caso, la factura será remitida a su país de origen, en virtud de los convenios bilaterales suscritos por España con otros países.

La medicación no se prescribirá en receta oficial, sino que el Servicio de Salud la entregará directamente a cada usuario.

Establece el procedimiento de facturación que deberá seguirse cuando sea pertinente.

Murcia: Finalización de la prórroga del Real Decreto Ley 16/2012 del reconocimiento del aseguramiento y prestaciones sanitarias para extranjeros sin permiso de residencia y que lo tuvieran reconocido como extranjeros sin recursos. Nota informativa para difundir en los Servicios Hospitalarios, Centros de Salud y Servicios de Urgencia (Servicio Murciano de Salud, 31 agosto 2012).

Mantiene la vigencia del reconocimiento de aseguramiento y las prestaciones sanitarias para el colectivo de extranjeros con permiso de residencia que lo tuviesen reconocido o lo hubiesen obtenido hasta el 31 de agosto de 2012 y que figuran como tales en la base de datos de usuarios Cívitas.

Los extranjeros menores de 18 años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Se les mantiene la asignación de médico o pediatra que tuvieran y en las prestaciones farmacéuticas aportarán el 40%. La asistencia sanitaria se extenderá al conjunto del Sistema Nacional de Salud.

En el ámbito de la Región de Murcia, se extenderá la asistencia sanitaria a los extranjeros sin permiso de residencia que la tuviesen reconocida con fecha anterior a la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 y que en las bases de datos de los aplicativos clínicos del Servicio Murciano de Salud tienen registrado en su historia clínica algún diagnóstico crónico, para que continúen recibiendo la asistencia sanitaria que precisen, con el mismo médico de atención primaria adscrito y una aportación a las prestaciones farmacéuticas del 40%. Es decir, las prestaciones seguirán siendo las mismas pero reducidas a la Región de Murcia.

Las personas extranjeras sin permiso de residencia que no estuvieran incluidos en los grupos antes citados, recibirán atención de urgencia hasta el alta médica en cualquiera de los dispositivos de asistencia sanitaria a los que acudan (centros sanitarios, consultorios, servicios de urgencia de atención primaria u hospitales), que será gratuita para el usuario, si bien en los casos en que su país de origen tenga un convenio bilateral con España, se recogerá la información necesaria para facturar la asistencia prestada a su país de origen.

La referida nota informativa no hace referencia a la atención en el embarazo, parto y postparto, solicitantes de protección internacional y víctimas de trata.

País Vasco: Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional De Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi (Departamento de Sanidad y Consumo).

En el expositivo se alude, por un lado, al Decreto 26/1988, como importante instrumento para la extensión de la asistencia sanitaria a parte de la población que carecía de cobertura sanitaria pública, al extender el derecho a la asistencia sanitaria prestada por Osakidetza-Servicio vasco de salud, a quienes carezcan de suficientes recursos económicos y no estén protegidos por el Sistema de Seguridad Social y, por

otro, a la Ley 8/1997, de 26 de junio, por la que el derecho a la protección de la salud adquirió definitivamente carácter universal en el territorio de Euskadi a todas las personas residentes.

Se afirma optar por el "status quo" porque consideran que la actual crisis económica constituye el momento menos oportuno para restringir la cobertura sanitaria. Según se dice, el objetivo del presente Decreto es profundizar en un desarrollo del ordenamiento básico que les permita en Euskadi consolidar sus propias directrices de política sanitaria y, con tal fin, manifiestan su convicción de extender el compromiso con la ciudadanía de complementar el estatus prestacional básico estatal hasta el límite de mantener los niveles de protección que han alcanzado en Euskadi.

En concreto, el **Decreto regula el acceso** a las prestaciones sanitarias a **aquellas personas excluidas** del ámbito de aplicación de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud **por no tener la condición de asegurados ni de beneficiarios** del mismo, así como la complementación de las condiciones financieras básicas en que se desarrolla la prestación farmacéutica.

- i) En su ámbito territorial **tendrán acceso** a las prestaciones sanitarias públicas:
- quienes tengan la condición de asegurado o beneficiario del Sistema Nacional de Salud;
 - quienes tuviesen Tarjeta Individual Sanitaria emitida por la C.A. de Euskadi con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012;
 - las personas que cumplan simultáneamente los siguientes requisitos:
 - a) estar empadronadas por un período continuado de, al menos, un año inmediatamente anterior a la solicitud de reconocimiento de la asistencia sanitaria,
 - b) ser persona perceptora de prestaciones económicas integradas en el Sistema Vasco de Garantía de Ingresos e Inclusión o tener ingresos inferiores a la cuantía correspondiente a la renta básica para la inclusión y protección social,
 - c) No tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título.
- ii) las prestaciones sanitarias que se proporcionen a las personas incluidas en su ámbito que no tengan la condición de aseguradas o beneficiarias, tendrán las mismas condiciones de calidad y con la misma extensión que las correspondientes a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos del SNS.
- iii) El reconocimiento de la asistencia sanitaria se hará por procedimiento que se determinará reglamentariamente a instancia de interesado por las Direcciones Territoriales del Dpto. de Sanidad y Consumo del lugar de residencia.

- iv) Para el acceso de estas personas no aseguradas o beneficiarias se hará mediante presentación de título identificativo, personal e intransferible que se expide una vez reconocido el derecho.
- v) En cuanto a la prestación farmacéutica ambulatoria, se indica que el alcance de la extensión de la cobertura financiera supone las siguientes condiciones económicas:
 - 1. con carácter general, las personas usuarias aportarán un 40% sobre el precio de venta al público exceptuando medicamentos sujetos al sistema de aportación reducida.
 - 2. con carácter singular, estarán exentos los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a alguna de las siguientes categorías:
 - 2.1. Pensionistas, incluidas las que reciben una pensión no contributiva;
 - 2.2. Personas afectadas de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica;
 - 2.3. Personas perceptoras de Renta de Garantía de Ingresos;
 - 2.4. Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación;
 - 2.5. Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional;
 - 2.6. Aquellas personas no aseguradas o beneficiarias incluidas en el ámbito de este Decreto que se relacionan: mayores de 65 años, personas viudas, personas huérfanas menores de 18 años, personas con minusvalía en grado igual o superior al 33%.

La aportación económica a cargo de la persona se hará en el momento de la dispensación y, si ésta tiene lugar en una farmacia fuera del territorio de Euskadi, se prevé el reintegro de lo abonado en exceso.

Comunidad Valenciana: Instrucciones tras sincronización con SNS y sobre acceso a la asistencia sanitaria en situaciones especiales. Servicio de Aseguramiento Sanitario, Agencia Valenciana de Salut.

Se trata de unas instrucciones provisionales con el exclusivo objeto de garantizar el derecho de acceso a la asistencia sanitaria pública valenciana de:

- 1. mujeres embarazadas extranjeras no registradas ni autorizadas a residir en España;
- 2. extranjeros menores de 18 años no registrados ni autorizados a residir en España;
- 3. solicitantes de protección internacional con permanencia en España autorizada;

4. víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión con estancia temporal en España autorizada;
5. Extranjeros no autorizados ni registrados como residentes en España;
6. Extranjeros no autorizados ni registrados como residentes en la C.A. Valenciana y sin recursos suficientes.

Se deberá facturar siempre que haya un tercero obligado al pago.

Básicamente estas instrucciones van orientadas a cómo reorganizar las bases de datos al crearse nuevas modalidades, modificarse o eliminarse otras al objeto de equiparar las distintas situaciones sobre la condición de asegurado y beneficiario de asegurado. Quedaría descrito de la siguiente manera:

- **Personas extranjeras**, tanto comunitarias como extracomunitarias, que se encuentren **en situación regular** después del 24 de abril de 2012 deben tener cobertura sanitaria derivada de su actividad laboral o deben contar con seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España.
- **Embarazadas**: si no está en situación regular tienen derecho a la cobertura sanitaria mientras dure el embarazo, parto y postparto. Se aplica automáticamente una fecha de caducidad de once meses desde la fecha de la acreditación del embarazo.
- **Menores de 18 años**: en situación administrativa regular o españoles han de tener la condición de asegurado o de beneficiario de asegurado. Los no residentes legales o no inscritos recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Si los padres del menor irregular tienen residencia legal y están en situación de alta en cotización a la Seguridad Social, habrá que esperar a la regularización administrativa del menor para que alcance la condición de beneficiario.

- **Víctimas de trata de seres humanos / Protección Internacional**: se le entregará Documento de Asistencia Temporal.
- **Extranjeros Irregulares sin Recursos**: concreta que recibirán asistencia sanitaria en la modalidad de urgencias por enfermedad grave o accidente, hasta situación de alta médica. Pretenden agrupar a este colectivo de extranjeros no autorizados ni registrados como residentes en una modalidad específica en el caso de que carezcan de recursos económicos estableciendo un procedimiento de identificación.

Así, si antes tenían reconocido el derecho a prestaciones sanitarias como personas sin recursos y ahora no han conseguido la condición de asegurado o de beneficiario de asegurado pasarán de forma automática a la modalidad de "Sin recursos". Esta modalidad no reconoce derecho a cobertura sanitaria pública gratuita. Pero dadas sus especiales condiciones socioeconómicas se establecerán específicamente las condiciones de facturación o gratuidad de las asistencias de carácter urgente. Se estaría a otras instrucciones específicas.

Comunidad Canaria: Documento elaborado por la Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de Salud de fecha 30 de octubre de 2012, revisable, en formato de preguntas y respuestas; sobre aplicación del RDL 16/2012 en materia de aportación farmacéutica.

En el epígrafe 7º de la página 6 se especifica la prestación de asistencia sanitaria a extranjeros no residentes ni registrados, quienes recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- a) **De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta su situación de alta médica**, no incluyendo la prestación farmacéutica ambulatoria que pueda precisar tras el alta.
- b) **De asistencia al embarazo, parto y posparto**, incluyendo la prestación farmacéutica ambulatoria que precisen durante su situación.
- c) **Menores de 18 años**, incluyendo la prestación farmacéutica extrahospitalaria que se derive de su asistencia
- d) **Solicitantes de protección internacional**, incluyendo la prestación farmacéutica extrahospitalaria que se derive de su asistencia.
- e) **Victimas de trata de seres humanos**, incluyendo la prestación farmacéutica extrahospitalaria que se derive de su asistencia.

Principado de Asturias: Instrucciones para el Servicio de Salud del Principado de Asturias sobre la autorización de asistencia sanitaria, con carácter provisional, a las personas extranjeras en situación irregular sin recursos (Consejería de Sanidad, 14 junio 2012).

En dichas Instrucciones se prevé:

- 1.- Los ciudadanos extranjeros en situación irregular sin recursos económicos, empadronados en Asturias, mantendrán, con carácter provisional, el acceso a la asistencia sanitaria ordinaria en los términos siguientes:
 - o las personas que con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 tuvieran acceso a la asistencia sanitaria, podían seguir accediendo a la misma hasta el 31 de agosto de 2012, sin tener que acreditar la condición de asegurado.
 - o las personas que solicitasen el acceso a la asistencia sanitaria a partir de la entrada en vigor de dicho Real Decreto ley, o cuya solicitud no hubiera sido resuelta antes de dicha entrada en vigor, provisionalmente tendrían acceso a la misma hasta el 31 de agosto de 2012.

- 2.- Las personas extranjeras en situación irregular sin recursos que sean nuevos solicitantes y aquellos cuya solicitud estuviera pendiente de resolver, se les asignará un equipo básico de salud de referencia y se les autorizará temporalmente el acceso a la asistencia sanitaria en los dispositivos del Servicio de Salud del Principado de Asturias. No se les tramitará Tarjeta Sanitaria Individual.

La prescripción farmacéutica se realizará en recetas blancas con aportación en farmacia, comunicando al afectado que lo precise la posibilidad de dirigirse a las diferentes organizaciones no gubernamentales o asociaciones que tengan relación con los colectivos de inmigrantes, sobre las posibles fórmulas de tramitar o conseguir medicamentos.

- 3.- En el caso de que sean menores de 18 años, así como las mujeres durante el embarazo, parto y posparto continuarán recibiendo asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- 4.- Asimismo, las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España recibirán asistencia sanitaria de urgencia, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

II. IMPACTO DEL MARCO NORMATIVO ANTERIOR EN LA POBLACIÓN

Teniendo en cuenta la descripción de las modificaciones en la asistencia sanitaria señaladas en el punto anterior, este apartado se dedica al impacto que las mismas tienen en distintos colectivos de población extranjera.

1. Población extranjera no comunitaria

- ✚ Los ascendientes, no están incluidos entre los beneficiarios contemplados en el artículo 3.4 de la Ley 16/2003. En este sentido nos preocupa la situación de los ascendientes reagrupados, aunque lo hayan sido en virtud de los supuestos excepcionales por razones humanitarias previstos en los artículos 53 y siguientes del Reglamento de la LOEX (ascendiente incapaz cuya tutela tenga el reagrupante, ascendiente objetivamente no capaz de proveer sus necesidades, dependiente económicamente del reagrupante...). La única opción sería la suscripción de un convenio especial, a un elevado coste, pero únicamente para quienes pudieran acreditar un año de empadronamiento (ver punto 4 de este apartado). Sin embargo, entendemos de lo establecido en el artículo 5 del Real Decreto 1192/2012 que los ascendientes que tuvieran con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto una tarjeta sanitaria individual como beneficiarios de una persona asegurada, verán reconocida esta condición de oficio.
- ✚ No tendrán la condición de asegurados las personas que se encuentren en situación de estancia por estudios, movilidad de alumnos, prácticas no laborales o servicios de voluntariado, y en consecuencia tampoco podrán ser beneficiarios los familiares que les acompañen, a no ser que, tal como se establece en el artículo 42 del Reglamento, los titulares de autorización de estancia para los que este previsto, realicen actividades laborales. En los demás casos deberá suscribirse convenio especial (ver punto 4).
- ✚ Respecto a los titulares de autorizaciones de residencia y trabajo temporales, en los supuestos de desempleo y no acceso a una prestación contributiva, subsidio o Renta Activa de Inserción, puede existir un lapso de tiempo, desde la extinción de la condición de persona asegurada (primer día del segundo mes siguiente a aquel en que concurra la causa extintiva) hasta encontrar un nuevo empleo y ser dados de alta en la Seguridad Social, en que no tengan derecho a la asistencia sanitaria en concepto de asegurado, a no ser que soliciten la asistencia para personas sin recursos.
- ✚ En cuanto a las personas no comunitarias, empleadas en el servicio del hogar del servicio del hogar familiar, nos preocupa su situación en el caso de desempleo. Dejan de estar de alta (uno de los requisitos para tener la condición de asegurado) y no pueden acceder a las prestaciones de desempleo (contributiva, no contributiva

II. IMPACTO DEL MARCO NORMATIVO ANTERIOR EN LA POBLACIÓN

- ✚ y Renta Activa de Inserción); y en el caso de no tener la condición de beneficiario de un asegurado, deberán solicitar la asistencia sanitaria para personas que no alcancen los 100.000 euros de ingresos anuales o firmar un convenio especial. Una situación que afectará especialmente a mujeres extranjeras no comunitarias sin núcleo familiar en España (ver punto 4)
- ✚ Es precisa una aclaración en cuanto a la interpretación del artículo 3.2.c) de la Ley 16/2003 *ser preceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social incluidas la prestación y el subsidio por desempleo* y el artículo 2.1.a) 3º y 4º *ser preceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, como la prestación y el subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza; haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza*. Aclaración en el sentido de si quienes perciben o han agotado prestaciones que no son de la Seguridad Social (por ejemplo las concedidas por las Comunidades Autónomas) conservarían la condición de asegurado.
- ✚ En los supuestos de renovación de las autorizaciones de residencia y trabajo, es evidente que la condición de asegurado se mantiene en el supuesto de acreditar la continuidad de la relación laboral o se haya suscrito un nuevo contrato de trabajo y el trabajador figure en alta. Pero nos preocupa la situación de quienes se acoge al supuesto del artículo 71.2.b) 2º, en el que el contrato iniciara su vigencia con la concesión de la renovación, concesión que tendrá lugar tres meses después de la solicitud por silencio positivo. En estos casos, en los que se ha cotizado durante seis meses, puede producirse la extinción de la condición de asegurado.
- ✚ En cuanto a los familiares de nacionalidad no comunitaria de un ciudadano de un Estado miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo (incluyendo el supuesto de familiares de españoles retornados), las modificaciones introducidas en el Real Decreto 240/2007, estableciendo una serie de requisitos previos (fundamentalmente el económico) para poder acceder a la tarjeta de familiar de residente comunitario, pueden dejar a estos familiares en situación administrativa irregular con la única opción de acudir a la firma de un convenio especial (ver apartado 2 y apartado 4)
- ✚ Por otra parte, los requisitos exigidos para solicitar la prestación de asistencia sanitaria para personas que no superen los 100.000 euros de ingresos anuales a los extranjeros no comunitarios, con la necesidad de aportar documentación de sus países de origen, puede determinar, por una parte, una ruptura de la atención en el caso de personas que pierdan la condición de asegurado y deban solicitar esta asistencia y/o por otra, la imposibilidad de darles cumplimiento o de hacerlo con un retraso considerable, con las consiguientes repercusiones.

2. Asistencia sanitaria en situaciones especiales (Ley 16/2003. Artículo 3.ter)

- ✚ En el Real Decreto Ley y en su normativa de desarrollo, no se define en ningún momento que ha de entenderse por *enfermedad grave*. En este sentido, y dada la práctica detectada, ni las enfermedades crónicas, ni supuestos de personas portadoras de VIH, ni pacientes de cáncer o que precisan un seguimiento, parece que merezcan esta consideración, pese a que la falta de asistencia continuada y normalizada, seguimiento y prescripción de medicación así como la interrupción de

II. IMPACTO DEL MARCO NORMATIVO ANTERIOR EN LA POBLACIÓN

cualquiera de estas prestaciones. Por otra parte, cabe señalar que el tratamiento a través de urgencias de estos supuestos no es el adecuado para preservar la salud y el derecho a la vida de estas personas.

- ✚ En el mismo sentido, en los supuestos de accidente, que se incluyen en este artículo, entendemos que el alta médica ha de interpretarse en el sentido de que se alcance la finalización del tratamiento y total recuperación, lo que puede requerir prestaciones de las incluidas en el artículo 8.ter y quater de la Ley 16/2003, que no necesariamente han de ser prestadas por los servicios de urgencias.
- ✚ Es preciso recordar que la norma, señala que todos los extranjeros menores de 18 años *recibirán asistencia en las mismas condiciones que los españoles*.
- ✚ Llamamos la atención de que en ninguno de estos supuestos, se ha especificado ni en el RD Ley, ni en su normativa de desarrollo el título habilitante que da derecho a las personas que se encuentren en estos supuestos a la asistencia sanitaria, no señalándose si se les expedirá una tarjeta sanitaria. Tampoco que, en lo que consideraríamos una interpretación adecuada de la norma, la asistencia (con independencia de que se haya iniciado en urgencias, por embarazo o por el hecho de ser menor) ha de incluir toda la cartera de servicios contenida en el artículo 8 del RD Ley.

3. Población extranjera comunitaria

- ✚ La modificación del Real Decreto 240/2007, puede dar lugar a situaciones de no acceso a la asistencia sanitaria por discrepancias entre el concepto de “trabajador” que se incluye en la Directiva 2004/38 y el que traspone la legislación española. Para la Directiva, se mantiene la condición de “trabajador por cuenta ajena o propia” cuando se sufre una incapacidad laboral temporal resultante de una enfermedad o accidente, se encuentra en una situación de paro involuntario debidamente acreditado, tras haber estado empleado más de un año y está inscrito en el servicio de empleo competente, situación de paro involuntario tras concluir un contrato de duración menor a un año, o habiendo quedado en paro involuntario durante los primeros doce meses, se ha inscrito en el servicio público de empleo correspondiente (en esos casos la condición de trabajador se mantiene durante un periodo no inferior a seis meses) o si sigue formación profesional. En algunos de estos supuestos los trabajadores y trabajadoras comunitarias, pueden no cumplir los requisitos incluidos en el artículo 3.2 de la Ley 16/2003, debiendo en su caso, solicitar la asistencia sanitaria para personas sin recursos.
- ✚ Por otra parte y en el mismo sentido de la falta de concordancia entre conceptos incluidos en la Directiva y la legislación española, la previsión de que para estancias superiores a tres meses, el trabajador comunitario ha de disponer de recursos económicos suficientes para sí y los miembros de su familia, de tal modo que no se convierta en una carga para la asistencia social, no puede interpretarse en el sentido de que disponga de un seguro de enfermedad privado. La asistencia sanitaria no es asistencia social.

II. IMPACTO DEL MARCO NORMATIVO ANTERIOR EN LA POBLACIÓN

- ✚ Los ciudadanos comunitarios, al igual que los no comunitarios, han de aportar documentación de sus países de origen para acreditar que tienen derecho a la asistencia sanitaria para personas con recursos inferiores a 100.000 euros.
- ✚ Por otra parte, las modificaciones del RD 240/2007 que obligan al cumplimiento de una serie de requisitos para poder inscribirse en el registro de ciudadanos extranjeros (requisito para los ciudadanos comunitarios que quieran obtener la asistencia sanitaria para personas sin recursos), obligara a quienes no cumplan con estos requisitos (y entre ellos esta, para quienes no ejerzan una actividad laboral, un seguro de enfermedad, público o privado, disposición de recursos suficientes que la Orden 1490/2012 por la que se dictan normas para la aplicación del artículo 7 del Real Decreto 240/2007) se establece que tienen que ser superiores a 5007'80 euros anuales, aunque se tendrán en cuenta la situación personal y familiar del interesado.
- ✚ Al igual que ocurre con los ciudadanos no comunitarios, y los españoles, los ascendientes, no están incluidos entre los familiares beneficiarios, sin que se haya aclarado si en virtud de los reglamentos de coordinación en materia de seguridad social y cumpliendo, en el país de origen, alguno de los supuestos del artículo 3.2 de la Ley 16/2003, tendrían la condición de asegurado en España. (por ejemplo un pensionista que exporte la prestación a España o un desempleado que exporte la prestación por desempleo, conservando una vez agotada la misma la condición de asegurado en virtud del artículo 2.1 3º y 4º del Real Decreto 1192/2012 por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario). Y al igual que con los ciudadanos no comunitarios, entendemos de lo establecido en el artículo 5 del Real Decreto 1192/2012 que los ascendientes que tuvieran con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto una tarjeta sanitaria individual como beneficiarios de una persona asegurada, verán reconocida esta condición de oficio.

4. Disposiciones adicionales del Real Decreto 1192/2012

- ✚ Respecto a los solicitantes de protección internacional y víctimas de trata de seres humanos se señala que ambos colectivos recibirán *los cuidados de urgencia y el tratamiento básico de las enfermedades. Asimismo se les proporcionara la atención necesaria, medica o de otro tipo a quienes tengan necesidades especiales.* Entendemos que es voluntad del legislador proporcionar la asistencia sanitaria completa incluida en el artículo 8 de la Ley 16/2003, y no el acceso exclusivamente a la cartera común básica de servicios del artículo 8 bis, previsto en el proyecto de Orden por la que se regula el convenio especial.
- ✚ Sobre la disposición del adicional tercera del Real Decreto 1192/2012, en referencia al convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, posteriormente desarrollado por el proyecto de Orden que regula el convenio y que en su momento informo el Foro, consideramos que el Proyecto de Orden podría entrar en contradicción con lo previsto en la Ley 16/2003, puesto que el artículo 3.5 de esta Ley en la que se establece la posibilidad de suscribir un convenio especial señala que el mismo permitirá obtener la prestación de asistencia sanitaria, no únicamente las prestaciones contempladas en el artículo 8. bis.

II. IMPACTO DEL MARCO NORMATIVO ANTERIOR EN LA POBLACIÓN

- ✚ La ausencia de beneficiarios en los convenios especiales implica un desembolso por cada una de las personas del núcleo familiar que estén en un supuesto que no les permita el acceso a la prestación de asistencia sanitaria a través de otro título.
- ✚ Por otra parte, el establecimiento mínimo de una cuota (incrementada en el caso de mayores de 65 años) con posibilidad de ser incrementada por cada servicio de salud autonómico, puede resultar un elemento disuasorio para la firma de estos convenios, mas aun cuando solo dan acceso a las prestaciones incluidas en el artículo 8 bis de la Ley 16/2003, con lo que es de suponer que el resto de prestaciones, habrán de ser financiadas por completo por los firmantes del convenio.
- ✚ La exigencia de un año de empadronamiento previo, dejará sin posibilidad de firmar el convenio, tanto a personas en situación administrativa irregular, como regular o ciudadanos comunitarios o familiares de ciudadanos comunitarios.

A modo de ejemplo del impacto del nuevo marco normativo en materia de acceso a la asistencia sanitaria de la población de nacionalidad extranjera en situación regular o irregular, hemos seleccionado 54 casos que consideramos significativos en todo el territorio nacional, los cuales han sido detectados por organizaciones vocales del Foro para la Integración Social de los Inmigrantes y que ilustran, mejor que cualquier análisis teórico, las consecuencias, en algunos casos de extraordinaria gravedad, de la reforma. La muestra de casos, refleja diversas situaciones e incidencias en el desarrollo concreto de la Norma, algunas de ellas vinculadas con una insuficiente información sobre la normativa que regula la atención sanitaria, prueba de ello es la negativa a prestar atención sanitaria a menores, en situación administrativa regular o irregular o la confusión que se aprecia en los casos datados en las fechas posteriores a la publicación del RD Ley 16/2012 y antes del 1 de septiembre, pero también con posterioridad. Otras incidencias están vinculadas con la interrupción de tratamientos esenciales para la vida, especialmente para personas en situación administrativa irregular, la pérdida del derecho a la asistencia sanitaria de extranjeros comunitarios y no comunitarios en situación regular, y en particular la falta de atención a solicitantes de protección internacional.

No podemos dejar de destacar la situación de las personas portadoras de VIH, enfermos crónicos y diagnosticados de enfermedad cancerígena, en situación administrativa irregular y que se han quedado no sólo sin tratamiento, sino también sin seguimiento médico de ningún tipo y por supuesto sin la prestación farmacéutica para su recuperación o al menos para el mantenimiento de su vida.

A fin de seguir una metodología en la presentación de estos casos seleccionados, utilizaremos la misma división que en el punto II del informe "Impacto del marco normativo en la población de nacionalidad extranjera"

Población extranjera no comunitaria

En este apartado, se relacionan varios supuestos, de los que destacaremos en primer lugar los que afectan a las situaciones especiales descritas en el artículo 3 ter de la Ley/2003 (asistencia sanitaria en situaciones especiales)

- *Los extranjeros menores de 18 años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles:*
 - ✚ 1 de septiembre. Valencia. Menor irregular prematuro, con atención pediátrica a neonatos normalizada anterior a 1 de septiembre; a partir de esa fecha, no recibe atención.

- ✚ 1 de septiembre. Valencia. Menor en situación administrativa irregular (madre en situación administrativa regular), percibía con normalidad atención pediátrica antes de 1 de septiembre, a partir de entonces sin atención.
 - ✚ 19 de septiembre, Coín (Málaga) Comunidad Autónoma de Andalucía. Menor irregular que al acudir al pediatra, se informa a su familia, de que el menor solo tiene derecho a la asistencia sanitaria de urgencia.
 - ✚ 3 de octubre, Almensilla (Sevilla) Comunidad Autónoma de Andalucía. Menor irregular de 4 años, atendida por pediatra que indica que se ha de abonar una factura de 250 euros.
 - ✚ 8 de octubre. Palma de Mallorca (Baleares). Menor irregular de tres meses de edad, centro de salud rechaza su atención por estar irregular. El menor no ha recibido asistencia sanitaria, ni vacunas desde su nacimiento.
 - ✚ 22 de octubre. Capdepera (Baleares). Menor irregular que acude a urgencia y se le emite una factura de 60 euros.
 - ✚ 12 de noviembre, Aragón. Menor irregular (hijo de residente regular). El centro de salud donde se solicita la tarjeta sanitaria para el menor, remite al INSS (cuando es el propio centro quien en el caso de los menores ha de tramitar la Tarjeta a través de la Unidad de Tarjeta Sanitaria) que emite un informe señalando que el menor no tienen derecho a la asistencia sanitaria como asegurado ni figurar incluido como beneficiario.
- *Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: de asistencia al embarazo, parto y posparto.*
- ✚ 11 de noviembre, Canarias: Mujer embarazada en estado avanzado, con embarazo de riesgo (por padecer diabetes de tipo 1), no es atendida en el centro de salud por encontrarse en situación administrativa irregular. Acude a urgencias con posterioridad, donde es citada en ginecología tras enviarla a casa y ser informada del alto riesgo del embarazo. Desde ginecología, se la remite a endocrinología y se decide el ingreso hospitalario.
- *De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa hasta la situación de alta médica*
- ✚ 13 de junio. Madrid. Persona en situación administrativa irregular, con amputación de antebrazo. El médico de cabecera se niega dispensar el certificado que permita la apreciación de su discapacidad y se le ha indicado que la prótesis es parte del tratamiento posterior al alta y por lo tanto, ha de ser pagada por él.
 - ✚ 1 de agosto. Madrid. Persona en situación administrativa irregular, con tarjeta sanitaria anterior a 1 de septiembre, enfermo de VIH y Hepatitis B. Desde el mes de agosto (antes de la finalización del periodo transitorio), le deniegan dispensarle la medicación antirretroviral.

- ✚ 1 de septiembre. Mallorca. Persona en situación irregular diabética, con tarjeta sanitaria anterior a 1 de septiembre. A partir de esta fecha se le indica que solo se le atenderá por urgencias y que no tiene derecho a las revisiones periódicas, las analíticas y las recetas mensuales de insulina.
- ✚ 1 de septiembre. Valencia. Persona en situación administrativa irregular, enferma de VIH, en tratamiento hasta esa fecha como titular de tarjeta sanitaria. A partir de entonces suspendido el tratamiento.
- ✚ 1 de septiembre. Valencia. Persona en situación administrativa irregular con mioma en el útero, tarjeta anterior a 1 de septiembre, y sin tratamiento desde esa fecha.
- ✚ 1 de septiembre: Zaragoza. Persona en situación administrativa irregular con un trasplante renal y tarjeta anterior a 1 de septiembre que percibía hasta entonces tanto la medicación necesaria, como el seguimiento. A partir de entonces, deja de recibir ambos.
- ✚ 1 de septiembre. Zaragoza. Persona en situación administrativa irregular con VIH estadio C3, toxoplasmosis cerebral previa presentando disfasia moderada. A partir de 1 de septiembre, sin seguimiento médico, sin medicación.
- ✚ 1 de septiembre. Zaragoza. Persona en situación administrativa irregular, con tarjeta y tratamiento anterior a 1 de septiembre normalizado para su diabetes, hipertensión, migrañas, problemas circulatorios y detección de tejido precancerígeno en la matriz para el que es preciso realizar una biopsia anual de la matriz. Desde uno de septiembre, no es atendida por el médico de cabecera ni se hace un seguimiento de su historia, ni se le prescribe medicación.
- ✚ Posterior a 1 de septiembre. Valencia. Persona en situación irregular que disponía de tarjeta sanitaria hasta 1 de septiembre, enferma de cáncer y a la que a partir de esa fecha se le deniega el tratamiento que precisa.
- ✚ Valencia. Persona en situación irregular con VIH, denegado el tratamiento para VIH
- ✚ Burgos (Castilla León). Persona en situación administrativa irregular, con tarjeta sanitaria anterior a 1 de septiembre, enferma de tiroides y cáncer de útero. A partir de ese momento no se le cita para seguimiento del cáncer que padece, ni se le prescribe medicación.
- ✚ 1 de octubre. Madrid. Persona en situación administrativa irregular portadora cero positivo (VIH), el médico de cabecera le deniega recetas por una afección derivada del proceso de VIH.
- ✚ 2 de octubre. Persona en situación irregular, sufre un accidente, acude a urgencias donde le escayolan la rodilla. Al solicitar cita para el servicio de traumatología del mismo hospital, esta se la deniega, señalando que primero ha de pasar por el servicio de facturación.

- ✚ 11 de octubre. Castilla La Mancha. Persona en situación irregular, sin tarjeta antes de 1 de septiembre, diagnosticada de diabetes mellitus tipo I. No recibe atención, ni control médico y carece de recursos para pagar la insulina que solo puede comprar en ocasiones excepcionales.
 - ✚ 13 de octubre. Aragón. Persona en situación administrativa irregular sin tarjeta antes de 1 de septiembre. Atendido en urgencias de una insuficiencia renal que precisa diálisis tres veces por semana durante cuatro horas. En urgencias se le ha hecho firmar un compromiso de pago.
 - ✚ 12 de noviembre. Aragón. Mujer irregular sin tarjeta antes de 1 de septiembre, e indicios de virus de papiloma humano. Se condicionan las pruebas ginecológicas a que pague 64 euros para que la consulta se lleve a cabo.
 - ✚ 12 de noviembre. Aragón. Mujer en situación administrativa irregular, intervenida de un carcinoma de mama en el año 2010, titular de tarjeta antes de 1 de septiembre y sometida a revisiones periódicas, hasta esa fecha. Desde esa fecha ha de abonar 92 euros al mes por su tratamiento médico. Carece de recursos económicos.
 - ✚ 12 de noviembre. Aragón. Persona en situación administrativa irregular con tarjeta sanitaria antes de 1 de septiembre, que permitía el tratamiento de la enfermedad crónica que padece (síndrome antifosfolípido primario con anticoagulante lúpido+). Desde 1 de septiembre, sin tratamiento (medicación ni revisiones).
 - ✚ 13 de noviembre. Madrid. Persona en situación administrativa irregular de 53 años y diabética, con tarjeta sanitaria hasta 1 de septiembre. No recibe atención desde el mes de agosto (incluso antes del periodo establecido por el Real Decreto Ley 16/2012).
- *Extranjeros comunitarios en situación administrativa regular*
- ✚ Agosto. Madrid. Persona en situación regular, diagnosticada de narcolepsia en 2011, y en tratamiento desde entonces, a la espera de resolución de su permiso de residencia comunitaria por matrimonio. En Agosto le dicen que para recoger sus recetas ha de presentar la tarjeta porque esta está caducada. Denegada la misma, al carecer de NIE.
 - ✚ 1 de septiembre. Mallorca (Balears). Persona en situación regular, que precisa colonoscopia preventiva por antecedentes de cáncer de colon y citada para dicha prueba. Recibe una llamada del hospital para cancelar la cita porque ha dejado de cotizar.
 - ✚ 20 de septiembre. Madrid. Persona con autorización de residencia por reagrupación familiar que vence el 23 de octubre, con un problema vascular y que precisa operación de urgencia. Se le niega la asignación de cita para radiografía solicitada por el médico de cabecera, tras ser atendida en urgencias.

- ✚ 15 de octubre. Logroño. Persona en situación administrativa regular con tarjeta anterior a 1 de septiembre; paciente con VIH, atendido con normalidad hasta esa fecha en que el acude a una revisión con el especialista y al ir a expedirle una receta, el sistema informático señala que no tiene derecho a la asistencia sanitaria. Consultado el INSS, este contesta que quienes han obtenido la autorización de residencia con posterioridad a 20 de abril de 2012 no tienen derecho a la asistencia sanitaria.
 - ✚ 11 de octubre. Azagra (Navarra). Joven extutelado por la Junta de Andalucía, trasladado a Navarra donde renueva la autorización de residencia; se le deniega la tarjeta sanitaria por estar en proceso de renovación de la autorización de residencia (sin tener en cuenta que la solicitud de renovación, prorroga la validez de la autorización).
 - ✚ 22 de octubre. Binissalem (Baleares). Persona en situación regular sin tarjeta antes de 1 de septiembre. Enferma de cáncer, osteoporosis y tensión alta. Al carecer de tarjeta sanitaria actualizada, ha de pagar por la prestación farmacéutica. Únicamente recibe una ayuda de 400 euros.
- *Extranjeros comunitarios*
- ✚ 13 de julio. Palma de Mallorca (Baleares) Mujer de nacionalidad polaca, sin tarjeta anterior a uno de septiembre. Se rechaza el seguimiento del embarazo en el hospital al carecer de tarjeta sanitaria.
 - ✚ 1 de septiembre. Mallorca. Menores de nacionalidad alemana, denegada la tarjeta sanitaria a los menores, tanto por parte del INSS como del servicio balear de salud (IBSALUT), sin que pese a los requerimientos, se haya motivado por escrito la denegación.
 - ✚ 1 de septiembre. Valencia. Mujer rumana con tarjeta anterior al 1 de septiembre por carencia de recursos económicos. En la actualidad carece de cobertura.
 - ✚ 1 de septiembre. Zaragoza. Persona de nacionalidad rumana en situación regular, con enfermedad crónica (osteoporosis y varios), debido al cambio a una tarjeta sanitaria para personas sin recursos económicos, le piden documentación de su país que no puede aportar. El tratamiento ha sido suspendido, ya no le dan cita para los especialistas.
 - ✚ 4 de septiembre. Málaga. Persona de nacionalidad rumana ingresado en el hospital y al que se va a facturar el coste de la operación al carecer de tarjeta sanitaria.
 - ✚ 8 de octubre. Palma de Mallorca (Baleares). Menor de nacionalidad rumana, tres meses de edad. El centro de salud rechaza la atención sanitaria y vacunación del bebé al carecer de tarjeta sanitaria.

- *Disposición adicional cuarta del Real Decreto 1192/2012, prestación de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional*
 - ✚ 7 de mayo. Cataluña. Solicitante de protección internacional que solicita tarjeta sanitaria individual en abril de 2012, dos meses de espera, tras los que le indican que ha de volver a presentar la solicitud. Durante ese tiempo sin medicación.
 - ✚ 28 de junio. Cantabria. Solicitante de protección internacional al que se cancela la cita para realizar una operación maxilofacial para la que estaba citado.
 - ✚ 2 de julio. Cantabria. Solicitante de protección internacional que es derivada por su médico de cabecera a un especialista (bulto en el pecho) pero no es citada. Acudió a urgencias y fue operada de un quiste.
 - ✚ 16 de julio. Cantabria. Solicitante de protección internacional que solicita cita para el médico de cabecera que se le niega por carecer de número de Seguridad Social, número al que el INSS le dice que no tiene derecho. Acude a urgencias para descartar apendicitis.
 - ✚ 26 de julio. Cantabria. Solicitantes de protección internacional, tras el nacimiento de su hija el 27/06 de 2012, se le informa que solo tiene derecho a la asistencia durante 40 días después del parto, no recibió dicha asistencia, ni tampoco como solicitante de protección internacional. Ahora pese a tener reconocida la protección subsidiaria, sigue sin tener la tarjeta sanitaria.
 - ✚ 1 de agosto. Madrid. Solicitante de protección internacional, enfermo de VIH y Hepatitis B, al que se niega la medicación que venía dispensándosele desde 2011.
 - ✚ Posterior a 1 de septiembre. Murcia, solicitante de protección internacional a quien se le niega asistencia en el servicio de urgencias.
 - ✚ Desde 1 de septiembre hasta 16 de noviembre. Torrelavega (Cantabria). Paralizan la emisión de tarjetas sanitarias a solicitantes de protección internacional a la espera de instrucciones del Gobierno central. Durante este tiempo los solicitantes de protección internacional solo han podido recibir asistencia de urgencias.



IV. RECOMENDACIONES

- La selección de casuística incluida en este informe, revela una ausencia de criterios homogéneos y de información, no solo inmediatamente posterior a la reforma de la Ley 16/2003, sino incluso en las últimas semanas que lleva a casos de difícil comprensión como denegar la asistencia sanitaria a menores por su situación administrativa irregular o a personas con protección internacional.
- El Foro estima que parte de estos casos graves de denegación de asistencia a menores, mujeres embarazadas, enfermos de VIH además de a la falta de información suficiente por parte de quienes prestan los servicios sanitarios, se deben a la ausencia de previsión de título en soporte físico que identifique a las personas como titulares del derecho, aunque no sean asegurados o beneficiarios de un asegurado.
- El Foro considera que la prestación de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional, víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión ha de comprender, al igual que el posible convenio especial que firmen otras personas, todas las prestaciones incluidas en la cartera de servicios del artículo 8 de la Ley 16/2003.
- Por otra parte, el Foro entiende que “enfermedad grave” incluye a todas las personas que padezcan una enfermedad crónica, ya ponga esta en peligro su vida o empeore su calidad de vida en el caso de dejar de percibir la asistencia sanitaria y farmacéutica. El Foro considera que la interpretación correcta de artículo 3.ter de la Ley 16/2003, tanto para los casos de enfermedad grave, como de accidentes, asistencia al embarazo, parto o posparto, no es que la misma sea prestada a través de los servicios de urgencias, lo que no asegura ni el seguimiento adecuado, ni las revisiones periódicas, sino que estos supuestos (portadores de VIH, personas en proceso de diálisis, diabéticos, entre otros) han de ser atendidos de manera normalizada.
- La extinción de la condición de persona asegurada (que conlleva también la de los beneficiarios), surte efectos a partir del primer día del segundo mes siguiente a aquel en que concurra la causa extintiva. En los supuestos de extranjeros, especialmente los de nacionalidad no comunitaria que pierdan la condición de asegurado por dejar de encontrarse en alguno de los supuestos descritos en el artículo 3.2 de la Ley 16/2003 y deban solicitar la condición de asegurado por no superar el límite de ingresos de 100.000 euros anuales, los requisitos exigidos, el retraso o la imposibilidad en conseguir los documentos exigidos pueden llevar a una interrupción o pérdida del derecho. El Foro entiende que en estos supuestos, debería bastar con la acreditación de que en España no se supera el límite de ingresos establecido.

IV. RECOMENDACIONES

- El Foro no puede dejar de señalar que la entrada en vigor de la nueva normativa ha interrumpido tratamientos necesarios para la conservación de la vida y que no pueden ser asumidos por personas que se encuentran en una situación económica precaria, ya se encuentren en situación regular, irregular o sean comunitarios no inscritos en el registro de extranjeros, lo que además de poner en peligro su propia vida, tiene una incidencia en la salud pública general.

Por todo ello, el Foro para la Integración Social de los Inmigrantes, propone al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad el establecimiento de un instrumento que permita el seguimiento y conocimiento cualitativo (situaciones y dificultades) y cuantitativo (estadístico), y tenga como objetivo detectar supuestos y número de personas que tienen dificultades, bien de acceso al sistema sanitario, bien de conservación de la salud, así como las causas de estas dificultades y obstáculos que encuentran. El Foro entiende la necesidad del establecer este mecanismo de comunicación que permita, tanto al propio Foro, como a otras instituciones, organismos etc... poner estas circunstancias en conocimiento del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad al igual que a las Consejerías competentes de las diferentes Comunidades Autónomas a fin de evitar situaciones que pueden poner en riesgo la salud individual y/o colectiva o impedir el ejercicio de un derecho reconocido.

El Foro para la Integración Social de los Inmigrantes considera tras el análisis pormenorizado de la legislación (estatal y autonómica) y de la casuística recogida y reflejada en este informe, que no solo la actual reforma y su desarrollo hasta la fecha, pone en cuestión tanto derechos humanos fundamentales como el acceso igualitario a la prestación de servicios sanitarios y de asistencia sociosanitaria en todo el territorio y para toda la población.

Por todo lo expuesto en este informe, el Foro considera positivo el Auto del Tribunal Constitucional sobre el conflicto positivo de competencias interpuesto por el Consejo de Ministros contra el Decreto del Gobierno Vasco, resolviendo el levantamiento de la suspensión de la vigencia de los preceptos referidos a la ampliación del ámbito subjetivo del derecho a acceder a la asistencia pública y gratuita.

El Foro valora fundamentalmente el argumento del Tribunal Constitucional que considera que el derecho a la salud y el derecho a la integridad física de las personas afectadas, así como la conveniencia de evitar riesgos para la salud del conjunto de la sociedad, poseen una importancia singular en el marco constitucional, que no puede verse desvirtuada por la mera consideración de un eventual ahorro económico. Por todo ello, el Foro entiende que es necesaria la reposición a nivel estatal, de forma inmediata, del derecho universal a la asistencia sanitaria pública y gratuita.



MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE INMIGRACIÓN
Y EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL
DE MIGRACIONES

Secretaría

Foro para la Integración Social de los Inmigrantes

Dirección General de Migraciones

José Abascal 39. 28003 Madrid

Teléfono: 91-363-90-52

91-363-16-24

Fax: 91-363-71-95

c.e.: forointegracion@meys.es

www.meys.es