

## LA CONFIANZA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: UN RETO PARA GARANTIZAR LOS DERECHOS DEL CIUDADANO

M.<sup>a</sup> Gloria Redondo Rincón

*Interventora de la Seguridad Social*

Este trabajo ha sido seleccionado para su publicación *con mención especial* por: don FRANCISCO J. PÉREZ NAVARRO, don CARLOS ALFONSO MELLADO, don JUAN LÓPEZ GANDÍA, doña ISABEL MERENCIANO GIL y doña LOURDES PARAMIO NIETO.

---

### EXTRACTO

La asistencia sanitaria pública en España se realiza por el Sistema Nacional de Salud, formado por un complejo entramado de instituciones y organismos, que tiene por objeto garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos, contenido en la Constitución de 1978. Sin embargo, en esta estructura hay que integrar las instituciones de la Seguridad Social que, aunque no forman parte del Sistema Nacional de Salud, deben garantizar el derecho a la asistencia sanitaria de las personas contenidas en su campo de aplicación, de acuerdo con el derecho de acceso a la Seguridad Social que tienen todos los ciudadanos, recogido también en la Constitución.

A la garantía de los citados derechos, hay que añadir: la dificultad de coordinación de las actuaciones derivadas de la normativa de las comunidades autónomas que regula la asistencia sanitaria pública, aprobada con base en sus Estatutos de Autonomía; así como la situación socioeconómica provocada por el incremento en el número de extranjeros residentes.

La actual crisis económica ha impulsado la publicación de un real decreto-ley en el año 2012 con objetivos muy difíciles de cumplir, al introducir importantes distorsiones en el acceso a la asistencia sanitaria y desequilibrios en la organización institucional del Sistema Nacional de Salud. Este trabajo profundiza en las causas que generan esos problemas y en sus posibles soluciones, con la intención de clarificar los aspectos técnicos y jurídicos afectados.

**Palabras claves:** Seguridad Social, Sistema Nacional de Salud, derecho a la salud, asistencia sanitaria y sanidad de extranjeros.

---

*Fecha de entrada:* 03-05-2013 / *Fecha de aceptación:* 09-07-2013 / *Fecha de revisión:* 19-02-2014

## CONFIDENCE IN THE NATIONAL HEALTH SYSTEM: A CHALLENGE TO GUARANTEE THE RIGHTS OF CITIZENS

M.<sup>a</sup> Gloria Redondo Rincón

---

### ABSTRACT

The sanitary public assistance in Spain is realized by the National Health System, formed by a complex framework of institutions and organism, which have for object ensure the right to the health of the citizens, contained in the Constitution of 1978. However, in this structure it is necessary to integrate the institutions of the Social Security System, though they do not form a part of the National Health System, guarantee the right to the sanitary assistance of the persons contained in his field of application, in accordance with the right of access to social security that all citizens, also reflected in the Constitution.

Besides guaranteeing these aforementioned rights, must be added: the difficulty of coordinating the actions arising from the provisions of the autonomous communities, which regulates the sanitary public assistance and is approved on the basis of their statutes of autonomy; as well as, the socioeconomic situation provoked by the increase in the number of foreign residents. The current economic crisis has stimulated the publication of a Royal Decree-Law in 2012 with very different objectives to fulfil, to introduce important distortions in the access to the sanitary assistance and imbalances in the institutional organization of the National Health System. This work penetrates into the reasons that generate these problems and in their possible solutions, with the intention of clarifying the technical and juridical affected aspects.

**Keywords:** Social Security, National Health System, right to health, healthcare and foreigners' health.

---

---

## Sumario

### Introducción

1. La protección de la salud de los trabajadores: el derecho del asegurado
  - 1.1. Desde los seguros sociales hacia un sistema de Seguridad Social: estructura y financiación
2. La protección de la salud del ciudadano: un derecho por su participación en la sociedad
  - 2.1. Desde un sistema de Seguridad Social hacia un Sistema Nacional de Salud: ¿una coordinación utópica?
3. La añoranza de los seguros sociales de enfermedad: retroceso al derecho del asegurado
  - 3.1. La confusión del Sistema Nacional de Salud en el sistema de Seguridad Social
4. Conclusiones

Anexo. Ampliación de la condición de asegurado y de beneficiario de un asegurado

### Bibliografía

## INTRODUCCIÓN

El [Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril](#) (BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012), introduce una reforma en el Sistema Nacional de Salud; la justificación de su aprobación, según señala, se ha basado en la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional y la falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema que, entre otras razones, han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica. Asimismo, subraya que, el Sistema Nacional de Salud viene sufriendo descoordinación entre los servicios de salud autonómicos, lo que se traduce en la aparición de considerables diferencias en las prestaciones y en los servicios a los que acceden los pacientes en las distintas comunidades autónomas, y que, la cohesión territorial y la equidad se han visto puestas en cuestión con determinadas medidas adoptadas durante estos últimos años. En resumen, el decreto-ley pretende garantizar, entre otros objetivos:

1. Normas comunes sobre el aseguramiento.
2. Rigor y énfasis en la eficiencia del sistema.
3. Coordinación entre los servicios de salud de la Administración General de Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas.

Pero el mismo real decreto-ley dice que estos objetivos se deben obtener garantizando el mantenimiento del modelo español de Sistema Nacional de Salud, modelo configurado como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración General del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas, porque este modelo es el que garantiza la protección de la salud y se sustenta con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios.

Si se analiza el volumen y el contenido de la normativa originada a partir de la promulgación de la Constitución Española (CE) de 1978, sí parece suficiente para que los objetivos que ahora propone el decreto-ley ya se hubieran cumplido o, al menos, estuviera previsto alcanzarlos a corto plazo. Pues, parece que la normativa anterior a esta norma pretendía regular un sistema sanitario público ajustado a la Constitución, bien gobernado, que garantizara el derecho de todos los ciudadanos a la protección de su salud, con servicios que atendieran sus demandas. Pero de nada sirve que las leyes dispongan la coordinación y eficiencia del sistema sanitario, que establezcan el principio de universalidad del derecho a la asistencia sanitaria y que este derecho sea de los ciudadanos, si no existe un esfuerzo de las distintas Administraciones públicas para que se cumplan, tanto el literal como el espíritu de las normas. Para que nuestro Sistema Nacional de Salud

alcance estos fines el esfuerzo debe ser mayor, al estar formado por dieciocho Administraciones públicas: el Estado y las diecisiete comunidades autónomas, pues la falta de coordinación, confianza y generosidad entre estas Administraciones puede dar lugar a una inadecuada calidad y a la ineficiencia del sistema, provocando un perjuicio que soportarán todos los ciudadanos, porque los recursos disponibles no alcanzarán para cumplir sus expectativas. Llegando incluso a disminuir los derechos de los ciudadanos al anteponer el control del Sistema.

Se conocen bastantes trabajos que estudian el derecho a la salud de las personas, y otros que estudian el presupuesto del Estado y de las comunidades autónomas dedicado a la sanidad, relacionándolo con la eficiencia del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, no parece suficientemente analizado, de forma integrada, el derecho fundamental a la salud y la organización institucional y financiera creada para reconocer y controlar el derecho a la asistencia sanitaria; pues de esta organización depende en gran medida la eficiencia del Sistema. La publicación del Real Decreto-Ley 16/2012 ofrece una oportunidad para tratar de profundizar en esos aspectos, y analizar si es previsible que la aplicación de esta norma obtenga los objetivos que proclama; con esta finalidad se ha planteado el presente trabajo, y se ha organizado en los siguientes apartados.

## 1. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES: EL DERECHO DEL ASEGURADO

La asistencia sanitaria española inició la expansión de la atención pública con la implantación de los seguros sociales, especialmente con la implantación del seguro obligatorio de enfermedad, mediante la aprobación de la Ley de 14 de diciembre de 1942 (LSOE)<sup>1</sup>, a cargo del Instituto Nacional de Previsión (INP) como entidad aseguradora única. El seguro de enfermedad del año 1942 debía prestar asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad a sus beneficiarios, a estos los describía en su artículo octavo: «serán beneficiarios del Seguro obligatorio de enfermedad los asegurados y sus familiares que vivan con ellos a sus expensas. A estos efectos, solo se considerarán como familiares los cónyuges, ascendientes, descendientes y hermanos menores de dieciocho años o incapacitados de una manera permanente para el trabajo». Es decir, los perceptores de asistencia sanitaria eran los asegurados y sus familiares y a todos ellos les denominaba beneficiarios. O lo que es lo mismo, un asegurado también era beneficiario, porque el beneficiario era quien percibía los beneficios del seguro, en este caso, la asistencia sanitaria. Los recursos para atender las cargas del seguro de enfermedad estaban constituidos, fundamentalmente, por las primas abonadas por los trabajadores y empresarios, con lo que se convirtió en un coste salarial, aunque compensado con la mayor productividad de unos trabajadores sanos y «despreocupados» por el coste de los tratamientos en caso de que enfermara alguno de sus familiares «a cargo».

<sup>1</sup> BOE núm. 361, de 27 de diciembre de 1942. Mediante el Decreto de 11 de noviembre de 1943 (BOE núm. 332, de 28 de noviembre de 1943), se incorporan los perceptores del subsidio de vejez o invalidez.

LSOE: Asegurado + familiares = beneficiarios

La protección dispensada por los seguros sociales, cuya finalidad era cubrir los riesgos que repercutían en el trabajo, fue avanzando en los países europeos hasta convertirse en un sistema de Seguridad Social para cubrir situaciones o contingencias sociales, y se extendía a todos los ciudadanos solo por el hecho de participar en la sociedad, de ahí que se incluyeran prestaciones no contributivas. Por lo que España, en el año 1963, comenzó la transformación de los seguros sociales hacia un sistema de Seguridad Social, con la aprobación de la Ley 193/1963<sup>2</sup>, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. En la exposición de motivos de esta ley se dice que evita deliberadamente la noción de «riesgo» y lo sustituye por la de «situaciones o contingencias» delimitadas en sus bases; de este modo, entre otros fines, marca una línea muy visible entre la Seguridad Social –a la que trata de llegar– y los seguros sociales –de donde parte–, basados en la idea del riesgo. Por ello, esta Ley de Bases de la Seguridad Social no incluye en ninguna de sus disposiciones la figura del «asegurado», y sí incluye la de «beneficiario» que lo define como la persona que tiene derecho a los beneficios del sistema de Seguridad Social. En concreto, la base quinta especifica los beneficiarios a quienes se les facilitará la asistencia sanitaria: «a') A los trabajadores por cuenta ajena (...) b') A los pensionistas de la Seguridad Social (...) La asistencia sanitaria alcanzará igualmente a los familiares y asimilados que tuvieren a su cargo las personas mencionadas, en la extensión y términos que reglamentariamente se establezcan». Aún el derecho a esta asistencia se derivaba de la contribución al sistema, a través de cuotas, y habría que esperar al año 1998 para que en esta financiación participaran todos los ciudadanos mediante el sistema tributario.

Los mismos conceptos se recogen en el capítulo IV del título II del texto articulado de la ley 193/1963, aprobado por el Decreto 907/1966, de 21 de abril<sup>3</sup>, donde se prevén las prestaciones sanitarias del Régimen General de la Seguridad Social. De conformidad con esta Ley de la Seguridad Social se aprobó el [Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre](#)<sup>4</sup>, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social, su sección segunda dedicada a regular la asistencia sanitaria por enfermedad común o accidente no laboral establecía que los beneficiarios de esta prestación de asistencia sanitaria serían los trabajadores, pensionistas y familiares o asimilados a su cargo. Para reconocer el derecho a esta prestación, el INP debía comprobar, entre otros requisitos, que los trabajadores estuvieran afiliados y en alta en el Régimen General de la Seguridad Social, y que la empresa estuviera al corriente en el pago de las cuotas.

<sup>2</sup> BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 1963.

<sup>3</sup> BOE núm. 96, de 22 de abril de 1966.

<sup>4</sup> BOE núm. 284, de 28 de noviembre de 1967. Permanece vigente solo el apartado 2 de su artículo sexto.

Posteriormente, el **Decreto 2065/1974, de 30 de mayo**<sup>5</sup>, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), mantiene el concepto de «beneficiario», en concreto, respecto al Régimen General, su artículo 100.1 dice: «serán beneficiarios de la asistencia sanitaria por enfermedad común, maternidad y accidente no laboral (...) a) los trabajadores (...) b) los pensionistas de este régimen general y los perceptores de prestaciones periódicas del mismo que no tengan el carácter de pensiones (...) c) los familiares y asimilados a cargo de las personas indicadas en los apartados anteriores y, en caso de separación de hecho, las esposas e hijos de dichas personas (...)». En el cuadro 1 se sintetiza la diferencia del concepto de beneficiario, en un seguro social en el que están incluidos los asegurados, y en un sistema de Seguridad Social en el que ya no se incluye la figura del asegurado, pues todos son beneficiarios.

**Cuadro 1. La diferente denominación efectuada a los perceptores de asistencia sanitaria en los seguros sociales y en un sistema de Seguridad Social**

Seguro social	Seguridad Social
Asegurados + Familiares = Beneficiarios	Trabajadores + Pensionistas + Familiares = Beneficiarios

## 1.1. DESDE LOS SEGUROS SOCIALES HACIA UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: ESTRUCTURA Y FINANCIACIÓN

La gestión de la prestación sanitaria en el nuevo sistema de Seguridad Social se continuaría realizando por el INP; la LGSS de 1974 establecía, en su artículo 196, que «1. El INP tendrá a su cargo la gestión de las funciones y servicios derivadas de las prestaciones siguientes: a) asistencia sanitaria por maternidad, enfermedad común o accidente no laboral, (...)», mientras que la asistencia sanitaria derivada de accidente laboral y enfermedad profesional se atendía por los servicios sanitarios del INP, aunque era a cargo de las mutualidades. Poco antes de promulgarse la Constitución, el 16 de noviembre de 1978, se suprime el INP mediante el Real Decreto-Ley 36/1978<sup>6</sup>, y se crean nuevas entidades gestoras del sistema de Seguridad Social; para la administración y gestión de servicios sanitarios de la Seguridad Social se organiza el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Debido a la importante dispersión organizativa que existía en la Administración, estatal y local, para llevar a cabo la asistencia sanitaria pública, uno de los principales objetivos de esta ley fue delimitar las áreas de salud y de Seguridad Social: «a partir de esta reforma se posibilita una clara delimitación de las tres áreas de objetivos específicos: la salud, la Seguridad Social y los Servicios de Asistencia social»<sup>7</sup>, por lo que se establece como organismo

<sup>5</sup> BOE núm. 174, de 22 de julio de 1974.

<sup>6</sup> BOE núm. 276, de 18 de noviembre de 1978.

<sup>7</sup> Preámbulo del Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y en Empleo.

autónomo del Estado «la Administración Institucional de la Sanidad Nacional», para la gestión de los servicios de prevención y asistencia que tenga encomendados.

A la asistencia sanitaria prestada por la Seguridad Social (INSALUD) para las personas incluidas en su campo de aplicación, se unía la dispensada por el Estado (Administración Institucional de la Sanidad Nacional) para las personas con pocos recursos, no incluidas en la Seguridad Social, o para la atención de determinadas «enfermedades sociales». La principal diferencia de ambas protecciones se basaba en que el Estado tenía implantado un sistema decimonónico de beneficencia, en el que el enfermo recibía la asistencia de manera graciable, mientras que el sistema de Seguridad Social reconocía la prestación como un derecho de los beneficiarios. Pero este sistema no podía prolongarse en el tiempo pues, pocos años después, la Constitución de 1978 recogía el principio de igualdad y el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.

Sin embargo, antes de acordar la garantía de estos derechos, se negoció la fuente de financiación. En ese momento la asistencia sanitaria de la mayoría de la población estaba soportada por las cotizaciones derivadas de la actividad laboral, solo a una pequeña parte de los ciudadanos se les atendía con los ingresos obtenidos del sistema tributario, pero aún había un colectivo que recibía asistencia con medios privados y no siempre disponía de recursos elevados. Para la necesaria modificación de las fuentes financiadoras no se alcanzó un rápido acuerdo, y, aunque se realizó una planificación similar para la nueva organización territorial del Estado, transcurrieron más de dos décadas para que se culminara el viraje de la fuente financiadora; este hecho provocó diferencias organizativas en las comunidades autónomas que generaron desigualdades asistenciales, aún sin resolver. Por ello, los acuerdos entre las Administraciones en materia financiera han sido, y siguen siendo, el hilo conductor de la evolución del sistema público sanitario desarrollado en España, que pretende garantizar los derechos constitucionales.

## 2. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL CIUDADANO: UN DERECHO POR SU PARTICIPACIÓN EN LA SOCIEDAD

El derecho fundamental de protección a la salud emana de la Constitución de 1978 y adquiere plena soberanía social en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE)<sup>8</sup>, firmada en Niza en el año 2000 y adaptada en 2007 antes de la firma del Tratado de Lisboa. Los derechos fundamentales proclamados en esta Carta europea tienen valor jurídico, aunque por la vía de su consideración como principios generales comunes de nuestros ordenamientos jurídicos<sup>9</sup>. El título IV del texto europeo, denominado «Solidaridad», establece este derecho de protección a la salud. En concreto, su artículo 35, titulado «Protección a la salud», es el que especifica el de-

<sup>8</sup> Diario Oficial de las Comunidades Europeas, de 18 de diciembre de 2000.

<sup>9</sup> CARMONA RUANO, M. (2006).

recho de toda persona al acceso a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales.

En su artículo 34, titulado «Seguridad social y ayuda social», reconoce el derecho de acceso a las prestaciones de Seguridad Social que garanticen una protección en casos de enfermedad, accidentes laborales..., según las modalidades establecidas por el derecho de la Unión y las legislaciones y prácticas nacionales. Y, en su apartado 2, dispone que toda persona que resida y se desplace legalmente dentro de la Unión tiene derecho a las prestaciones de Seguridad Social. Ambos artículos de la Carta europea especifican dos derechos, salud y Seguridad Social, y remiten a las legislaciones nacionales, tanto para su concreción como para la definición de la estructura organizativa que los lleve a la práctica, respetado, naturalmente, el Derecho europeo.

#### Cuadro 2. Los derechos de Seguridad Social y de protección a la salud recogidos en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea

<p>Art. 34. <i>Seguridad Social y ayuda social.</i></p> <p>Se reconoce el derecho de <i>acceso a las prestaciones de Seguridad Social</i> que garanticen una protección en los casos de <i>enfermedad, accidentes laborales</i>, según las modalidades establecidas por el <i>derecho de la Unión y las legislaciones y prácticas nacionales</i>.</p> <p>Tendrán derecho a las prestaciones de Seguridad Social las personas que <i>residan y se desplacen legalmente dentro de la Unión</i>.</p>	<p>Art. 35. <i>Protección a la salud.</i></p> <p>Se establece el <i>derecho de toda persona al acceso a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria</i> en las condiciones establecidas por las <i>legislaciones y prácticas nacionales</i>.</p> <p>Al definirse y ejecutarse estas políticas y acciones de la Unión se garantizará un <i>nivel elevado de protección a la salud humana</i>.</p>
---	--

La estructura organizativa, desplegada por los Estados de la Unión, es muy diferente de unos países a otros, las formas más comunes se pueden resumir en dos, según esté, o no, integrada la protección de ambos derechos. Esta integración se produce por la relación natural de ambos derechos al pretender el mismo fin: la atención sanitaria en caso de pérdida de la salud, y la implantación de medidas preventivas:

1. *La organización asistencial pública derivada de los derechos a la salud y a la Seguridad Social está diferenciada.*

En este caso se organiza una protección de la salud pública general para todos los ciudadanos (prevención, seguridad alimentaria, regulación de medicamentos, regulación de la profesión sanitaria, etc.), incluyendo algunas actuaciones de carácter asistencial (asistencia sanitaria a los afectados por determinadas enfermedades de elevada incidencia social, vacunación, atención sanitaria a ciudadanos con escasez de recursos económicos, urgencia, etc.); estas prestaciones, habitualmente, están financiadas por el Estado.

Esta protección de la salud pública es complementada con una asistencia proporcionada por el sistema de Seguridad Social; la Carta europea garantiza el derecho de acceso y que se dedicará a efectuar la atención sanitaria de las personas incluidas en su campo de aplicación, en todos los casos de enfermedad y accidente, con algunas medidas de prevención. El recurso financiero más importante de este sistema son las cotizaciones vinculadas a la actividad laboral de los afiliados.

2. *La protección asistencial pública derivada de los derechos a la salud y a la Seguridad Social está unida o integrada.*

En este caso, las prestaciones de prevención e higiene se otorgan con base en el derecho de protección a la salud pública, y las prestaciones de asistencia sanitaria derivan de la unión del derecho de protección a la salud y del de acceso a la Seguridad Social, por lo que alcanzan a todos los ciudadanos y son financiadas con recursos del Estado.

En España, a lo largo del siglo XX se ha ido avanzando, poco a poco, desde el primer sistema hacia el segundo; el momento de claro impulso se produjo con la promulgación de la Constitución de 1978. Ya que, en el primer sistema, existía un colectivo, el que cotizaba, que tenía una mayor protección que el que no lo hacía, cuando la finalidad de la Seguridad Social es proteger a toda la sociedad, aunque la mayor fuerza nacía del derecho constitucional de protección a la salud de todos los ciudadanos.

N. GONZÁLEZ ALONSO<sup>10</sup> defiende que el avance se ha consolidado con la CDFUE, y añade que el derecho a la salud y a su protección está relacionado con otros preceptos de la Carta de Derechos Fundamentales, como los dedicados al derecho a la vida y a la integridad de la persona, pero más notoria es su relación con el derecho al acceso a la Seguridad Social, que ha sido el medio para extender la protección de la salud a la mayoría de la población, y mantiene<sup>11</sup> que en la actualidad se aprecia una tendencia a la independencia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social por los Estados de la Unión Europea.

Tal como se redactó en la CE<sup>12</sup>, se podía llevar a cabo la «independencia» de la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en este caso, se prestaría atención sanitaria por instituciones independientes de la Seguridad Social, respetando los principios de igualdad y universalidad, y con una financiación a través del sistema tributario. Pero también hubiera sido posible mantener la organización existente con pequeños ajustes, es decir, un sistema general de salud pública (sin la asistencia sanitaria) con instituciones no incluidas en la estructura de la Seguridad Social, y

<sup>10</sup> GONZÁLEZ ALONSO, L. N. (2008).

<sup>11</sup> En el año 1999 ALONSO OLEA defendió este concepto de «independencia» de la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, debido a que en ese año se aprueba la Ley de Presupuestos para el año 2000, donde se contenía que la financiación de la asistencia sanitaria pública se efectuará a través de impuestos y no mediante cotizaciones derivadas de la actividad laboral: ALONSO OLEA, M. (1999).

<sup>12</sup> BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.

una asistencia sanitaria prestada por instituciones de la Seguridad Social para todos los ciudadanos, financiada mediante transferencias del Estado al presupuesto de la Seguridad Social. Por lo que, el único punto en común de los dos sistemas debía ser la fuente financiadora.

Estas diferentes estructuras hubieran sido posibles porque el artículo 41 de la CE establece un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos: «los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad». Asimismo, el artículo 43, en su apartado 1, «reconoce el derecho a la protección a la salud», y, en su apartado 2, encarga a los poderes públicos que tomen las medidas necesarias (preventivas y asistenciales) para la protección de este derecho:

«compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto».

Ambos artículos, el 41 y 43, se encuentran incluidos en el capítulo tercero «De los principios rectores de la política social y económica», incluido en el título I «De los derechos y deberes fundamentales».

### Cuadro 3. El derecho a un régimen público de Seguridad Social y el derecho a la protección a la salud recogidos en la Constitución Española de 1978

<p>Art. 41.</p> <p>Los poderes públicos mantendrán un régimen público de <i>Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad</i>, especialmente en caso de desempleo.</p>	<p>Art. 43.</p> <p>Reconoce el <i>derecho a la protección a la salud</i>, establece que, compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de <i>medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios</i>, la ley establecerá los <i>derechos y deberes de todos</i> al respecto.</p>
--	--

De la normativa mencionada de la CE se deduce que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud y que esta protección, para ser efectiva, requerirá que los poderes públicos adopten medidas preventivas, y organicen las prestaciones y los servicios necesarios. Además la Constitución establece que será la ley la que regule los derechos y deberes de todos. Por otro lado, encomienda a los poderes públicos que mantengan un régimen público de Seguridad Social que garantice prestaciones en situaciones de necesidad.

Es decir, la Constitución indica que la salud de todas las personas debe protegerse con todo lo necesario y deja «libertad» a los poderes públicos para su organización y regulación. Pero, a su vez, la Constitución, en el título VIII «De la Organización Territorial del Estado», recoge una nueva organización territorial del Estado, incorporando, en su capítulo III, a las comunidades

autónomas. Para conocer las competencias de sanidad en esta nueva organización territorial hay que atender a lo contenido en sus artículos 147, 148 y 149.

Cuadro 4. La sanidad en la organización territorial establecida en la Constitución Española de 1978

<p>Art. 147:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dentro de los términos de la presente Constitución, los Estatutos serán la norma institucional básica de cada Comunidad Autónoma y el Estado los reconocerá y amparará como parte integrante de su ordenamiento jurídico.</li> <li>Los Estatutos de autonomía deberán contener:             <ul style="list-style-type: none"> <li>(...)</li> <li>d) las competencias asumidas dentro del marco establecido en la Constitución y las bases para el traspaso de los servicios correspondientes a las mismas.</li> </ul> </li> </ol>	<p>Art. 148:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Las <i>Comunidades Autónomas</i> podrán asumir competencias en las siguientes materias:             <ul style="list-style-type: none"> <li>(...)</li> <li>20. <i>Asistencia social.</i></li> <li>21. <i>Sanidad e higiene.</i></li> </ul> </li> </ol>	<p>Art. 149:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>El <i>Estado</i> tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:             <ul style="list-style-type: none"> <li>(...)</li> <li>16. <i>Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.</i></li> <li>17. <i>Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.</i></li> </ul> </li> </ol>
--	---	---

La Constitución deslinda las competencias del Estado en materia de sanidad y de Seguridad Social: la sanidad se recoge en el 149.1.16 y la Seguridad Social en el 149.1.17. Respecto a la sanidad, al Estado le compete la sanidad exterior y las bases y la coordinación general de la sanidad; y a las comunidades autónomas, respecto a la sanidad interior, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, y pueden recoger en sus estatutos de autonomía las competencias de sanidad e higiene y de asistencia social. Respecto a la Seguridad Social, al Estado le compete la legislación básica y el régimen económico del sistema, mientras que a las comunidades autónomas les corresponde la ejecución de sus servicios.

Con lo que, a partir de la aprobación de la Constitución, las comunidades autónomas pudieron asumir la «salud pública», que incluía, entre otras prestaciones, la higiene y la atención a personas sin recursos y a personas con determinadas enfermedades sociales, que hasta entonces realizaban instituciones ajenas al sistema de Seguridad Social, y, más adelante, fueron asumiendo la asistencia sanitaria que hasta ese momento prestaba el sistema de Seguridad Social. Sin embargo, la forma en que se asumen las competencias de asistencia sanitaria en los Estatutos de Autonomía es diferente y coincide con dos periodos históricos:

- Las comunidades históricas y asimiladas asumen las competencias de asistencia sanitaria al entender que esta asistencia es parte del «concepto sanidad» al que se refiere el artículo 148 de la CE, por lo que las competencias de desarrollo legislativo se asumirán según se establece en el artículo 149.1.16 de la CE.

2. Mientras que las comunidades autónomas a las que refiere el artículo 143 de la CE, que en un principio habían asumido las competencias de «sanidad e higiene», posteriormente, y mediante la reforma de sus estatutos, asumen la asistencia de la Seguridad Social entendiendo que forma parte del «concepto Seguridad Social», por lo que las competencias que reciben serán solo de ejecución de la gestión del sistema, con base en lo establecido en el artículo 149.1.17 de la CE.

Es importante resaltar que las comunidades autónomas del punto 2 no asumen las competencias relacionadas con la regulación del régimen económico, al derivarse la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social. Y, ante todo, la diferente naturaleza de las prestaciones asistenciales da lugar a una legislación confusa, puesto que el Estado regula las bases de la sanidad, con el fin de alcanzar la coordinación y cohesión de todas las instituciones.

## 2.1. DESDE UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ¿UNA COORDINACIÓN UTÓPICA?

En cumplimiento de la Constitución de 1978, a partir de los *Acuerdos Autonómicos de 1981*, firmados por el presidente del Gobierno y el secretario general del PSOE, el 31 de julio de 1981, con base en el informe del *Comité de Expertos sobre Autonomías* de mayo de 1981<sup>13</sup>, y que, cinco años después, se recogió en la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986<sup>14</sup> (LGS), se estableció que las competencias de asistencia sanitaria que debían transferirse a las comunidades autónomas eran las necesarias para realizar un atención sanitaria completa, «en bloque». Así lo recoge en su exposición de motivos la LGS: «Si no se acierta a poner a disposición de las mismas [comunidades autónomas], a través de los procesos de transferencias de servicios, un dispositivo sanitario suficiente como para atender las necesidades sanitarias de la población residente en sus respectivas jurisdicciones, las dificultades organizativas tradicionales pueden incrementarse, en lugar de resolverse. En efecto, si las comunidades autónomas solo recibieran algunos servicios sanitarios concretos, y no bloques orgánicos completos, las transferencias de servicios pararían en la incorporación de una nueva Administración pública al ya complejo entramado de entes públicos con responsabilidades sobre el sector»<sup>15</sup>.

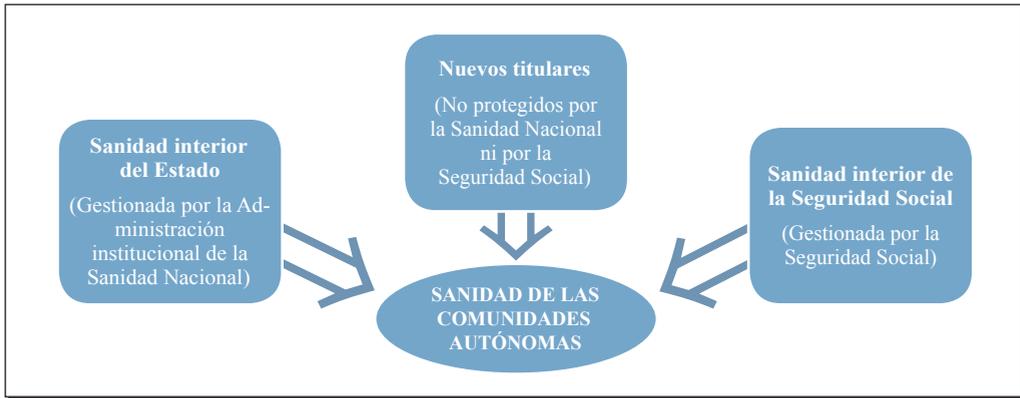
Por lo que las comunidades autónomas deberían recibir todos los servicios de la asistencia sanitaria interior que gestionaba el Estado y la Seguridad Social, para la atención de sus beneficiarios, a los que se añadirían los nuevos titulares del derecho a la protección a la salud que, hasta en-

<sup>13</sup> AJA, E. (1996).

<sup>14</sup> BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986.

<sup>15</sup> La LGS de 25 de abril de 1986 fue aprobada siendo Ernest Lluch ministro de Sanidad, y votada negativamente por el grupo popular al defender la libertad de elección de médico «sin cortapisas» y entender que el proyecto de LGS era «continuista»: Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados núm. 275, de 18 de marzo de 1986, pág. 12.358.

tonces, no estaban incluidos en ninguno de los dos sistema de protección. A partir de ese momento, todos ellos tenían derecho a recibir asistencia sanitaria de acuerdo con lo establecido en el artículo 1 de la LGS. Esta decisión implicaba la creación de un nuevo sistema sanitario que integrara toda la sanidad, evitando su dispersión histórica. En el momento de aprobación de la LGS, la asistencia sanitaria que venía prestando la Seguridad Social ya se había transferido a Cataluña (1981), Andalucía (1984) y País Vasco (1984). Después la LGS se transfiere a Valencia (1987), Galicia (1990), Navarra (1990) y Canarias (1994), y, en el año 2001, se transfiere a las diez comunidades restantes.



La exposición de motivos de la LGS dice que se aprueba «para establecer los principios y criterios substantivos que permitan conferir al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes, que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado».

Cuadro 5. El derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en la Ley General de Sanidad de 1986

<p>Art. 1.</p> <p><i>Son titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, en cuanto a los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.</i></p>	<p>Art. 3.1.</p> <p>La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española y el acceso y las prestaciones sanitarias se realizará en condiciones de igualdad efectiva.</p>	<p>Art. 6.</p> <p>Las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias estarán orientadas, entre otras, a garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no solo a la curación de las mismas, y a garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud.</p>
--	---	--

En definitiva, esta LGS establece que son titulares del derecho a la protección de la salud todos los ciudadanos residentes en España, nacionales y extranjeros, y que la garantía de ese derecho a los no residentes se realizará según la normativa específica. Asimismo dice que esta protección se hará efectiva a través de actuaciones de «salud pública» y de «asistencia sanitaria pública».

Para obtener los fines contenidos en la ley, encarga, en su artículo cuarto, al Estado, a las comunidades autónomas y a las demás Administraciones públicas competentes, que organicen y desarrollen las actuaciones sanitarias dentro de una concepción integral del sistema sanitario, por lo que la ley propone la creación de un Sistema Nacional de Salud. Así, los servicios sanitarios se concentran bajo la responsabilidad de las comunidades autónomas, y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado. Por lo que en el artículo 41 de la LGS se especifica que las competencias de las comunidades autónomas son las asumidas en sus estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue, y que serán las que no se hayan reservado expresamente al Estado en esta ley, respetando las competencias de las corporaciones locales, detalladas en su artículo 42.

En relación con esta concepción integral del sistema sanitario español, es importante destacar que la LGS indica que el objetivo de funcionamiento integrado de los servicios de sanidad es básico, por lo que se deberán utilizar las figuras jurídicas necesarias para su cumplimiento, así se establece en el apartado 3 de la disposición transitoria tercera de la LGS, que dice: «en los casos en que las Comunidades Autónomas no cuenten con competencias suficientes en materia de Sanidad para adaptar plenamente el funcionamiento de sus Servicios de Salud a lo establecido en la presente Ley, el Estado celebrará con aquellas acuerdos y convenios para la implantación paulatina de lo establecido en la misma y para conseguir un funcionamiento integrado de los servicios sanitarios».

El proceso de transferencias se considera prácticamente finalizado a partir de la publicación de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía<sup>16</sup>. Su título VI modifica la LGS y la LGSS para establecer que la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social transferida a las comunidades autónomas se efectuará según el sistema de financiación autonómica vigente en cada momento, mientras que la asistencia no transferida se financiará con aportaciones del Estado al presupuesto de la Seguridad Social al tener estas prestaciones naturaleza «no contributiva»<sup>17</sup>. Ahora, con

<sup>16</sup> BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 2011.

<sup>17</sup> En el capítulo III de la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999 (BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1998), ya se había previsto la asunción por el Estado de la totalidad de la financiación de la asistencia sanitaria, a través del Presupuesto del Instituto Nacional de la Salud, suprimiéndose la referencia a la aportación procedente de cotizaciones sociales.

diecisiete comunidades autónomas, el INSALUD en Ceuta y Melilla, y un Ministerio de Sanidad, era fundamental regular la coordinación de esta estructura que la LGS había denominado Sistema Nacional de Salud. Y, mucho más, teniendo en cuenta las diferentes competencias de las comunidades autónomas.

Con la publicación de la LGS se establecieron los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud; así se pronuncia la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>18</sup> (LCCSNS), que los resume en cuatro:

- Carácter público, universalidad y gratuidad del Sistema Nacional de Salud.
- Definición de los derechos y deberes de los ciudadanos y poderes públicos en este ámbito.
- La descentralización política de la sanidad.
- La integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un modelo de atención primaria.

Esta Ley de Cohesión y Calidad se aprueba con el objeto de establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de este sistema para la reducción de las desigualdades en salud. Y su artículo 3 redefine los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria:

- 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.
- 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.
- c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y los convenios suscritos.

El artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000<sup>19</sup> sobre derechos y libertades de los extranjeros recogía el derecho de los extranjeros que residan habitualmente en España y de los que se encuentren en España:

<sup>18</sup> BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003.

<sup>19</sup> BOE núm. 1139, de 12 de enero de 2000.

«1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residen habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea la 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 tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto»<sup>20</sup>.

Para que la cohesión fuera efectiva, teniendo en cuenta la variedad de Administraciones públicas que forman parte del Sistema Nacional de Salud, esta ley, en su artículo 53, encarga al Ministerio de Sanidad que establezca un sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones sanitarias. Para ello, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordarán los objetivos y el contenido de la información. Mientras que en su artículo 57 se establece que «el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual como documento administrativo que acredita determinados datos de su titular, a los que se refiere el apartado siguiente. La tarjeta sanitaria individual atenderá a los criterios establecidos con carácter general en la Unión Europea». Es decir, el documento que facilitará el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud es la tarjeta sanitaria individual (TSI), cuya expedición la ley encarga a los servicios de salud de las comunidades autónomas y al INSALUD para Ceuta y Melilla. Con lo que al ciudadano solo se le podrá requerir la TSI para percibir las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, entre las que está incluida la prestación farmacéutica. Para ello, esta tarjeta contendrá toda la información necesaria del ciudadano; entre otra, se incluirá: un código de identificación personal-único, el derecho que le asiste respecto a la prestación farmacéutica y la entidad responsable de la asistencia sanitaria. También recoge que estas tarjetas deberán adaptarse a la normalización que pueda establecerse para el conjunto de las Administraciones públicas y en el seno de la Unión Europea.

<sup>20</sup> Este artículo fue modificado por la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (BOE núm. 299, de 12 de diciembre de 2009). En esta nueva redacción se modifican los apartados 1 y 2, estableciendo que: «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 que los españoles, 2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria 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».

Después de una Constitución, dos leyes de sanidad y una de financiación autonómica, donde en ellas se definen los titulares del derecho, la estructura del Sistema Nacional de Salud para efectuar las prestaciones y la financiación mediante el sistema tributario, empieza a vislumbrarse que la coordinación será muy difícil, puesto que el Sistema Nacional de Salud estaba formado por una mayoría de comunidades autónomas que, respecto a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, solo tenían competencias de ejecución de servicios, mientras que otras comunidades, las históricas y asimiladas, tenían competencias de desarrollo legislativo. Esto hacía que la Seguridad Social aprobara normas relacionadas con la asistencia sanitaria del sistema que debían atender esas comunidades, aunque no se ajustaran a las bases de la sanidad. Un ejemplo es la resolución<sup>21</sup> del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), del año 2005, en la que se establecen los documentos necesarios para el reconocimiento del derecho por este instituto a los titulares del derecho a la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, cuando el derecho a la asistencia sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud está establecido en el artículo 3 de la LCCSNS, y en el se incluye a un colectivo de ciudadanos que no se encuentran comprendidos en el campo de aplicación de la Seguridad Social.

Realmente lo que el Sistema Nacional de Salud necesitaba eran determinados datos de los titulares del derecho para incorporarlos a la TSI:

- Si son pensionistas de la Seguridad Social a efectos de determinar la aportación económica de la prestación farmacéutica por el Sistema Nacional de Salud.
- Si son ciudadanos protegidos por sistemas de Seguridad Social de otros países, con base en los reglamentos comunitarios o convenios bilaterales suscritos, para que las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), en Ceuta y Melilla, facturen los servicios sanitarios.

Hay que recordar que en el vigente Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la LGSS<sup>22</sup>, en su capítulo IV «acción protectora», se establece, en el artículo 38.1 a), que la acción protectora del sistema de la Seguridad Social comprende la asistencia sanitaria; pero en este texto refundido no se detallan los beneficiarios, por lo que algunos autores indican que, para ello, hay que acudir al artículo 100 del Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, que continuaría vigente. Ahora bien, en el año 1994, cuando se aprueba el texto refundido de la LGSS, la asistencia sanitaria sigue financiándose, en gran parte, mediante cuotas, y la gestión de la entidad gestora de la Seguridad Social (INSALUD) aún no se había trans-

<sup>21</sup> Resolución de 21 de noviembre de 2005 del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por la que se establecen los modelos de documento acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria de los pensionistas de la Seguridad Social y otros beneficiarios (BOE núm. 280, de 23 de noviembre de 2005).

<sup>22</sup> BOE núm. 154, de 29 de junio de 1994.

ferido a todas las comunidades autónomas, por lo que era necesario que la ley recogiera esta asistencia entre sus prestaciones, pero como los beneficiarios ya estaban detallados en la LGS, la LGSS no los detalla.

Aunque para conseguir la integración de la asistencia sanitaria, también se podría haber recogido esta acción protectora en disposiciones transitorias de la LGSS, hasta que se hubiesen culminado los procesos de transferencias y la financiación dejara de nutrirse de las cotizaciones sociales del presupuesto de la Seguridad Social. Precisamente la regulación transitoria sí que se efectuó en la LGS, al dejar la entidad gestora subsistente de la Seguridad Social (INSALUD) formando parte del Sistema Nacional de Salud, en tanto su gestión no se asumiera por las comunidades autónomas y ciudades autónomas. Sin embargo, como ya se ha expuesto, la planificación prevista en la LGS de 1986 no se logra culminar, pues las últimas comunidades autónomas solo reciben la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (2001); este hecho da lugar a una mayor necesidad de coordinación.

A la demanda de claridad en la normativa vigente de asistencia sanitaria y de coordinación se ha unido el Tribunal de Cuentas de España; en concreto, mediante su informe de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social, incluido en el programa de fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2010. En este informe aborda el análisis de la gestión financiera de la asistencia sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud a personas extranjeras, y su cobro o compensación a los sistemas de Seguridad Social (o similares) de los Estados de origen de estas personas. El análisis se dirige a concluir sobre la liquidación económica de estas prestaciones, ya que España debe pagar el coste de sus asegurados a los países extranjeros con los que tiene suscritos convenios bilaterales y con los que son de aplicación los reglamentos comunitarios. La gran mayoría de recomendaciones se refieren a la necesaria coordinación de las distintas Administraciones públicas que forman parte del Sistema Nacional de Salud; por ejemplo, recuerda al Ministerio de Sanidad que debe adoptar las medidas oportunas para que la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, cuya gestión y desarrollo le corresponde<sup>23</sup>, solucione las deficiencias de que adolece (entre otras, la falta de información sobre el Estado asegurador, la fecha de caducidad de las TSI, etc.) con el fin de que la información que contiene sea fiable y coherente. Asimismo el Tribunal de Cuentas considera que el Ministerio de Sanidad debería conciliar la información contenida actualmente en la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, con la información de que disponen los servicios de salud de las comunidades autónomas en sus propias bases de datos.

---

<sup>23</sup> Esta base de datos está prevista en la LCCSNS y asignada al Ministerio de Sanidad.

### 3. LA AÑORANZA DE LOS SEGUROS SOCIALES DE ENFERMEDAD: RETROCESO AL DERECHO DEL ASEGURADO

La necesaria coordinación entre las Administraciones públicas, entre otros objetivos, para lograr una adecuada gestión de la asistencia sanitaria prestada en España a los ciudadanos extranjeros, ha sido un objetivo básico de la aprobación del 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<sup>24</sup>; el preámbulo de esta ley así lo indica: «El Tribunal de Cuentas ha puesto de manifiesto que el Sistema Nacional de Salud está asumiendo, con cargo a sus presupuestos, la asistencia sanitaria de personas que la tienen ya cubierta, bien por sus instituciones de seguridad social en origen, bien por esquemas de seguros privados». Pero esta necesidad de coordinación y de eficiencia en la gestión de la asistencia ha provocado la modificación del derecho fundamental a la asistencia sanitaria de los «nacionales», y ha dejado fuera de la atención a determinados sectores que hasta ahora recibían asistencia fruto de su derecho constitucional de protección a la salud.

El Real Decreto-Ley 16/2012 ha recuperado el concepto de asegurado para todos los ciudadanos (españoles y extranjeros), propio de los seguros públicos que comenzaron en el siglo XIX, cuando la protección estaba vinculada a los riesgos derivados del trabajo, y para su financiación se aportaban cuotas detraídas de los salarios. Además, el nuevo decreto-ley sustituye el derecho a la salud y el derecho a la asistencia sanitaria contenidos en el artículo 3 de la LCCSNS por solo el derecho a la asistencia sanitaria. Ese retroceso al concepto de asegurado se ha efectuado, fundamentalmente, con el objetivo de clarificar la gestión administrativa de la asistencia sanitaria dirigida a los ciudadanos extranjeros, de la que forma parte la obtención de la documentación que justifique si están o no asegurados en sus países de origen (por un sistema público o privado), o si tienen medios suficientes para atender sus prestaciones sanitarias.

Con la normativa que se ha detallado hasta el momento se puede deducir que la regulación era suficiente para que el Sistema Nacional de Salud efectuase un reconocimiento adecuado del derecho constitucional a la salud, solo era conveniente que se aclarasen las competencias establecidas en los Estatutos de Autonomía de las comunidades para que fueran similares, lo que daría lugar a una coordinación estatal más eficiente. Además se evitaría la duplicidad existente entre normativa de Seguridad Social y de sanidad para el reconocimiento del derecho de todos los ciudadanos. El nuevo real decreto-ley no aclara estos aspectos, solo excluye de la asistencia sanitaria a determinados colectivos para disminuir el gasto, cuando esa disminución se podría haber alcanzado con una mejor gestión de la normativa existente.

<sup>24</sup> BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012.

Con esta modificación se ha trasladado un derecho de todos los ciudadanos, contenido en la Constitución<sup>25</sup>, hacia un derecho de los «asegurados», contenido en una norma de rango inferior, un real decreto-ley. Asimismo, se ha reservado el concepto de «beneficiario del asegurado» para identificar a los demás titulares del derecho a percibir la asistencia sanitaria que no son asegurados, pero que tienen una vinculación con los asegurados: se trata de un derecho propio y de otro derivado, cuando la Constitución reconoce la titularidad del derecho a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad, sin ninguna distinción, y, por supuesto, sin ninguna «dependencia» del derecho de otros ciudadanos. Además, desvirtúa otro concepto jurídico histórico, el que identifica a todos los asegurados como beneficiarios de la acción protectora sanitaria:

RDL 16/2012: Asegurados + beneficiarios de los asegurados =  
titulares del derecho a la asistencia sanitaria SNS

El nuevo real decreto-ley no recoge el derecho fundamental a la salud de todos los ciudadanos, establecido en la Constitución y hasta ahora regulado en la LGS, en la de Cohesión y Calidad, y en los Estatutos de Autonomía de las comunidades autónomas, solo desarrolla el derecho a la asistencia sanitaria derivado del derecho de acceso a la Seguridad Social, contenido en la Constitución. Sigue la clasificación que se reguló para un sistema contributivo, con cuotas del salario, recogida en la LGSS: trabajadores, pensionistas y otros perceptores de prestaciones económicas, familiares (recoge el límite de los veintiséis años que se estableció en el Real Decreto 1377/1984, de 4 de julio<sup>26</sup>, por el que se extiende la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los descendientes, hijos adoptivos y hermanos de titulares del derecho hasta que aquellos cumplan veintiséis años de edad) y personas sin recursos económicos suficientes (incluidos en el sistema de la Seguridad Social, mediante el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre)<sup>27</sup>. En cuanto a las personas residentes «legales» en España, no incluidas en el campo de aplicación del sistema de la Seguridad Social, el Real Decreto-Ley 16/2012 las denomina también asegurados si no superan un límite de ingresos, con lo que redefine la figura del asegurado (sic). La disposición final tercera del Real Decreto-Ley 16/2012 modifica el artículo 12 «Derecho a la asistencia sanitaria» de la Ley Orgánica de Derechos y Libertades de Extranjeros, y establece que «los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria».

<sup>25</sup> Para modificar este derecho fundamental seguramente se debería haber realizado una reforma constitucional, de conformidad con el procedimiento contenido en el título X de la Constitución de 1978.

<sup>26</sup> BOE núm. 176, de 24 de julio de 1984.

<sup>27</sup> BOE núm. 216, de 9 de septiembre de 1989.

Cuadro 6. Titulares del derecho a la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos

<p>Texto original de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud</p>	<p>Redacción vigente de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, modificada por el artículo 1. uno del 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</p>
<p>Art. 3. <i>Titulares de los derechos.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:             <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol> </li> <li>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 [o de discapacidad: <i>modificación introducida por el artículo 9 de la Ley 26/2011, de 1 de agosto</i>] tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.</li> </ol>	<p>Art. 3. <i>De la condición de asegurado.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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 <b>asegurado</b>.</li> <li>2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Ser <b>trabajador</b> por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.</li> <li>b) Ostentar la condición de <b>pensionista</b> del sistema de la Seguridad Social.</li> <li>c) Ser <b>perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social</b>, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.</li> <li>d) <b>Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y encontrarse en situación de desempleo</b> [redacción dada por la disposición final 28 de la Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012, en vigor a partir del 01-07-2012, que modificaba a la original, que decía: y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo], no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.</li> </ol> </li> <li>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 <b>que no superan el límite de ingresos</b> determinado reglamentariamente.</li> <li>4. A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de <b>beneficiarios de un asegurado</b>, 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</li> </ol> <p style="text-align: right;">.../...</p>

<p>Texto original de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud</p>	<p>Redacción vigente de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, modificada por el artículo 1.º uno del 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</p>
<p>.../...</p>	<p>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 %.</p> <p>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 <b>convenio especial</b>.</p> <p>6. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.</p> <p>A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo con la normativa vigente.</p>

Tres meses después de publicado el Real Decreto-Ley 16/2012, el 4 de agosto de 2012, se publicó el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud<sup>28</sup>, en vigor desde el 5 de agosto de 2012. Este nuevo real decreto no solo desarrolla los derechos regulados en el Real Decreto-Ley 16/2012, sino que crea nuevos colectivos con derecho a la asistencia sanitaria, tratando de minorar el alcance del conflicto jurídico creado a determinados grupos de ciudadanos excluidos, que venían percibiendo la asistencia sanitaria. En el artículo 2 de este Real Decreto se detallan las personas que ostentan la condición de asegurado y en el 3 las que tienen la condición de beneficiarios, ambos artículos se exponen el Anexo I de este trabajo, debido a su extensión:

<sup>28</sup> BOE, núm. 186, de 4 de agosto de 2012.

- El artículo 2.3 c) del Real Decreto-Ley 16/2012 incluía a las personas que fueran perceptoras de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo; por lo que no distingue el tipo de prestación periódica, pues dice «cualquier otra prestación» además de las prestaciones de desempleo. Sin embargo, el Real Decreto 1192/2012 incluye en su artículo 2.1 a) 3.º a los perceptores de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, como la prestación y el subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza, con lo que las prestaciones periódicas no son todas, sino que se refiere a las que tengan naturaleza similar a las de desempleo.
- El artículo 2.1 a) 4.º del Real Decreto 1192/2012, al decir «haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza y encontrarse en situación de desempleo», amplía los asegurados contenidos en el 2.3 d) del Real Decreto-Ley 16/2012, que solo contenía a los beneficiarios que hubieran agotado la prestación o el subsidio de desempleo, sin hacer mención a los de otras prestaciones: «Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y encontrarse en situación de desempleo...».
- El Real Decreto 1192/2012, en el mismo artículo 2.1 a) 4.º, excluye a determinados extranjeros, los que hayan agotado la prestación o subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza y que se encuentren en situación de desempleo, pues dice que «este supuesto no será de aplicación a las personas a las que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo». En concreto, no incluye a los extranjeros mayores de dieciocho años que ya no estén registrados ni autorizados como residentes en España y que hayan agotado esas prestaciones, en este caso, solo recibirán asistencia sanitaria en casos de urgencia por enfermedad grave o accidente hasta el alta médica, y por asistencia al embarazo, parto o posparto.
- El artículo 3.3 del Real Decreto-Ley 16/2012 encarga a la regulación reglamentaria que determine el límite de ingresos para tener la condición de asegurado, así el Real Decreto 1192/2012, en el artículo 2.1 b), establece el límite de ingresos en 100.000 euros: «superiores en cómputo anual a cien mil euros»; pero, además, incluye un apartado 4 en el artículo 3: «las personas que reúnan los requisitos exigidos para tener la condición de beneficiario con arreglo a este artículo no podrán acceder a la condición de aseguradas del artículo 2.1 b) mientras sigan cumpliendo dichos requisitos». En realidad este apartado está ampliando los derechos limitados por el Real Decreto-Ley 16/2012 a muchos colectivos, entre ellos, a los beneficiarios mayores de veintiséis años que convivan y dependan de sus padres; varios autores lo denominan «mecanismo de reentrada». Este elevado límite de ingresos y la «conversión» de «beneficiarios de asegurados» en «asegurados» es el que trata de «arreglar» el conflicto jurídico creado que limita unos derechos fundamentales reconocidos por la Constitución (protección de la salud, igualdad, intimidad, etc.).

En un sistema de Seguridad Social, cuando está financiado con recursos de naturaleza contributiva mediante cotizaciones derivadas de la actividad laboral, a la normativa reguladora le

corresponde determinar los beneficiarios de su acción protectora, que necesariamente estarán relacionados con quienes efectúan o han efectuado las cotizaciones (trabajadores y pensionistas, así como sus familiares); teniendo en cuenta que cuanto más se amplíen los grupos familiares y asimilados, mayores cuotas serán necesarias para mantener la prestación, y mayores serán los costes laborales, por lo que disminuirá la productividad. Pero en un sistema de asistencia sanitaria, con un derecho recogido en la Constitución para todos los ciudadanos, financiado con recursos del sistema tributario, lo que corresponde es realizar una buena gestión de estos recursos, que incluye el reintegro del coste de la asistencia cuando le corresponda a otros sistemas de financiación, públicos o privados: sistemas de protección de otros países en aplicación de reglamentos comunitarios y convenios bilaterales, mutualidades de funcionarios, seguros privados de ciudadanos extranjeros y otros recursos privados de ciudadanos que superen un límite de rentas.

Se puede citar, como ejemplo, alguna guía dirigida al personal administrativo de centros de salud y hospitales, elaborada con los objetivos de fomentar la facturación del coste a dichos colectivos y de emitir la tarjeta sanitaria individual previa comprobación del sistema de financiación que procede. En concreto, en la «guía de buenas prácticas para mejorar la facturación por la asistencia sanitaria a ciudadanos de la UE en el SSPA»<sup>29</sup>, se concluye que las consecuencias de una facturación inadecuada no son imputables al Derecho comunitario, sino a una gestión nacional y de las comunidades autónomas deficiente, que evita obtener importantes reembolsos económicos. Derivado de esta normativa, uno de los mayores ingresos que se debe percibir, mediante las denominadas «cuotas globales», procede de los ciudadanos jubilados comunitarios que fijan su residencia en nuestro país. En este caso, antes de emitir la tarjeta sanitaria se debe verificar el sistema de Seguridad Social que atenderá dichas cuotas, pero en muchos casos se emiten tarjetas donde no se asigna el coste al país que procede, ya que, a estos ciudadanos se les identifica como: «sin recursos suficientes», al no disponer de datos económicos de los países de origen. Sin embargo, el nuevo real decreto-ley y su decreto de desarrollo se dedican a regular otros asuntos, como la necesidad de justificar determinadas situaciones de carácter personal que en nada favorecen la eficiencia del sistema, por ejemplo, la de los hijos de asegurados que sean mayores de veintiséis años que convivan con sus padres sin rentas suficientes. Este incremento de burocracia aumentará el coste de la gestión de un derecho a la asistencia sanitaria pública que con esta normativa se ha limitado.

De forma paralela, algunas comunidades autónomas han extendido la asistencia sanitaria pública a determinados colectivos que han sido excluidos de la asistencia por el Real Decreto-ley 16/2012; en el cuadro 7 se detallan dichas comunidades autónomas:

<sup>29</sup> GARCÍA-SÁNCHEZ, I. (2011).

<sup>30</sup> Orden de 14 de diciembre de 2012, por la que se acuerda la puesta en marcha de las actuaciones en materia de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia sanitaria, dirigidas a personas extranjeras no autorizadas ni registradas como residentes en territorio español, que carecen de recursos económicos suficientes (BOC núm. 12, de 18 de enero de 2013).

Cuadro 7. Comunidades autónomas que prestan asistencia sanitaria a los ciudadanos extranjeros, no registrados ni autorizados como residentes en España, de manera similar al resto de ciudadanos

Comunidad autónoma	Estas comunidades autónomas no se ajustan a los requisitos establecidos en el artículo 3.ter del Real Decreto-Ley 16/2012: «Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: a) de urgencia (...) b) de asistencia al embarazo, parto o postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles»
Andalucía	Empadronados y no empadronados en Andalucía: reciben una tarjeta temporal de derecho.
Aragón	Empadronados en Aragón, con una antigüedad igual o superior a seis meses: carente de medios económicos y sin protección social por cualquier otro título, la cobertura sanitaria es similar a los activos de la Seguridad Social, y el documento que acredita el derecho tiene una validez de un año, renovable.
Asturias	Empadronados en Asturias: carente de medios económicos y sin protección social por cualquier otro título (justificado con una declaración del solicitante), la cobertura sanitaria es similar a los activos de la Seguridad Social.
Canarias	Empadronados en Canarias durante al menos un año, y carente de medios económicos <sup>33</sup> .
Castilla y León	Empadronados en Castilla y León: reciben asistencia en las mismas condiciones que el resto de ciudadanos residentes.
Cataluña	Empadronados, con una antigüedad superior a tres meses: durante un primer año se les asigna un «primer nivel de asistencia», en el que la asistencia especializada está dirigida a enfermedades concretas y a otras situaciones de gravedad; posteriormente, se les asigna un «segundo nivel de asistencia» en el que la atención especializada se reconoce en todas las situaciones.
Galicia	Empadronados en Galicia con una antigüedad superior a 183 días <sup>34</sup> : se les asigna «un documento de acogimiento al programa gallego de protección social», con carácter anual, renovable, siempre que no dispongan de ingresos anuales superiores al IPREM. La asistencia es similar a la del resto de ciudadanos residentes.
Navarra	Residentes en Navarra (acreditada la residencia por cualquier medio admitido en Derecho, incluido el empadronamiento): similar asistencia sanitaria que el resto de ciudadanos residentes.
	.../...

Comunidad autónoma	Estas comunidades autónomas no se ajustan a los requisitos establecidos en el artículo 3.ter del Real Decreto-Ley 16/2012: «Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: a) de urgencia (...) b) de asistencia al embarazo, parto o postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles»
.../...	
País Vasco	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Empadronados en el País Vasco: carente de medios económicos y sin protección social por cualquier otro título (justificado con un certificado de los servicios sociales), la cobertura sanitaria es similar a los activos de la Seguridad Social.</li> <li>2. No empadronados en el País Vasco: carente de medios económicos y de domicilio habitual (justificado con un certificado de los servicios sociales), se les asigna un documento provisional de asistencia con validez de tres meses, renovable cada tres meses, para recibir asistencia urgente, embarazo, parto y posparto, continuidad de la atención, y prestación farmacéutica (las recetas con validez en la CAPV).</li> </ol>
<b>Fuente:</b> Elaboración propia con la información obtenida de las webs oficiales de las Comunidades Autónomas.	

A partir de la reciente regulación, la Generalitat catalana ha cifrado en 600.000 las personas a las que el INSS no reconocerá el derecho a la asistencia sanitaria por no cumplir los requisitos establecidos, por ello la Generalitat ha publicado instrucciones para que estas personas puedan acceder a la asistencia sanitaria pública<sup>32</sup> a cargo del CatSalut. En estas normas ha establecido la fecha de 31 de marzo de 2013 para que las personas extranjeras sin recursos, empadronadas en Cataluña y sin residencia legal, soliciten la asistencia: se les asigna un «primer nivel de asistencia» durante un año, que comprende una atención muy extensa (urgencias, programas sanitarios de salud pública, drogodependencia, sida, transmisión sexual, vacunaciones, otras enfermedades transmisibles como tuberculosis, hepatitis, meningitis etc., atención primaria, atención farmacéutica y en caso de gravedad pueden acceder a la atención especializada). Después de un año, se les asigna un «segundo nivel de asistencia» en el que se reconoce el derecho a la atención especializada. El resto de ciudadanos extranjeros empadronados en Cataluña, que el Real Decreto 1192/2012 denomina en «situaciones especiales» (menores de 18 años, mujeres extranjeras embarazadas, solicitantes de protección internacional o víctimas de tráfico de seres humanos), deberán solicitar la TSI en los centros de atención primaria, con caducidad de un año.

<sup>31</sup> Resolución de 21 de septiembre de 2012 de la Secretaría General Técnica de la Conselleria de Sanidad, por la que se acuerda la publicación de la Instrucción, de 21 de septiembre de 2012, de creación del Programa gallego de protección social de la salud pública (DOG núm. 193, de 9 de octubre de 2012).

<sup>32</sup> [www.gencat.cat/catsalut](http://www.gencat.cat/catsalut)

También hay que destacar la regulación de Navarra, efectuada mediante la Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero<sup>33</sup>, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra, que en su artículo único 1 establece que «todas las personas tienen derecho de forma gratuita a la asistencia sanitaria primaria y especializada, prestada por el sistema sanitario público de la Comunidad Foral de Navarra, con cargo a los Presupuestos Generales de Navarra, cualquiera que sea su edad, nacionalidad o situación legal o administrativa». Esta regulación se ha aprobado, según se recoge en su exposición de motivos, con base en la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, que otorga amplias competencias en materia de sanidad interior y puede complementar, en aplicación de su régimen económico-financiero, las normas que dicte el Estado en materia sanitaria. Asimismo añade que el Tribunal Constitucional ha reconocido que las comunidades autónomas pueden dictar normas en materia de sanidad dirigidas a una mejora en su ámbito territorial del común denominador establecido por el Estado en su normativa básica.

Después de la LGS, cada comunidad autónoma según iba recibiendo competencias reguló la sanidad de su territorio. La Ley 15/1990, de 15 de julio, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cataluña<sup>34</sup>; en el artículo 1 dice que su objeto es la ordenación sanitaria en la comunidad autónoma, así como la regulación general de todas las acciones que permitan, a través de la constitución del sistema sanitario de la comunidad, hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 43 de la CE, en su ámbito territorial.

En el año 1990, en el que Cataluña regula su sanidad, la LGSS establecía el derecho a percibir asistencia sanitaria de la Seguridad Social a determinados colectivos (trabajadores, pensionistas, familiares, etc. y también se había extendido esta prestación a personas sin recursos mediante el RD 1088/1989). Esta sanidad estaba financiada aún con cuotas de los trabajadores y de los empresarios, por ello, el reconocimiento del derecho a esta asistencia sanitaria la efectuaban las entidades gestoras del sistema de la Seguridad Social [INSS e Instituto Social de la Marina (ISM)], y la asistencia sanitaria la prestaba la comunidad autónoma. Pero en el Estatuto de Autonomía de Cataluña se establecía la universalidad del derecho a la protección de la salud, por ello, la Generalitat de Cataluña, al año siguiente, amplía la cobertura sanitaria a todos los residentes en Cataluña mediante la aprobación del Decreto 178/1991, de 30 de julio<sup>35</sup>, con el que se garantizaba la universalización de la asistencia sanitaria pública en condiciones de igualdad. En este decreto se establece que todos los residentes en Cataluña (empadronados) que no estén protegidos por otro sistema público (mutualidades de funcionarios, organismos de Seguridad Social internacionales, etc.) y que no coticen al sistema de Seguridad Social, son titulares del derecho a la asistencia sanitaria pública prestada por el Instituto Catalán de la Salud; pero, como la asistencia sanitaria de la Seguridad Social era aún contributiva, con objeto de que este acceso a la sanidad

<sup>33</sup> BOE núm. 64, de 15 de marzo de 2013.

<sup>34</sup> BOE núm. 197, de 17 de agosto de 1990.

<sup>35</sup> BOGC núm. 1.486, de 28 de agosto.

se hiciera en condiciones de igualdad y equidad efectivas, las personas que accedieran a esta asistencia debían colaborar en esta financiación<sup>36</sup>, y «el derecho a la asistencia sanitaria pública se reconocerá mediante un documento individual emitido por el Servicio Catalán de la Salud, que tendrá plenos efectos acreditativos». Paralelamente, el sistema de Seguridad Social reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a las personas incluidas en su campo de aplicación, asistencia que aún no había sido transferida a todas las comunidades autónomas y que se financiaba, fundamentalmente, con cuotas de los salarios.

### 3.1. LA CONFUSIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

A partir de la entrada en vigor de la LGS, al sistema de Seguridad Social no le corresponde realizar funciones ni prestaciones sanitarias para dar cumplimiento al derecho de protección de la salud, ya que, en sus artículos 44 y 45, se establece que el Sistema Nacional de Salud<sup>37</sup> integra «todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud», y concreta que el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas. Como vemos, en el Sistema Nacional de Salud no se integran organismos de la Administración de la Seguridad Social; la LGS solo mantuvo, con carácter transitorio, la actividad del INSALUD<sup>38</sup> que no fuera asumida por las comunidades autónomas o las ciudades autónomas. Concretamente, la disposición transitoria tercera de la LGS dice lo siguiente: «1. El Instituto Nacional de la Salud continuará subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto no se haya culminado el proceso de transferencias de las comunidades autónomas con competencia en la materia. 2. Las comunidades au-

<sup>36</sup> Esta aportación se estableció en la Orden de 12 de junio de 1997, de desarrollo del Decreto 178/1991, de 30 de julio, de universalización de la asistencia sanitaria pública (DOGC núm. 2.420, de 26 de junio de 1997): «el importe de la aportación será equivalente a la cuota fijada por asistencia médica y farmacéutica por enfermedad común que deben satisfacer los colectivos ajenos al sistema de Seguridad Social (...) constituyen ingresos propios del Servicio Catalán de Salud».

<sup>37</sup> Los servicios deben estar transferidos para culminar la organización territorial establecida en la Constitución; en la actualidad solo la asistencia sanitaria de la Seguridad Social de Ceuta y Melilla no ha sido transferida en su totalidad y sigue gestionada por la entidad gestora de la Seguridad Social denominada Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA, hasta el año 2002 se denominaba INSALUD).

<sup>38</sup> La Administración del Estado es distinta de la Administración de la Seguridad Social, con presupuestos y patrimonio diferenciados; el artículo 2 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, diferencia las dos Administraciones. Y el artículo 57 de la LGSS detalla las entidades gestoras de la Administración de la Seguridad Social (INSS, INGESA e IMSERSO) y su disposición adicional decimonovena establece que el ISM continuará llevando a cabo las funciones y servicios que tiene encomendados en relación con la gestión del Régimen especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar. Cuando la LGS se refiere al INSALUD se debe extender esta referencia al ISM, en materia sanitaria para los trabajadores del mar, ya que el Sistema Nacional de Salud integra todos los servicios sanitarios públicos.

tónomas deberán acordar la creación, organización y puesta en funcionamiento de sus servicios de salud en el plazo máximo de doce meses, a partir del momento en que quede culminado el proceso de transferencias de servicios que corresponda a sus competencias estatutarias. 3. En los casos en que las comunidades autónomas no cuenten con competencias suficientes en materia de sanidad para adaptar plenamente el funcionamiento de sus servicios de salud a lo establecido en la presente ley, el Estado celebrará con aquellos acuerdos y convenios para la implantación paulatina de lo establecido en la misma y para conseguir un funcionamiento integrado de los servicios sanitarios». A raíz de la Ley de Sanidad se comienza a organizar el Sistema Nacional de Salud; esta disposición transitoria de la ley en el año 1986 era necesaria, pues el INSALUD era el competente para prestar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, con excepción de las competencias de sanidad que le correspondían al ISM para los trabajadores del mar, y aún los procesos de transferencias a las comunidades autónomas no se habían culminado. Recordemos que la primera transferencia se efectuó a Cataluña, en el año 1981; le siguen en pocos años y por este orden, Andalucía, País Vasco, Valencia, Galicia, Navarra y Canarias. Por último, el 28 de diciembre de 2001 se efectuaron las transferencias a las diez comunidades autónomas restantes (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia). Por lo que, en el año 2001, el Sistema Nacional de Salud<sup>39</sup> estaba formado por los servicios de salud del Estado (Ministerio de Sanidad y organismos dependientes), los servicios de salud de las diecisiete comunidades autónomas, y por el INSALUD para Ceuta y Melilla. Esta amplia estructura dio lugar a que la LGS se complementara en poco tiempo, con una ley específica para garantizar la coordinación, calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

**Cuadro 8: Organismos que forman el Sistema Nacional de Salud. (Les compete efectuar las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud)**

Servicios de Salud de la Administración del Estado	Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas	INGESA (antes INSALUD) transitoriamente hasta que se culminen las transferencias
--	---	--

Ni el INSS, ni el ISM forman parte del Sistema Nacional de Salud; sin embargo, el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto<sup>40</sup>, que desarrolla algunos aspectos del Real Decreto-Ley 16/2012, les asigna la competencia única del reconocimiento de la condición de «asegurado» o de «beneficiario del asegurado», funciones que según la LGS forman parte del Sistema Nacional de Salud al ser necesarias para dar cumplimiento al derecho constitucional de protección de

<sup>39</sup> Según el artículo 44.2 de la LGS.

<sup>40</sup> BOE núm. 186, de 4 de agosto de 2012.

la salud, teniendo en cuenta que la nueva normativa no modifica ni la estructura ni la organización del Sistema Nacional de Salud.

Hasta el momento en que se publica el Real Decreto-Ley 16/2012, el INSS y el ISM (para los trabajadores del mar) estaban reconociendo el derecho a la asistencia sanitaria en aplicación de la normativa de Seguridad Social (por el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, a los trabajadores, pensionistas, etc. y por la normativa específica, a las personas con escasos recursos, a familiares mayores de 26 años, etc.), y las comunidades autónomas emitían la TSI que es el documento establecido por el Sistema Nacional de Salud para el acceso a los servicios sanitarios; hay que destacar que el reconocimiento efectuado por el INSS o por el ISM se realizaba al recibir información de las comunidades autónomas, por lo que la relación con el ciudadano la efectuaban las comunidades autónomas. En el resto de situaciones no contenidas en esa normativa de Seguridad Social, pero protegidas por la normativa reguladora del derecho de protección a la salud (LGS y LCCSNS), se reconocía el derecho solo por las comunidades autónomas. Aunque este procedimiento no era uniforme en todas las comunidades, debido a las diferentes competencias establecidas en sus Estatutos. A raíz del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, para efectuar el procedimiento de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, ha habido que llevar a cabo desarrollos informáticos, realizar su mantenimiento, y dedicar medios humanos y materiales para la atención de los ciudadanos y por el incremento de la actividad gestora. Todo este gasto, sin cuantificar, se está atendiendo en los presupuestos de gastos del INSS y del ISM, en rúbricas de carácter contributivo, que se nutren de las cotizaciones derivadas de la actividad laboral, cuando es un gasto que tiene naturaleza no contributiva.

Aunque el sistema de Seguridad Social recoja la asistencia sanitaria entre su acción protectora para los casos de necesidad, pues así está contenido en la Constitución, no quiere decir que deba organizar un entramado institucional para reconocer un derecho, con cargo a recursos de la Seguridad Social, encareciendo los costes laborales, cuando el Estado y las comunidades autónomas ya facilitan el acceso a la asistencia a los ciudadanos, con base en su derecho a la protección de la salud; con lo que las situaciones de necesidad no deberían existir.

En 1986 la LGS estableció la integración de toda la actividad relacionada con la sanidad en un Sistema Nacional de Salud, por lo que, probablemente, se debería haber entendido que el acceso a las prestaciones sanitarias mediante la expedición de la TSI equivalía al acto administrativo del reconocimiento del derecho a recibir asistencia sanitaria, y que le correspondía efectuarlo a los organismos integrados en el Sistema Nacional de Salud (el Estado y las comunidades autónomas).

Puesto que el Real Decreto-Ley 16/2012 designa al INSS y al ISM como únicas entidades competentes para reconocer el derecho a la asistencia sanitaria, cuando la función del INSS es la gestión de las prestaciones económicas de la Seguridad Social, excepto las que le corresponden al ISM y al Instituto Nacional de Servicios Sociales (IMSERSO), es interesante resumir la normativa que, en el año 1978, originó dicha asignación de competencias relacionadas con la asistencia sanitaria «contributiva» del sistema de Seguridad Social.

En ese año, el sistema de Seguridad Social, para gestionar la asistencia sanitaria, estaba estructurado según disponía el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo; en concreto, el artículo 1.1 detallaba las entidades gestoras: INSS, para la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social; INSALUD, para la administración y gestión de los servicios sanitarios; e IMSERSO, para la gestión de servicios complementarios de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social.

Posteriormente, el Real Decreto 1854/1979, de 30 de julio, reguló la estructura y competencias del INSS; en su artículo 1 c) decía que específicamente se le atribuyen al INSS, entre otras funciones, «el reconocimiento del derecho a las prestaciones económicas, sin perjuicio de las competencias atribuidas al Instituto Nacional de Empleo. Asimismo, se atribuye el Instituto Nacional de la Seguridad Social el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria». Mientras que el Real Decreto 1855/1979, de 30 de julio, reguló la estructura y competencias del INSALUD, su artículo 1.1 decía que al INSALUD se le atribuía, entre otras funciones, la «administración y gestión de servicios sanitarios».

Es decir, el INSS reconocía el derecho a la asistencia sanitaria en base a una competencia asumida por un real decreto (1979), pues el real decreto-ley que crea la entidad (1978) solo le encarga las prestaciones económicas del sistema; al INSALUD le correspondería administrar y gestionar los servicios sanitarios. La «confusión» se origina porque el real decreto-ley de 1978 asigna al INSS, además, las competencias de inscripción de empresas, afiliación, altas y bajas de los trabajadores. Es decir, el INSS, en el año 1978, gestionaba, y por tanto custodiaba, todos los datos sobre la vida laboral de los trabajadores afiliados, datos que eran necesarios para reconocer las prestaciones económicas de la Seguridad Social, y también para reconocer el derecho a la asistencia sanitaria de los beneficiarios del sistema; hay que subrayar que entonces no existían soportes informáticos para la consulta de estos datos por el organismo al que se asignaba la gestión de la asistencia sanitaria del sistema (INSALUD), por lo que el Real Decreto 1854/1979 trata de primar la economía de medios. Sin embargo, cuando la Tesorería General de la Seguridad Social asume las competencias que venía realizando el INSS, sobre inscripción de empresas, afiliación, altas y bajas de los trabajadores, el instituto sigue realizando el reconocimiento del derecho de la asistencia sanitaria. Esta situación perdura incluso en el año 1986, cuando se crea el Sistema Nacional de Salud y el INSS no se integra en el mismo, por lo que mantiene dicha competencia en base a una normativa confusa.

Por último, el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (BOE de 24 de abril de 2012), identifica al INSS y al ISM como únicos competentes para reconocer la condición de asegurado o de beneficiario<sup>41</sup>, aunque estas entidades

<sup>41</sup> Añade un nuevo artículo 3 bis a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

siguen sin formar parte del Sistema Nacional de Salud para esta competencia, manteniéndose, en consecuencia, la confusa regulación. Además, se desconoce el importe al que ascienden los gastos derivados de esta actividad, ya que no se identifican; pero se siguen imputando al presupuesto de gastos de la Seguridad Social, financiado con recursos contributivos. Por lo que, entre otras consecuencias, se encarece la actividad laboral de los afiliados al sistema de Seguridad Social, o bien, se disminuye el crédito disponible para atender los gastos contributivos (principalmente, las pensiones). Por ello, parece prioritario evitar la duplicidad gestora (Seguridad Social y Sistema Nacional de Salud) y la identificación de dichos gastos para que sean atendidos por el presupuesto del Estado.

#### 4. CONCLUSIONES

**Primera.** La prevención pública de la salud de los trabajadores y de sus familiares se inició en España con la implantación del Seguro de Enfermedad en el año 1942. Esta protección estaba financiada con las aportaciones de los «asegurados» y de los empresarios, para mejorar la productividad con unos trabajadores sanos, y despreocupados por el gasto cuando enfermara alguno de sus «familiares» a cargo. En el año 1963 se comienza a implantar en España una protección de Seguridad Social para proteger a los ciudadanos, solo por el hecho de participar en la sociedad; para la prestación de la asistencia sanitaria se les denomina «beneficiarios», por lo que la financiación es de todos los ciudadanos, mediante el sistema tributario. Con la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, para reconocer el derecho a percibir asistencia sanitaria pública se ha retrocedido al concepto de «asegurado» y se ha creado la figura del «beneficiario de un asegurado», excluyendo a determinados colectivos, cuando la financiación no se ha modificado y debe continuar obteniendo sus recursos por el sistema tributario en el que participan todos los ciudadanos.

**Segunda.** La LCCSNS de 2003 había conseguido definir el derecho a la salud de todos los ciudadanos, unificando el derecho de acceso al Sistema Nacional de Salud, formado por el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas (y, transitoriamente, el INGESA). El Real Decreto-Ley 16/2012, al sustituir el derecho a la salud de los ciudadanos por el derecho a la asistencia sanitaria de las personas que ostenten la condición de asegurado o de beneficiarios del asegurado, introduce un elemento de desigualdad en el contenido del derecho y en el acceso al sistema sanitario, y genera un derecho principal (el del asegurado) y otro derecho derivado (el del beneficiario del asegurado). Además, mediante un real decreto (1192/2012) crea nuevos colectivos con derecho a asistencia.

**Tercera.** En el momento de promulgarse la CE de 1978, la asistencia sanitaria de la mayoría de la población estaba prestada por el sistema de Seguridad Social, aún financiado por cotizaciones derivadas de la actividad laboral; solo a una pequeña parte de los ciudadanos se les atendía por la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, financiada a través del

sistema tributario, pero aún había un colectivo que recibía asistencia con medios privados y no siempre disponía de recursos elevados, y, sin embargo, la Constitución establecía el derecho a la igualdad y el de todos los ciudadanos a la protección de la salud. El acuerdo para efectuar la necesaria modificación de las fuentes financieras para integrar a los diferentes colectivos tardó más de dos décadas en alcanzarse (1998); mientras tanto, algunas comunidades autónomas habían ido desarrollando diferentes normativas y organizaciones (Cataluña, Andalucía, País Vasco, Valencia, Galicia, Navarra y Canarias), que generaron diferencias de acceso al sistema a nivel estatal, aún sin resolver.

**Cuarta.** Las comunidades autónomas asumieron las competencias de asistencia sanitaria de forma diferente: en una primera etapa, las comunidades históricas y asimiladas, con base en el artículo 149.1.16 de la CE «Sanidad e Higiene», asumen las competencias de desarrollo legislativo de la sanidad interior y ejecución de la gestión; mientras que, en una segunda etapa, las comunidades a las que se refiere el artículo 143 de la CE, con base en el artículo 149.1.17 de la CE «Seguridad Social», y mediante la reforma de sus Estatutos, asumen las competencias solo de ejecución de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Por consiguiente, el objetivo del Real Decreto-Ley 16/2012 de implantar normas de aseguramiento similares para todo el territorio nacional no se ha conseguido, porque determinados colectivos excluidos por ese decreto-ley se han incluido en la asistencia sanitaria pública de la comunidad autónoma, con base en las competencias establecidas en sus Estatutos.

**Quinta.** La LCCSNS de 2003 estableció como sistema de coordinación fundamental del Sistema Nacional de Salud la TSI que permite el acceso de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias, por lo que debe incorporar la información respecto al derecho de prestaciones farmacéuticas (esta información la debía facilitar el INSS) y respecto a la entidad o Estado asegurador que debe atender el coste de la asistencia sanitaria prestada. Por ello, al ciudadano, para acceder a las prestaciones solo se le podría requerir la TSI, sin embargo, la Seguridad Social reconocía el derecho a la asistencia sanitaria a sus beneficiarios, de forma paralela, al considerar vigente la Ley de Seguridad Social del año 1974. El Real Decreto-Ley 16/2012 podía haber sido una oportunidad para aclarar esta dualidad y mejorar la coordinación con el Sistema Nacional de Salud, como lo propuso el Tribunal de Cuentas un año antes.

**Sexta.** El INSS y el ISM, de conformidad con la LGS y la LCCSNS, no forman parte del Sistema Nacional de Salud y, sin embargo, de acuerdo con el Real Decreto-Ley 16/2012 solo a ellos les corresponde reconocer el derecho a la asistencia sanitaria. Teniendo en cuenta la extensísima clasificación para justificar el derecho, el coste para el ciudadano se ha incrementado, pues, aunque con la normativa anterior algunos aspectos de la gestión se duplicaban, el ciudadano, para recibir asistencia en España, solo debía acudir a su centro de salud a solicitar la TSI; ahora, en muchos casos debe acudir a la Seguridad Social y al centro de salud. Además, la gestión y atención efectuadas por el INSS y el ISM se están financiando con cotizaciones derivadas del trabajo, cuando los gastos de asistencia sanitaria, desde el año 1998, tienen naturaleza no contributiva.

**Séptima.** La LCCSNS en el año 2003 estableció el derecho a la asistencia sanitaria pública de los nacionales y, respecto al derecho de acceso de los ciudadanos extranjeros había que atender a la Ley de Extranjería, a los reglamentos comunitarios y a los convenios suscritos por España en materia de asistencia sanitaria. La inadecuada coordinación para gestionar el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria ha provocado la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, que, al pretender modificar el derecho constitucional a la salud de los ciudadanos, ha excluido a determinados colectivos. Precisamente han sido las comunidades autónomas las que han tratado de compensar los efectos del real decreto-ley, aunque de forma desigual; en concreto, nueve comunidades autónomas han regulado la extensión de la asistencia a muchos de esos colectivos excluidos: Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Navarra y País Vasco.

ANEXO

Ampliación de la condición de asegurado y de beneficiario de un asegurado

<p>Redacción vigente de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que fue modificada por el artículo 1.1 del 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 (redactado conforme corrección de errores publicada en el BOE de 15 de mayo de 2012)</p>	<p>Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, en vigor desde el 5 de agosto de 2012</p>
<p>Art. 3. <i>De la condición de asegurado.</i></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>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 a la de 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 encontrarse en situación de desempleo [redacción dada por la disposición final 28 de la Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012, en vigor a partir del 01-07-2012, que modificaba la original, que decía: y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo], no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.</p>	<p>Art. 2. <i>De la condición de asegurado.</i></p> <p>1. <b>A efectos de lo dispuesto en este real decreto, son personas que ostentan la condición de aseguradas las siguientes:</b></p> <p>a) Las que se encuentren comprendidas en alguno de los supuestos previstos en el artículo 3.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que son los siguientes:</p> <p>1.º Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.</p> <p>2.º Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.</p> <p>3.º Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, como la prestación y el subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza.</p> <p>4.º Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza y encontrarse en situación de desempleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título. <b>Este supuesto no será de aplicación a las personas a las que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.</b></p> <p>.../...</p>

<p>Redacción vigente de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que fue modificada por el artículo 1.1 del 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 (redactado conforme corrección de errores publicada en el BOE de 15 de mayo de 2012)</p> <p>.../...</p> <p>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.</p>	<p>Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, en vigor desde el 5 de agosto de 2012</p>
<p>.../...</p> <p>3. Las no comprendidas en el apartado anterior ni en el artículo 3 de este real decreto que, <b>no teniendo ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía</b>, se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.º Tener nacionalidad española y residir en territorio español.</li> <li>2.º Ser nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y <b>estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros</b>.</li> <li>3.º Ser nacionales de un país distinto de los mencionados en los apartados anteriores, <b>o apátridas</b>, y titulares de una autorización para residir en territorio español, <b>mientras esta se mantenga vigente en los términos previstos en su normativa específica</b>.</li> </ol> <p>2. Los menores de edad sujetos a tutela administrativa siempre tendrán la consideración de personas aseguradas, salvo en los casos previstos en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.</p> <p>3. Para la aplicación del límite de ingresos previsto en el apartado 1 b) se tendrán en cuenta los ingresos íntegros obtenidos por rendimientos del trabajo, del capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales. A estos efectos, en el caso de haberse presentado la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas aplicado en territorio español, se tendrá en cuenta la suma del importe de las bases liquidables de dicho impuesto.</p> <p>.../...</p>	<p>b) Las no comprendidas en el apartado anterior ni en el artículo 3 de este real decreto que, <b>no teniendo ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía</b>, se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.º Tener nacionalidad española y residir en territorio español.</li> <li>2.º Ser nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y <b>estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros</b>.</li> <li>3.º Ser nacionales de un país distinto de los mencionados en los apartados anteriores, <b>o apátridas</b>, y titulares de una autorización para residir en territorio español, <b>mientras esta se mantenga vigente en los términos previstos en su normativa específica</b>.</li> </ol> <p>2. Los menores de edad sujetos a tutela administrativa siempre tendrán la consideración de personas aseguradas, salvo en los casos previstos en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.</p> <p>3. Para la aplicación del límite de ingresos previsto en el apartado 1 b) se tendrán en cuenta los ingresos íntegros obtenidos por rendimientos del trabajo, del capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales. A estos efectos, en el caso de haberse presentado la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas aplicado en territorio español, se tendrá en cuenta la suma del importe de las bases liquidables de dicho impuesto.</p> <p>.../...</p>

<p>Redacción vigente de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que fue modificada por el artículo 1.1 del 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 (redactado conforme corrección de errores publicada en el BOE de 15 de mayo de 2012)</p> <p>.../...</p>	<p>Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, en vigor desde el 5 de agosto de 2012</p>
<p>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...</p>	<p>Para la aplicación del límite de ingresos regulado en este apartado se tomará como referencia el último ejercicio fiscal para los periodos comprendidos entre el 1 de noviembre del año siguiente a dicho ejercicio y el 31 de octubre posterior.</p> <p>En todo caso, se entiende que no superan el límite de ingresos señalado en el apartado 1 b) los contribuyentes que, con arreglo a la normativa reguladora del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, no estén obligados a declarar por dicho impuesto.</p> <p>4. <b>No tendrá la consideración de cobertura obligatoria de la prestación sanitaria a la que se refiere el apartado 1 b) la prevista normativamente para la cobertura, a través de seguros obligatorios especiales, de riesgos para la salud derivados de actividades concretas desarrolladas por la persona asegurada, bien los concierte por sí misma, bien a través de un tercero.</b></p> <p><b>Tampoco tendrá esta consideración el estar encuadrado en una mutualidad de previsión social alternativa al régimen correspondiente del sistema de la Seguridad Social.</b></p> <p>Art. 3. <i>De la condición de beneficiario de una persona asegurada.</i></p> <p>1. A los efectos de lo dispuesto en este real decreto, son personas que tienen la condición de beneficiarias de un asegurado las que, cumpliendo los requisitos a que se refieren los apartados siguientes, se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:</p> <p>.../...</p>

<p>Redacción vigente de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que fue modificada por el artículo 1.1 del 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 (redactado conforme corrección de errores publicada en el BOE de 15 de mayo de 2012)</p> <p>.../...</p>	<p>Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, en vigor desde el 5 de agosto de 2012</p>
<p>ladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65 %.</p>	<p>a) Ser cónyuge de la persona asegurada o <b>convivir</b> con ella con una relación de afectividad análoga a la conyugal, <b>constituyendo una pareja de hecho</b>.</p> <p>b) Ser ex cónyuge, o <b>estar separado judicialmente</b>, en ambos casos a cargo de la persona asegurada por tener derecho a <b>percibir una pensión compensatoria por parte de esta</b>.</p> <p>c) Ser descendiente, o persona asimilada a este, de la persona asegurada o <b>de su cónyuge</b>, aunque esté separado judicialmente, de su ex cónyuge a cargo o de su pareja de hecho, en ambos casos a cargo del asegurado y menor de 26 años o, en caso de ser mayor de dicha edad, tener una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65 %.</p> <p>Tendrán la consideración de <b>personas asimiladas a los descendientes las siguientes</b>:</p> <p>1.º Los <b>menores</b> sujetos a la tutela o al acogimiento legal de una persona asegurada, de su cónyuge, aunque esté separado judicialmente, o de su pareja de hecho, así como de su ex cónyuge a cargo cuando, en este último caso, la tutela o el acogimiento se hubiesen producido antes del divorcio o de la nulidad matrimonial. No obstante, los menores sujetos a tutela administrativa se regirán por lo dispuesto en el artículo 2.2.</p> <p>2.º <b>Las hermanas y los hermanos</b> de la persona asegurada.</p> <p>.../...</p>

<p>Redacción vigente de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que fue modificada por el artículo 1.1 del 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 (redactado conforme corrección de errores publicada en el BOE de 15 de mayo de 2012)</p> <p>.../...</p>	<p>Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, en vigor desde el 5 de agosto de 2012</p>
<p>.../...</p>	<p>2. A los efectos previstos en el apartado 1 c), se entenderá que los descendientes y personas a ellos asimiladas se encuentran a cargo de una persona asegurada <b>si conviven con la misma y dependen económicamente de ella.</b>  A estos efectos, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se considerará que los menores de edad no emancipados se encuentran siempre a cargo de la persona asegurada.</li> <li>Se considerará que, en los casos de separación por razón de trabajo, estudios o circunstancias similares, existe convivencia con la persona asegurada.</li> <li>Se considerará que los mayores de edad y los menores emancipados no dependen económicamente de la persona asegurada si tienen unos ingresos anuales, computados en la forma señalada en el artículo 2.3, que superen el doble de la cuantía del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), también en cómputo anual.</li> </ol> <p>3. Todas las personas a las que se refieren los apartados anteriores tendrán la consideración de beneficiarias siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>No ostentar la condición de personas aseguradas con base en el artículo 2.1 a).</li> <li>Tener residencia autorizada y efectiva en España, salvo en el caso de aquellas personas que se desplacen temporalmente a España</li> </ol> <p>.../...</p>

<p>Redacción vigente de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que fue modificada por el artículo 1.1 del 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 (redactado conforme corrección de errores publicada en el BOE de 15 de mayo de 2012)</p> <p>.../...</p>	<p>Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, en vigor desde el 5 de agosto de 2012</p>
<p>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.</p>	<p>y estén a cargo de trabajadores trasladados por su empresa fuera del territorio español, siempre que estos se encuentren en situación asimilada a la de alta, cotizando en el correspondiente régimen de Seguridad Social español.</p> <p>4. <b>Las personas que reúnan los requisitos exigidos para tener la condición de beneficiarias con arreglo a este artículo no podrán acceder a la condición de aseguradas del artículo 2.1 b) mientras sigan cumpliendo dichos requisitos.</b></p> <p>5. Cuando una persona pueda ostentar la condición de beneficiaria de dos o más personas aseguradas, solo se podrá reconocer dicha condición por una de ellas, prevaleciendo, en todo caso, la condición de beneficiaria de una persona asegurada del artículo 2.1 a).</p> <p>Disposición adicional tercera. <i>Convenio especial de prestación de asistencia sanitaria</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A efectos de lo dispuesto en el artículo 3.5 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial aquellas personas que, <b>no teniendo la condición de aseguradas o beneficiarias, no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título.</b></li> <li>2. Mediante orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se determinarán los requisitos básicos de los citados convenios especiales de prestación de asistencia sanitaria.</li> </ol> <p>.../...</p>

<p>Redacción vigente de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que fue modificada por el artículo 1.1 del 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 (redactado conforme corrección de errores publicada en el BOE de 15 de mayo de 2012)</p>	<p>.../...</p> <p>6. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico. A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios contratados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo con la normativa vigente.</p>
<p>Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, en vigor desde el 5 de agosto de 2012</p>	<p>Disposición adicional séptima. <i>Regímenes especiales de funcionarios.</i></p> <p>1. Las personas que ostentan la condición de mutualista o beneficiario de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial, mantienen el régimen de cobertura obligatoria de la prestación sanitaria conforme a la normativa especial reguladora de cada Mutualidad que, asimismo, determina su respectivo colectivo protegido, incluidos los funcionarios que hayan ingresado en cualquier Administración pública con posterioridad a 1 de enero de 2011 en cueros que formen parte del campo de aplicación del mutualismo. Estos funcionarios mantendrán la condición de mutualistas cuando pasen a la situación de pensionistas.</p> <p>2. El reconocimiento y control de la condición de mutualista o beneficiario corresponde a cada mutualidad, conforme a su normativa específica, así como a su respectiva estructura organizativa.</p> <p>3. Las mutualidades y el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina, establecerán los mecanismos de colaboración y coordinación necesarios para evitar la duplicidad de derechos propios o derivados cuando estos sean incompatibles, así como para asegurar el acceso al sistema sanitario público al colectivo mutualista que haya optado por esa modalidad de asistencia sanitaria.</p> <p>.../...</p>

<p>Redacción vigente de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que fue modificada por el artículo 1.1 del 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 (redactado conforme corrección de errores publicada en el BOE de 15 de mayo de 2012)</p> <p>.../...</p>	<p>Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, en vigor desde el 5 de agosto de 2012</p> <p>Disposición adicional primera. <i>Asistencia sanitaria para españoles de origen retornados y residentes en el exterior desplazados temporalmente a España.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conforme a lo establecido en la disposición adicional primera del 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, la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, para españoles de origen retornados y pensionistas españoles de origen residentes en el exterior desplazados temporalmente a España se seguirá rigiendo por la Ley 40/2006, de 14 de diciembre, del Estatuto de la ciudadanía española en el exterior y el Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados.</li> <li>2. Los trabajadores por cuenta ajena españoles de origen que no residen en Estados miembros de la Unión Europea, ni en Estados parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo ni en Suiza que se desplacen temporalmente a España tendrán derecho a la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud cuando, de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura.</li> </ol> <p>.../...</p>
--	---

<p>Redacción vigente de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que fue modificada por el artículo 1.1 del 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 (redactado conforme corrección de errores publicada en el BOE de 15 de mayo de 2012)</p>	<p>...</p>
<p>Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, en vigor desde el 5 de agosto de 2012</p>	<p>Disposición adicional segunda. <i>Asistencia sanitaria en aplicación de reglamentos comunitarios y convenios internacionales.</i></p> <p>1. Las personas con 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 acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.</p> <p>Disposición adicional cuarta. <i>Prestación de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional.</i></p> <p>Los solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo recibirán, mientras permanezcan en esta situación, la asistencia sanitaria necesaria que incluirá los cuidados de urgencia y 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.</p> <p>...</p>

<p>Redacción vigente de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que fue modificada por el artículo 1.1 del 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 (redactado conforme corrección de errores publicada en el BOE de 15 de mayo de 2012)</p> <p>.../...</p>	<p>Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, en vigor desde el 5 de agosto de 2012</p>
	<p>Disposición adicional quinta. <i>Prestación de asistencia sanitaria para víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión.</i></p> <p>Las víctimas de trata de seres humanos cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante el periodo de restablecimiento y reflexión recibirán, mientras permanezcan en esta situación, la asistencia sanitaria necesaria que incluirá los cuidados de urgencia y el tratamiento básico de las enfermedades. Asimismo, se proporcionará la atención necesaria, médica o de otro tipo, a las víctimas de trata de seres humanos con necesidades especiales.</p> <p>Disposición adicional sexta. <i>Asistencia sanitaria a las personas con discapacidad.</i></p> <p>En relación con la asistencia sanitaria a las personas con discapacidad seguirá siendo de aplicación lo dispuesto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos y el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la citada ley.</p>

---

## Bibliografía

AJA, E. [1996]: «Los principales periodos de desarrollo del estado Autonómico», en <http://www.dialnet.unirioja.es>, págs. 124-125.

ALONSO OLEA, M. [1999]: *Las prestaciones del sistema nacional de salud*, Madrid: Civitas, pág. 19.

CARMONA RUANO, M. [2006]: «Aplicación de la carta de derechos fundamentales en la Unión Europea por la jurisprudencia española», en <http://www.juecesdemocracia.es>, pág. 1.

GONZÁLEZ ALONSO, L. N. [2008]: *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea: Comentario artículo por artículo*, Madrid: Fundación BBV, pág. 596.

GRECO, O. [2004]: *Diccionario de Seguros/Insurance Dictionary*, Buenos Aires: Valletta Ediciones, pág. 26.

Informe del Tribunal de Cuentas de España de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social, incluido en el programa de fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2010, en <http://www.dialnet.unirioja.es>, págs. 14-220.

Sedes oficiales de las comunidades autónomas: [www.aragon.es](http://www.aragon.es); [www.asturias.es](http://www.asturias.es); [www.gencat.cat/catsalut](http://www.gencat.cat/catsalut); [www.gob.can.es](http://www.gob.can.es); [www.jcyl.es](http://www.jcyl.es); [www.juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es); [www.navarra.es](http://www.navarra.es); [www.osakidetza.euskadi.net](http://www.osakidetza.euskadi.net); [www.sergas.es](http://www.sergas.es).

Proyecto de Ley General de Sanidad de 18 de marzo de 1986.

Constitución Española de 6 de diciembre de 1978.

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 18 de diciembre de 2000.

Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad.

Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social.

Decreto 907/1966, de 21 de abril, aprobando el Texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social.

Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social.

Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Real Decreto, de 15 de septiembre de 1978, por el que se establece la Tesorería General de la Seguridad Social

Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo.

Real Decreto 1377/1984, de 4 de julio, por el que se extiende la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los descendientes, hijos adoptivos y hermanos de titulares del derecho hasta que aquellos cumplan veintiséis años.

Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986.

Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos suficientes.

Ley 15/1990, de 15 de julio, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cataluña.

Decreto 178/1991, de 30 de julio, de universalización de la asistencia sanitaria pública de Cataluña.

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.

Resolución de 21 de noviembre de 2005, del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por la que se establecen los modelos de documento acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria de los pensionistas de la Seguridad Social y otros beneficiarios.

Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Ley 21/2010, de 7 de julio, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud.

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.

Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España.

Resolución de la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad de Galicia, de 21 de septiembre de 2012, por la que se acuerda la publicación de la Instrucción de 21 de septiembre de 2012 de creación del Programa gallego de protección social de la salud pública.

Orden de la Consejería de Sanidad de Canarias, de 14 de diciembre de 2012, por la que se acuerda la puesta en marcha de las actuaciones en materia de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia sanitaria dirigidas a personas extranjeras no autorizadas ni registradas como residentes en territorio español, que carecen de recursos económicos suficientes.

Ley Foral de Navarra 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra.