



# INFORME SOBRE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

MAYO 2018

**SÍNDIC**

EL DEFENSOR  
DE LES  
PERSONES



# INFORME SOBRE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

**SÍNDIC**

---

EL DEFENSOR  
DE LES  
PERSONES

Síndic de Greuges de Catalunya

1ª edición: Mayo 2018

Informe sobre la universalización de la asistencia sanitaria. Mayo 2018

Maquetación: Síndic de Greuges

Foto cubierta: Pixabay

# ÍNDICE

1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES DESTACADOS .....	5
2. ANTECEDENTES NORMATIVOS EN EL ESTADO ESPAÑOL Y EN CATALUÑA .....	7
3. IMPACTO DEL REAL DECRETO LEY 16/2012 .....	11
4. LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS TRAS LA PUBLICACIÓN DEL REAL DECRETO LEY 16/2012 .....	13
5. CATALUÑA TRAS LA PUBLICACIÓN DEL REAL DECRETO LEY 16/2012 .....	15
6. CONSIDERACIONES DEL SÍNDIC DE GREUGES .....	17
7. EFECTOS DEL RECURSO DE INCONSTITUCIONALIDAD .....	21
8. PERFIL DE LAS PERSONAS USUARIAS DEL CATSALUT QUE NO TIENEN LA CONDICIÓN DE ASEGURADAS O BENEFICIARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	23
9. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL .....	25
10. DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA ..	27
11. RESUMEN DE CONSIDERACIONES .....	29
12. RECOMENDACIONES .....	31



## 1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES DESTACADOS

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos como el ideal común que deben alcanzar todos los pueblos y naciones, a fin de que cada persona y cada institución, inspirándose constantemente en esta declaración, promueva el respeto a los derechos y libertades contenidos en la misma, y asegure su reconocimiento y aplicación universal y efectiva con medidas progresivas nacionales e internacionales. Esta declaración ya recoge el derecho de toda persona a un nivel de vida que le asegure la salud y el bienestar, especialmente, y entre otros, en cuanto a la asistencia médica.

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, del 16 de diciembre de 1966, ratificado por España, establece que los estados parte reconocen el derecho de todas las personas a disfrutar del mayor nivel posible de salud física y mental. Y entre las medidas que deberán adoptar los estados para alcanzar este derecho se mencionan como necesarias la prevención, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de todo tipo, así como la creación de condiciones que aseguren el servicio médico y la asistencia en caso de enfermedades.

El 7 de diciembre de 2000, la presidenta del Parlamento Europeo y los presidentes del Consejo y de la Comisión firmaron y proclamaron la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, cuyo artículo 35 recoge la protección de la salud en estos términos: “Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. En el momento de definir y ejecutar todas las políticas y acciones de la Unión, debe garantizarse un alto nivel de protección de la salud humana”.

En la resolución del Parlamento Europeo de 8 de marzo de 2011, sobre la reducción de las desigualdades en salud en la Unión Europea, cabe destacar, atendiendo a este informe, lo siguiente: establece la importancia de que los servicios de asistencia sanitaria se presten de forma coherente con los derechos fundamentales; señala la necesidad de mantener y mejorar el acceso universal a los sistemas sanitarios y a una asistencia sanitaria asequible; solicita a los estados miembros que garanticen que los grupos más vulnerables, incluidas las personas migrantes indocumentadas, tienen derecho a un acceso equitativo a la asistencia sanitaria y que lo pueden ejercer a la práctica, subrayando que la asistencia sanitaria no es y no debe considerarse como un producto o servicio cualquiera.



## 2. ANTECEDENTES NORMATIVOS EN EL ESTADO ESPAÑOL Y EN CATALUÑA

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), impulsada por el entonces ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch, recogía en su exposición de motivos la necesidad de organizar un sistema sanitario que integrara las diversas estructuras dispersas que se habían ido creando al margen de las funciones preventivas tradicionales, como son las relativas al medio ambiente, la alimentación, el saneamiento o los riesgos laborales. A pesar de que en un principio se considera que una coordinación entre estas estructuras podría ser la respuesta a las necesidades de racionalización del sistema, la evolución conlleva que el sistema de Seguridad Social sea el gestor autónomo de una estructura sanitaria extensa por todo el territorio nacional y que constituya la red sanitaria más importante del país.

Pero, sobre todo, el reconocimiento en la Constitución española de 1978 del derecho de toda la ciudadanía a la protección de la salud —que para ser efectivo requiere que los poderes públicos adopten las medidas idóneas para satisfacerlo—, por un lado, y la institucionalización de las comunidades autónomas con amplias competencias en materia de sanidad reconocida en sus estatutos, por el otro, constatan la necesidad de una reforma urgente que ya no puede demorarse.

En esta línea, la directriz sobre la que descansa toda la reforma que propone la LGS es la creación de un sistema nacional de salud concebido como el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas convenientemente coordinados, de forma que los servicios sanitarios se concentren bajo su responsabilidad y la coordinación del Estado.

Sin duda, una de las innovaciones más importantes que recoge la LGS es el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a toda la ciudadanía y a las personas extranjeras residentes en España en igualdad de condiciones, que se enuncia en su artículo 2 en estos términos: “Son

titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”.

Aun así, no generaliza el derecho a obtener gratuitamente las prestaciones (prevé una aplicación gradual por motivos de crisis económica) ni concreta cuáles son las prestaciones a que se tendrá derecho, ni si éstas deben pagarse o no, puesto que el sistema de financiación hasta entonces se nutría con aportaciones presupuestarias de cotizaciones a la Seguridad Social y con el pago, en parte, de los medicamentos. Tampoco distingue entre las personas titulares del derecho a la asistencia sanitaria (españolas y personas extranjeras residentes) y las personas usuarias que, sin tener derecho, podrán recibir asistencia pero la tendrán que abonar.

Así mismo, la previsión de que el Sistema Nacional de Salud pasara a estar financiado por los impuestos generales y desvinculado de las cotizaciones a la Seguridad Social supuso una de las novedades más importantes de la LGS.

No cabe la menor duda, pues, que la LGS aportó las bases para un sistema sanitario universal y gratuito. Posteriormente, la LGS fue desarrollada, entre otros, por el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, actualmente derogado por 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, a cargo de fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, en Cataluña, la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, ya prevé la universalización de los servicios sanitarios de carácter individual o colectivo para toda la ciudadanía residente en Cataluña, como principio informador de la protección de la salud y la ordenación de sistema sanitario.

En esta misma línea se dictaron el Decreto 10/1989, de 9 de enero, de protección

sanitaria a los pensionistas asistenciales, y el Decreto 55/1990, de 5 de marzo, por el que se regula la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes (con el que se desarrollaba, en el ámbito de Cataluña, el Real Decreto 1088/1989, antes mencionado).

Después de la creación del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), el Decreto 178/1991, de 30 de julio, de universalización de la asistencia sanitaria pública, amplía las previsiones del Decreto 55/1990 y garantiza la universalización de la asistencia sanitaria pública en condiciones de igualdad efectiva, entendiendo este principio en la doble vertiente de derechos y obligaciones en cuanto al acceso a las prestaciones sanitarias. En esta línea, determina que, para garantizar que el acceso a la asistencia pública se haga en condiciones de equidad y de igualdad efectiva, las personas acogidas en el ámbito de aplicación del Decreto tendrán que colaborar en la financiación del sistema sanitario público.

En este momento, pues, son las personas en situación de alta en la Seguridad Social o las que no tienen recursos económicos suficientes las que tienen derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita. Por su parte, las personas que no tienen el alta en la Seguridad Social y tienen recursos suficientes pueden acceder a las prestaciones, pero las deben abonar. Es decir, existe la libertad de acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva, sin que esto conlleve la financiación pública o la gratuidad de las prestaciones.

A raíz de los Pactos de Toledo, la Ley 24/1997, de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social, recoge, entre otras medidas: “La separación financiera de la Seguridad Social, adecuando las fuentes de financiación de las obligaciones de la Seguridad Social a su naturaleza. En tal sentido, todas las prestaciones de naturaleza no contributiva y de extensión universal pasan a ser financiadas a través de aportaciones del Estado, mientras que las prestaciones netamente contributivas se financian por cotizaciones de empresas y trabajadores”.

Posteriormente, 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 (actualmente derogado por la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía y se modifican determinadas normas tributarias), reitera la naturaleza no contributiva y la desvinculación de la Seguridad Social, pero deja sin resolver si el derecho a la asistencia sanitaria implica la gratuidad de las prestaciones del Sistema Nacional de la Salud.

Así, a pesar de la definición del carácter no contributivo de la prestación y la financiación a través de los presupuestos públicos, las personas que no estaban de alta en la Seguridad Social (y que, por tanto, no cotizaban) continuaban obligadas a abonar los gastos derivados de la asistencia sanitaria que se les pudiera proporcionar a través del Servicio Nacional de Salud.

La Ley Orgánica 4/2000, del 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por las leyes orgánicas 8/2000, de 22 de diciembre; 14/2003, de 20 de noviembre, y 2/2009, de 11 de diciembre, establece que las personas extranjeras que se encuentren en territorio español y estén inscritas en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas españolas. Este artículo añade, en los apartados siguientes, que las personas extranjeras que estén en territorio español, con independencia de que estén inscritas en el padrón, tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, sea cuál sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica; que las personas extranjeras menores de dieciocho años que estén en territorio español tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas españolas, y que las mujeres extranjeras embarazadas que estén en territorio español tienen derecho a la

asistencia sanitaria durante el embarazo, el parto y el posparto.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, reafirma el principio de universalización de la asistencia sanitaria al establecer que son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria “todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000; los nacionales de los estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo [hoy, derecho de la Unión Europea] y de los tratados y convenios que sean suscritos por el Estado español y les sean de aplicación, y los nacionales de estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos”.

En Cataluña, el Estatuto de Autonomía de 2006 establece en su artículo 23 que “todas las personas tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad y gratuidad a los servicios sanitarios de responsabilidad pública, en los términos que establecen las leyes”.

En esta línea se aprobó la Ley 21/2010, de 7 de julio, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud, con el objeto de determinar las personas que en Cataluña

disfrutan del derecho a la asistencia sanitaria pública a cargo del CatSalut, de forma que todo el mundo pueda acceder a los servicios sanitarios públicos en condiciones de igualdad y de gratuidad.

Así, reconoce el derecho a la asistencia sanitaria de los colectivos que ya disfrutaban de este derecho porque están incluidos en la acción protectora de la Seguridad Social: las personas empadronadas en Cataluña que tienen derecho a la asistencia sanitaria de acuerdo con la normativa básica del Estado, las personas nacionales de estados que no son miembros de la Unión Europea, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, y las personas que tienen acceso al derecho mencionado en virtud de lo que establecen la normativa europea o las leyes o los convenios internacionales. Pero también lo amplía a los colectivos a los que las normas vigentes aún no habían hecho efectiva la extensión de la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud, en el caso de que acrediten que residen en Cataluña y que no tienen derecho a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo de otra entidad diferente al Servicio Catalán de la Salud, y que fundamentalmente son: los profesionales liberales que no tienen la obligación de cotizar a la Seguridad Social, los miembros de congregaciones religiosas y las personas pertenecientes a colectivos en situación de riesgo de exclusión social o de marginalidad.



### 3. IMPACTO DEL REAL DECRETO LEY 16/2012, DE 20 DE ABRIL

En el año 2012 el acceso a la atención sanitaria a cargo de fondos públicos experimentó una modificación muy importante a raíz de la publicación, en el BOE de 24 de abril de 2012, 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 la seguridad de sus prestaciones (RDL 16/2012), al introducir de nuevo el concepto de *condición de persona asegurada a la Seguridad Social*. Así, se enuncia que la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondo públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantiza a las personas que tengan la condición de aseguradas y beneficiarias, que se establece en 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 fondo públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

En esta normativa se definen los supuestos de acceso al derecho a la asistencia

sanitaria pública a través de las figuras de persona asegurada y de persona beneficiaria (y su reconocimiento por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social) regulándose un mecanismo de reconocimiento de esta condición que resulte aplicable tanto a las personas españolas como de otras nacionalidades.

Al mismo tiempo, se prevé la asistencia sanitaria en situaciones especiales de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, estableciendo que pueden recibir asistencia de urgencia por enfermedad grave o accidente (sea cuál sea su causa) hasta el alta médica y de asistencia al embarazo, el parto y el posparto. Y, en cuanto a las personas extranjeras menores de dieciocho años, se prevé que en todo caso recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas españolas.

Hay que apuntar que han sido varias las comunidades autónomas, entre ellas Cataluña, Navarra, Andalucía, Canarias y País Vasco, que han promovido un recurso de inconstitucionalidad contra este real decreto ley.



#### 4. LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS TRAS LA PUBLICACIÓN DEL REAL DECRETO LEY 16/2012

La distribución de competencias en materia de salud entre el Estado, que dicta la normativa de carácter general, y las comunidades autónomas, que la desarrollan y la aplican, ha comportado que en diferentes comunidades autónomas se haya regulado a través de instrumentos normativos diversos el acceso a la asistencia sanitaria de las personas que, en aplicación de la normativa estatal, quedan fuera de la misma.

La regulación de este acceso ha sido desigual. Así, mientras hay comunidades autónomas, como es el caso de Cataluña, País Vasco o Andalucía, en que se ha optado por permitir un acceso prácticamente únicamente vinculado a la residencia o el empadronamiento sin carencia o con una carencia breve, en otras comunidades se ha creado una tarjeta sanitaria diferente para personas inmigrantes en situación irregular, como es el caso de Galicia o la Comunidad Valenciana. Por otra parte, hay otras, como Castilla-La Mancha, en la que el acceso

sólo es posible en los casos que ya prevé el RDL 16/2012.

El Gobierno del Estado español ha presentado recurso de inconstitucionalidad contra cinco leyes autonómicas que garantizaban la asistencia sanitaria universal. Es el caso de País Vasco, la Comunidad Valenciana, Extremadura, Navarra y muy recientemente Cataluña. Aun así, hay otras comunidades autónomas, como Aragón, Cantabria o Baleares, que aún mantienen en vigor normativas muy parecidas.

Cabe señalar, también, que en prácticamente todos los casos en los que se ha presentado el recurso de inconstitucionalidad, los gobiernos autonómicos han anunciado que se continuará garantizando la atención sanitaria a las personas inmigrantes irregulares residentes a través de otras alternativas, por razones humanitarias obvias.

Esta situación normativa conlleva que la confusión y desinformación que, por sí misma, ya generó la publicación del RDL 16/2012 se incremente aún más y favorezca que se produzcan situaciones de vulnerabilidad.



## 5. CATALUÑA TRAS LA PUBLICACIÓN DEL REAL DECRETO LEY 16/2012

En Cataluña, desde el momento de la publicación del RDL 16/2012, el Gobierno de la Generalitat ya anunció que continuaría ofreciendo atención sanitaria a todas las personas residentes. Inicialmente, la Instrucción 10/2012, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública del CatSalut a los ciudadanos extranjeros empadronados en Cataluña que no tienen la condición de asegurados o beneficiarios del Sistema Nacional de Salud, establecía los requisitos para acceder y permitía el acceso al primer nivel de asistencia sanitaria (atención urgente, programas de interés sanitario y atención primaria, incluida la prestación farmacéutica con una aportación del usuario del 40%) a las personas que se habían empadronado en Cataluña entre los tres y los doce meses antes de presentar su solicitud, y el acceso a la atención especializada cuando existía un empadronamiento superior al año. El paso de un nivel a otro no era automático, sino que debía solicitarse y acreditarse. Esta instrucción también preveía el acceso excepcional a la atención especializada programada antes de tener reconocido el segundo nivel de asistencia en caso de gravedad, riesgo vital o necesidad inaplazable de atención.

Posteriormente, la Instrucción 8/2015 del CatSalut, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública del CatSalut a los ciudadanos extranjeros empadronados en Cataluña que no tienen la condición de asegurados o beneficiarios del Sistema Nacional de Salud (que deroga la Instrucción 10/2012), entre otras cuestiones, otorga el primer nivel de asistencia sanitaria desde la fecha del empadronamiento y el acceso al segundo nivel previa acreditación del empadronamiento continuado de tres meses inmediatamente anteriores, excepto en las personas menores de dieciocho años, que pueden acceder al segundo nivel desde la fecha de empadronamiento.

La nueva instrucción pretende recoger el contenido de la Resolución 1069/X del Parlamento de Cataluña sobre el sistema público de salud, de acuerdo con lo establecido en el apartado 9 de la Moción

79/X del Parlamento, sobre la pérdida de derechos en materia sanitaria, que instaba al Gobierno a elaborar una instrucción que garantizara la atención sanitaria pública de calidad a todas las personas que viven en Cataluña, y también a las que no han podido obtener el empadronamiento por incumplimiento de la Ley de régimen local por parte de algunos ayuntamientos, exigiendo que garantizara, entre otros, el acceso a cualquier tipo de atención sanitaria y el acceso a la tarjeta sanitaria, independientemente de la situación administrativa en la que se encuentren, a las personas menores de edad y a las mujeres embarazadas, tanto si quieren continuar el embarazo como si no, y como mínimo hasta el puerperio.

Con la publicación de esta normativa, pretende eliminarse cualquier desigualdad que pueda existir entre las personas residentes en Cataluña al establecer que todas las personas residentes en Cataluña tienen derecho a la asistencia sanitaria, con cargo a fondo públicos, es decir, sin tener que abonarla. De esta forma se quiere llegar a toda la población residente en Cataluña, sin exclusiones, puesto que las personas que no tienen la condición de aseguradas o de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, también, a la asistencia sanitaria pública con cargo a fondo públicos, a través del Servicio Catalán de la Salud, siempre y cuando acrediten su residencia en Cataluña y que no tienen acceso a la asistencia sanitaria, con cargo a fondo públicos, a través de una entidad diferente al Servicio Catalán de la Salud. Esta asistencia se reconoce en todas las etapas de la vida y en todos los ámbitos de la medicina (preventiva, curativa, rehabilitadora y paliativa, y en promoción de la salud).

La Ley 9/2017 determina que se entiende por *residentes* las personas que están empadronadas en un municipio de Cataluña. Pero va más allá y, atendiendo a las circunstancias especiales de determinados colectivos a los que un problema documental les impide acceder al empadronamiento, también entiende que son residentes en Cataluña las personas que acrediten el arraigo mediante los criterios que se desarrollen por reglamento y que tienen que tener por

objeto dar acceso a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, a personas y colectivos en riesgo de exclusión social, dada la diversidad de estos colectivos y la heterogeneidad y variabilidad de sus circunstancias.

En esta línea, sabedores del problema, ya en el año 2015 el CatSalut y Cruz Roja firmaron un convenio para facilitar la tarjeta sanitaria a las personas residentes en Cataluña sin empadronamiento y en situación de vulnerabilidad. El objetivo de este convenio es poder dar cobertura sanitaria a personas que, por motivos excepcionales, no se les podría facilitar porque no cumplen con alguno de los requisitos indispensables (en la mayoría de casos el empadronamiento) para acceder a la misma. Cabe destacar que mayoritariamente se trata de colectivos que están en una situación de extrema vulnerabilidad, como las personas sin permiso de residencia, las personas desahuciadas o las personas sin hogar, entre otros.

Y, a pesar de que todas las personas—incluidas las que se encuentran en una situación de vulnerabilidad—tienen derecho a la atención de urgencia, la aplicación de este convenio permite que las personas destinatarias puedan tener acceso a una atención médica integral, pudiéndoles abrir una historia clínica que permitirá realizar un seguimiento de su salud, de forma que cuando sean atendidas en otros dispositivos sanitarios, dada la implantación de la historia clínica compartida, se conozcan sus antecedentes y se les pueda seguir prestando una atención continuada.

En la Ley 9/2017 también se prevé que las personas que están en Cataluña pero que no tienen la condición de residentes (ni

están empadronadas ni han podido acreditar su arraigo) tienen derecho a la asistencia de urgencia, independientemente de cuál sea su causa, y a la continuidad de esta atención hasta la situación de alta médica o hasta que remita la causa por la que han ingresado en un centro o han accedido a un servicio o establecimiento sanitario. En este caso, la asistencia correrá a cargo del Servicio Catalán de la Salud, siempre y cuando la persona o un tercero no estén obligados al pago y la persona que ha recibido a la asistencia acredite la insuficiencia de recursos económicos para hacerse cargo de la misma.

La Ley también prevé que el Servicio Catalán de la Salud asuma la totalidad del gasto de la prestación farmacéutica ambulatoria en los casos en los que las personas residentes en Cataluña que tienen derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondo públicos se encuentran en situación de vulnerabilidad social o sanitaria o en situación de insuficiencia económica, de acuerdo con lo establecido por reglamento. Es decir, estas personas están exentas de realizar aportaciones a la prestación farmacéutica ambulatoria.

Cabe destacar, sin embargo, que esta ampliación del derecho a la asistencia sanitaria que prevé la Ley 9/2017 respecto a las personas que no tienen la condición de aseguradas o beneficiarias del Sistema Nacional de Salud sólo será efectiva en relación con la asistencia que se presta dentro del territorio de Cataluña, de forma que si estas personas salen de Cataluña no podrán exigir este derecho, lo que pone de manifiesto la situación de desigualdad que se evidencia en función del territorio en el que estas personas establecen su residencia.

## 6. CONSIDERACIONES DEL SÍNDIC DE GREUGES

La universalización de la asistencia sanitaria es una cuestión que ha sido abordada por el Síndic de Greuges desde hace tiempo. Así, en los informes anuales presentados ante Parlamento de Cataluña ha indicado que el derecho a la asistencia sanitaria debe establecerse como un derecho público subjetivo y de acceso equitativo, en el marco de la universalización establecida en la LGS, de forma que se desvincule de la Seguridad Social y se adapte al Sistema Nacional de la Salud.

La falta de universalización efectiva de la asistencia sanitaria ya prevista en la LGS ha sido denunciada por el Síndic en diferentes ocasiones a través de diferentes actuaciones.

Ya en el año 2004, a raíz de las quejas que llegaban a la institución de personas con recursos económicos suficientes que tenían que abonar la asistencia sanitaria que recibían del sistema de salud público, y por el hecho de considerar anacrónica la situación de las personas sin derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones —a pesar de la universalización prevista en la LGS—, se consideró oportuno abrir una actuación de oficio en la que se subrayaba que se trataba de definir el concepto y el alcance del derecho a la asistencia sanitaria como un derecho público subjetivo, personal y no contributivo, de forma que se garantice el principio de igualdad y de acceso equitativo en el marco de la universalización predicada de la LGS. Así, a través del Defensor del Pueblo, el Síndic recomendó al entonces Ministerio de Sanidad y Consumo la extensión del derecho a la asistencia sanitaria a toda la ciudadanía, en igualdad de condiciones, independientemente de los recursos económicos de los ciudadanos y de su afiliación o no a la Seguridad Social, en el marco del sistema sin desigualdades fijado en la Ley 16/2003 de cohesión. A pesar de sus competencias, se dirigió al Departamento de Salud en el mismo sentido.

Tanto el Departamento de Salud como el Defensor del Pueblo aceptaron las recomendaciones y avalaron las razones de orden legal que justifican la universalización

plena y efectiva del derecho a la asistencia sanitaria.

En el año 2007, ante la persistencia del problema después de más de veinte años desde la aprobación de la LGS, se abrió otra actuación de oficio en la que volvía a recomendarse a los poderes públicos sanitarios la extensión total y efectiva de la asistencia sanitaria, es decir, una universalización real y efectiva de esta prestación a todas las personas españolas o extranjeras por el solo hecho de vivir en territorio español. El Defensor del Pueblo correspondió a las sugerencias indicando que había recomendado a los ministerios implicados la realización de las reformas legales adecuadas para hacer efectiva y plena la universalización.

Posteriormente, sin embargo, el Estado español aprobó el RDL 16/2012, que supone un cambio de modelo del Sistema Nacional de Salud existente hasta entonces y el retorno a un sistema de aseguramiento que deja a muchas personas sin la posibilidad de acceder a la asistencia sanitaria. Se retorna a la figura de persona asegurada y beneficiaria en vez de la de persona.

Con esta nueva regulación, pues, hay personas que no tienen acceso a la atención primaria (ni, por tanto, a los programas de prevención que se desarrollan) ni a la atención especializada, con los efectos negativos que esto puede tener en la salud de las personas afectadas, en la del resto de personas que están en contacto en función del tipo de enfermedad que pueda desarrollar o en el propio sistema, que después las tendrá que atender de urgencia (con el problema añadido de saturación en estos servicios en determinados centros hospitalarios) cuando las personas ya se encuentran en peores condiciones, en una situación grave o incluso en una situación irreversible.

Así, ante esta nueva situación, el Síndic es de la opinión que hay que valorar los perjuicios que pueden producirse individualmente en la salud de las personas, pero también los riesgos de forma general en el ámbito de la salud pública de la sociedad al dejar a parte de la población empadronada en Cataluña sin seguimiento médico. Esto, además del

aumento inevitable de la vulnerabilidad de los colectivos más expuestos y en riesgo de exclusión social.

La publicación del RDL 16/2012 también ha dado lugar a confusión y desconocimiento ante la nueva situación tanto entre el conjunto de profesionales del sistema sanitario como entre la población en general y la población afectada en particular, incluso en las comunidades autónomas en que a través de instrucciones u otros instrumentos normativos se da cabida a supuestos que habían dejado de tener cobertura con el RDL 16/2012.

Y es que, a pesar de la competencia del INSS para reconocer la condición de persona asegurada y de persona beneficiaria del Sistema Nacional de Salud, son las comunidades autónomas las que tienen la competencia para prestar los servicios sanitarios, y es por ello que, para minimizar el impacto de la publicación del RDL 16/2012, varias comunidades autónomas han ido introduciendo medidas diferentes tendentes a continuar atendiendo a las personas inmigrantes en situación administrativa irregular y sin recursos, con el fin de eludir los efectos negativos de la aplicación del RDL 16/2012 en sus territorios.

Esto, sin embargo, también ha servido para poner de manifiesto las desigualdades que sufren las personas que no tienen acceso a la sanidad pública, de acuerdo con el RDL 16/2012, en función de la comunidad autónoma en que residan y el impacto que esto puede tener en su salud.

En cuanto a la motivación del cambio normativo que supone la aplicación del RDL 16/2012, han sido varias las razones que se han esgrimido. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, recogido en el propio título del RDL 16/2012 fue uno de los argumentos más repetidos. Algunas fuentes apuntaban a que la aplicación del RDL 16/2012 supondría un ahorro de quinientos millones de euros. Sin embargo, otras voces dudan de los cálculos realizados, puesto que no se acompañó el texto normativo de memoria económica alguna que permitiera saber, aunque fuera

aproximadamente, que la cifra anunciada se correspondía con el gasto ocasionado por las personas que a partir de aquel momento dejaban de tener derecho a la asistencia sanitaria.

Así mismo, existen estudios que demuestran que no se da una sobreutilización de la sanidad por parte de las personas inmigrantes, y aún menos de las que están en situación irregular, teniendo en cuenta que vienen, mayoritariamente, en busca de trabajo y, además, que el gasto sanitario más elevado corresponde a las personas mayores, no a las jóvenes.

Otro de los argumentos también alegados con fuerza para justificar la reforma fue el de la lucha contra el turismo sanitario. A pesar de que, sin ningún tipo de duda, hay que introducir medidas para evitar el abuso del sistema sanitario en general y el turismo sanitario fraudulento en particular, también hay que tener en cuenta que las personas inmigrantes en situación irregular que están en nuestro país no han venido a recibir tratamiento médico, sino, en general, a buscar empleo y optar a un futuro mejor que se les niega en su país de origen.

Por otra parte, hay que añadir que han sido varios los organismos internacionales que han resaltado en sus informes la regresión de los derechos de las personas inmigrantes en el Estado español y el incumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos.

A modo de ejemplo, el Comité Europeo de Derechos Sociales concluyó que la decisión del Estado español de restringir el acceso a la atención médica gratuita para las personas inmigrantes indocumentadas infringe la legislación europea de derechos humanos. En términos similares también se había pronunciado el Comité de Derechos Económicos y Sociales de la ONU.

Por su parte, el Defensor del Pueblo, a pesar de que decidió no interponer ningún recurso de inconstitucionalidad contra el real decreto ley mencionado, se dirigió al entonces Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para recomendarle, por un lado, que se garantizara el acceso

efectivo a la protección de la salud para colectivos en situación vulnerable que habían quedado excluidos del concepto de *persona asegurada* y de *persona beneficiaria*, para asegurar la coherencia global del Sistema Nacional de Salud y que las administraciones públicas cumplieran con su obligación en materia de protección de salud pública. Y, por otra parte, que se habilitara la atención adecuada de las personas con sufrimientos graves, para evitar la posible responsabilidad de España por el incumplimiento de obligaciones internacionales, entre otras, las derivadas del Convenio Europeo de Derechos Humanos, la Carta de Derechos Fundamentales de la UE y otros instrumentos que establecen obligaciones positivas.

Con la publicación en Cataluña de la Ley 9/2017, y de acuerdo con con todos los antecedentes legales mencionados, todo apunta a que estamos ante una efectiva universalización del derecho a la asistencia sanitaria que da cabida a todos los colectivos de personas que residen en Cataluña.

En opinión del Síndic de Greuges, una de las aportaciones importantes que recoge esta ley de universalización de la asistencia sanitaria es el mandato al Servicio Catalán de la Salud de elaborar y de desarrollar un programa de formación dirigido al personal administrativo y sanitario de todos los centros, servicios y establecimientos del Servicio Catalán de la Salud para garantizar y hacer efectivo el derecho de acceso que regula.

Y es que son muchas las ocasiones en las que se han detectado incidencias respecto a

cuestiones que, a pesar de estar reguladas, no han sido bien resueltas por desconocimiento del personal administrativo o sanitario que las debe aplicar. En estos casos, las recomendaciones y sugerencias del Síndic no se han orientado a regular o corregir aquella determinada cuestión, ya regulada, sino a formar e informar a las personas que, por su intervención, deben tener conocimientos, tanto para aplicar las directrices correctamente como para poder, a su vez, proporcionar una información veraz y completa a las personas usuarias de la sanidad pública.

El Síndic también se congratula de la previsión de la cobertura sanitaria de las personas catalanas residentes en el exterior en sus desplazamientos a Cataluña, puesto que fue objeto de una actuación de oficio iniciada ya en el año 2010, en que el Síndic alentaba a la Administración a continuar adelante con las actuaciones previstas hasta conseguir la cobertura de asistencia sanitaria de todas las personas catalanas que residen en el exterior en sus desplazamientos a Cataluña.

Después de la publicación de la Ley 9/2017, la resolución del director del Servicio Catalán de la Salud de 29 de junio de 2017 determinó mantener la aplicación del procedimiento que recogía la Instrucción 8/2015, con las adaptaciones que se explicitan, mientras no se apruebe el reglamento previsto en la Ley 9/2017 para establecer el procedimiento para el reconocimiento del derecho de asistencia sanitaria.



## 7. EFECTOS DEL RECURSO DE INCONSTITUCIONALIDAD

Sin embargo, el 23 de marzo de 2018, el Consejo de Ministros del Gobierno del Estado acordó interponer un recurso de inconstitucionalidad contra los artículos 1, 2 (apartados 2 y 3), 3, 4 y 5, las disposiciones adicionales segunda, tercera, cuarta y séptima, y la disposición final primera de la Ley catalana 9/2017, de universalización de la asistencia sanitaria. Al invocar el presidente del Gobierno el artículo 161.2 de la Constitución, se produce la suspensión de la vigencia y aplicación de los preceptos impugnados.

Según fuentes del Departamento de Salud, el acuerdo se tomó una vez el Gobierno del Estado decidió desistir de la negociación bilateral que había propuesto a la Generalitat y que no se ha podido llevar a cabo a raíz de la aplicación en Cataluña del artículo 155 de la Constitución española.

Así mismo, la Administración sanitaria catalana ya ha anunciado que este recurso no cambiará a la situación en Cataluña y, tal y como ya se hizo inmediatamente después de la publicación del RDL 16/2012, el Servicio Catalán de la Salud dará instrucciones a los centros sanitarios que integran el Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (SISCAT) para que continúen garantizando la atención sanitaria a toda la población residente en Cataluña. Y para los casos particulares en los que la situación excepcional lo requiera prevé continuarse utilizando la autorización excepcional que firma el propio director del Servicio Catalán de la Salud.

En todo caso, en opinión del Síndic de Greuges, la admisión a trámite del recurso y una hipotética futura sentencia que excluya el acceso a la asistencia sanitaria de personas que, con la normativa autonómica, podían acceder, como todo apunta que puede ocurrir dados los antecedentes de otras comunidades autónomas, es sin duda un paso atrás, teniendo en cuenta las consideraciones recogidas hasta ahora en este informe.

Varios estudios hacen referencia al hecho de que un sistema sanitario con cobertura universal financiado con impuestos revierte

en un mejor nivel de salud de la población, puesto que permite mantener la salud de las personas con actuaciones preventivas a que todo el mundo tiene acceso y que, sin duda, permitirán que la población no enferme tanto. De la misma forma, ante la enfermedad, el acceso universal permite una atención desde el momento inicial, con el tratamiento y el seguimiento oportunos. De lo contrario, la exclusión de determinados colectivos, los más vulnerables, puede tener efectos muy negativos no sólo en la salud de la propia persona, sino también en la de sus familiares y la de las personas que se relacionan con ella y, en última instancia, en la sociedad en general.

En este asunto, además, resulta capital la vertiente económica, puesto que cerrar el acceso a un colectivo que ya presenta dificultades económicas en general, y a menudo graves, evidencia aún más las desigualdades entre la población bienestante y aquella que difícilmente puede abonar la asistencia sanitaria que le sería necesaria, lo que pone de manifiesto un conflicto ético relevante. Así, pueden haber personas afectadas, con situaciones económicas muy comprometidas, que sufren enfermedades graves o crónicas que tengan que suspender los tratamientos prescritos porque no disponen de recursos económicos suficientes para hacer frente a los mismos.

En esta misma línea, la accesibilidad universal y la financiación pública de los servicios hace que el sistema sanitario catalán sea un instrumento importante de cohesión social tendente a disminuir las desigualdades sociales y que facilita que las personas puedan ser atendidas cuando lo necesiten, con independencia de su poder adquisitivo y con el mismo nivel de calidad porque la asistencia que se ofrece es la misma para todas las personas.

Cabe destacar, además, que incluso en Cataluña, donde desde el momento de la publicación del RDL 16/2012 el Gobierno de la Generalitat ya anunció que continuaría ofreciendo atención sanitaria a todas las personas residentes (de igual forma que lo ha anunciado recientemente a raíz del recurso de inconstitucionalidad) se han generado situaciones que han provocado aplicaciones deficientes que deben evitarse y que, desgraciadamente,

pueden volverse a repetir en caso de que prospere el recurso de inconstitucionalidad.

Así, cabe destacar la inseguridad importante, del todo comprensible, que se genera en las personas que no tienen la condición de aseguradas ni de beneficiarias cuando se aprobó el RDL 16/2012, puesto que desconocían con exactitud cuál sería su situación a partir de aquel momento, a pesar de disponer de una tarjeta sanitaria que acreditaba su derecho a la asistencia sanitaria; no sabían si podrían continuar recibiendo asistencia más allá de los casos en los que se prevé en la legislación estatal (atención urgente) o bien si se les restringiría o si la tendrían que abonar.

En esta misma línea, el hecho de que en algunos centros se les obligue a firmar un requerimiento de pago, que incluso en algunos casos se ha enviado posteriormente a su domicilio para reclamarles su abono, provoca un efecto freno indiscutible.

Esto conlleva que a menudo estas personas hayan manifestado su temor de acudir a un centro sanitario y hayan optado por no

hacerlo, especialmente cuando se trata de personas que, como se encuentran en situación administrativa irregular, temen que su atención en un centro sanitario les pueda generar algún tipo de problema burocrático o perjuicio en el futuro cuando quieran regularizar su situación y conste que tienen una deuda con la Administración.

Otra de las incidencias más comunes parece ser la derivación de las personas que no tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria de acuerdo con los parámetros del RDL 16/2012 desde los centros de atención primaria al INSS, cuando precisamente ha sido esta nueva regulación la que les ha expulsado de la misma y es el INSS quien no las ha acreditado como personas aseguradas o beneficiarias.

En definitiva, el desconocimiento y la información errónea o defectuosa sobre sus derechos conlleva que a menudo se provoque un efecto disuasivo con los problemas ya mencionados anteriormente, lo que supone que estas personas no sean atendidas.

## 8. PERFIL DE LAS PERSONAS USUARIAS DEL CATSALUT QUE NO TIENEN LA CONDICIÓN DE ASEGURADAS O BENEFICIARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Todo apunta a que el colectivo que quedará más afectado en caso de que prospere el recurso de inconstitucionalidad serán las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, que son el colectivo más numeroso.

Una publicación muy reciente del CatSalut (de abril de 2018) recoge que en el último corte oficial, de marzo de 2018, se han contabilizado cien catorce mil quinientas setenta y tres personas extranjeras empadronadas en Cataluña que no están acreditadas como aseguradas ni beneficiarias, ni se encuentran dentro de los supuestos de asistencia sanitaria en situaciones especiales que regula la norma estatal. Estas personas, que representan el 1,53% de la población residente en Cataluña, serían las que se verían afectadas si prosperara el mencionado recurso de inconstitucionalidad, de forma que su acceso a la asistencia sanitaria se vería limitado exclusivamente a la atención urgente.

Este informe muestra que la mayoría de estas personas tienen entre veinte y cincuenta años, dato que sustenta la consideración del Síndic apuntada anteriormente, en el sentido de que mayoritariamente se trata de personas que han venido a nuestro país con la intención de trabajar, no de recibir asistencia sanitaria. Según se recoge, el 94% de estos colectivos son una población sana o con un riesgo muy bajo de enfermar y, por tanto, con poca necesidad de utilización de servicios sanitarios.

De hecho, se afirma que, en general, este colectivo hace la mitad de uso de los diferentes recursos sanitarios ambulatorios, visitas a atención primaria, centros ambulatorios de salud mental, consultas externas y hospital de día que la población catalana. De media, también consumen la mitad de fármacos. La única excepción está en la media de visitas a los servicios de urgencias, que es muy similar a la de

Cataluña. “La tasa de ingresos a hospitales de agudos es de 6,8 por cada 100 habitantes. Esta tasa en la población global de Cataluña es casi el doble. Las tasas de ingreso a recursos de atención sociosanitaria son también menores y la de ingresos a servicios de psiquiatría es muy parecida, aunque un poco más elevada”.

En cuanto al gasto sanitario, con datos relativos al año 2016, se asegura que el gasto por cápita de este colectivo es de cerca de la mitad del gasto de la población catalana.

“En conjunto, durante el año 2016, estos pacientes efectuaron un gasto de poco más de 31 millones de euros, lo que representa un 0,42% del gasto sanitario del CatSalut, mientras que ellos representan un 0,9% de la población.

El 31% de este gasto fue debido a actividad urgente y el 69% restante a la actividad programada. Es decir, se produjo un gasto de 21 millones en actividad programada gracias a la existencia de la Ley de universalización de la asistencia sanitaria. Esto representa un 0,29% del gasto global sanitario. Debe tenerse en cuenta que si parte de esta actividad programada no se hubiera realizado, seguramente se habría traducido, a corto o a largo plazo, en un incremento de la actividad urgente y la atención de procesos sanitarios en estados más avanzados. En el caso de enfermedades infecciosas, si no se produce una asistencia preventiva y un control exhaustivo de los casos y de los posibles contactos, puede dar lugar a una diseminación de la enfermedad”.

Así mismo, todo apunta a que se trata de personas con un nivel de renta baja o muy baja y, tal y como recoge el informe, “se conoce que el nivel de renta está estrechamente relacionado con la mortalidad. El riesgo de morir aumenta a medida en que disminuye el nivel de renta. La esperanza de vida se reduce en 8 años entre la población con ingresos muy bajos en relación con la población con rentas más altas”.

Este análisis, con la aportación de datos sobre el número de personas extranjeras empadronadas en Cataluña que no están

acreditadas como aseguradas y beneficiarias ni se encuentran dentro de los supuestos de asistencia sanitaria en situaciones especiales, de sus características, así como de la utilización que hacen de los servicios sanitarios y el

gasto que esto supone, pone de manifiesto que este colectivo ni abusa del sistema sanitario, ni el gasto que genera es desproporcionado, y más aún teniendo en cuenta los beneficios que conlleva tener atendida toda la población.

## 9. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la cobertura sanitaria universal es esencial para la salud y el bienestar de las personas, consistiendo en garantizar que todas las personas puedan recibir servicios sanitarios de calidad en el lugar y el momento en que los necesiten, sin tener que sufrir dificultades económicas, de forma que nadie tenga que escoger entre una buena salud y otras necesidades vitales. Esta cobertura permite a todas las personas tener acceso a servicios que tratan las principales causas de morbilidad y mortalidad, garantizando que la calidad de estos servicios sea suficientemente buena para mejorar la salud de las personas destinatarias.

También pone de manifiesto que el acceso de las personas a una asistencia esencial y de calidad, y a la protección financiera, no sólo mejora su salud y esperanza de vida, sino que también protege a los países de epidemias, reduce la pobreza, impulsa el crecimiento económico y promueve la igualdad de género.

La OMS destaca que cuando se hace referencia a *universal* en el contexto de una cobertura sanitaria universal, debe entenderse que significa para todo el mundo, sin discriminación y sin que nadie quede excluido de la misma. Cualquier persona, en cualquier lugar del mundo,

tiene derecho a beneficiarse de los servicios de salud que necesite sin que tenga que verse empujada a la pobreza cuando los utiliza.

La propia OMS matiza que la cobertura sanitaria universal no consiste tan sólo a ofrecer tratamientos médicos a las personas individualmente, sino que incluye también servicios destinados al conjunto de la población, como, por ejemplo, campañas de salud pública.

Partiendo de la base de que cada país enfocará la cobertura sanitaria universal de forma diferente, considera que, para que los servicios de salud puedan ser realmente universales, hay que pasar de unos sistemas de salud pensados en torno a las enfermedades y las instituciones a unos sistemas concebidos en torno a las personas y para las personas.

De acuerdo con esta concepción, este año 2018, en el Día Mundial de la Salud, que se celebró el 7 de abril, la OMS escogió como tema “Cobertura sanitaria universal para todas las personas, en cualquier lugar” y el lema “La salud para todo el mundo”, y se dirigió a los líderes mundiales para solicitar que respetaran los compromisos que contrajeron cuando acordaron los Objetivos de desarrollo sostenible en el año 2015; concretamente, adoptar medidas específicas para promover la salud de todas las personas, teniendo en cuenta que la experiencia ha demostrado que la cobertura sanitaria universal se alcanza cuando existe una firme determinación política.



## 10. DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

El derecho a la salud y a la atención sanitaria universal en el caso de niños y adolescentes merece una consideración especial en sí mismo, puesto que afecta a otros derechos fundamentales, como son el derecho a la vida, a la educación y al pleno desarrollo, y el principio de interés superior del niño, aplicable a toda acción que concierne a un niño. Y es por este motivo que la regulación normativa no ha restringido en el caso de niños y adolescentes la universalidad de la asistencia sanitaria durante todo el proceso de modificación legislativa.

A pesar de ello, existen carencias en la efectividad de este derecho que han afectado a este colectivo y de que la institución ha tenido conocimiento.

El derecho a la atención sanitaria a los niños y adolescentes, independientemente de su situación administrativa, está garantizado en todos los textos normativos.

El artículo 24 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño reconoce el derecho del niño a disfrutar del mayor nivel de salud posible y de equipamiento de tratamiento de las enfermedades y de restablecimiento de la salud. Los estados miembros deben esforzarse a asegurar que ningún niño sea privado de su derecho a acceder a estos servicios, así como garantizar la plena aplicación de este derecho.

Exige, entre otros, que los estados adopten las siguientes medidas:

- Asegurar la prestación de la asistencia médica y atención a la salud que sean necesarias a todos los niños, con énfasis en el desarrollo de la atención primaria de la salud.
- Garantizar la atención sanitaria prenatal y posnatal a las madres.
- Garantizar que padres y madres, niños y todos los sectores de la sociedad tengan acceso a la educación sanitaria y al apoyo

en el uso de los conocimientos básicos sobre salud y nutrición de los niños, ventajas de la lactancia materna, higiene y sanidad ambiental, y prevención de accidentes.

En esta misma línea, la normativa estatal es clara en cuanto a la cobertura de la atención y asistencia sanitaria de los niños y adolescentes extranjeros en España, así como en cuanto a la cobertura sanitaria de las madres embarazadas durante el embarazo, el parto y el posparto.

No obstante, la confusión generada a raíz de las modificaciones implementadas también afectó al derecho a la atención sanitaria con plenas garantías de los niños y adolescentes menores de dieciocho años y de las madres durante embarazo, parto y posparto en Cataluña, derecho que, en ningún momento, había quedado cuestionado por la normativa estatal ni tampoco por la catalana.

Muchos supuestos de falta de expedición de la tarjeta sanitaria individual en el caso de niños y adolescentes menores de edad a menudo han derivado de la imposibilidad de obtener empadronamiento por falta de domicilio fijo de la familia, puesto que se exigía acreditar de esta forma la residencia en Cataluña y atribuir un centro de atención sanitaria de referencia a este niño o adolescente, con los efectos que esta carencia conlleva en cuanto a la garantía de la prevención, el seguimiento y la derivación a especialistas y, por tanto, de la cobertura de los diferentes niveles de la atención sanitaria a la que tiene derecho.

En cuanto a la falta de empadronamiento, competencia municipal, el Síndic ya trasladó algunas recomendaciones en referencia a los requisitos para el empadronamiento previsto en ordenanzas municipales que consideraba contrarios al ordenamiento vigente.

Como ya se ha señalado, con la aprobación de la Ley 9/2017 se clarifica y se garantiza el acceso a la sanidad pública en condiciones de igualdad efectiva a todas las personas residentes en Cataluña con independencia de su situación administrativa, en la línea de evitar las posibles carencias en la efectividad de un

derecho que, en el caso de los niños y adolescentes y las madres embarazadas en el embarazo, parto y posparto, nunca había sido cuestionado, pero sí había presentado problemas de efectividad a la práctica.

Han sido varias las denuncias que se han planteado ante el Síndic de Greuges por problemas en referencia a la garantía de la atención sanitaria y la tramitación de la tarjeta sanitaria individual a niños y adolescentes menores de dieciocho años en España y también en Cataluña, especialmente después de la publicación del RDL 16/2012.

La Plataforma para una Atención Sanitaria Universal en Cataluña (PASUCAT) ha agrupado algunos de los problemas y situaciones en que se han encontrado los niños y adolescentes extranjeros, y también españoles, que les ha dificultado la efectividad de este derecho garantizado.

Algunas de las situaciones denunciadas son las siguientes:

- La vinculación de la obtención de la tarjeta sanitaria individual del niño o adolescente extranjero y español a obtener determinada documentación, como son el empadronamiento, el pasaporte, el NIE, el documento del país de origen acreditativo de no tener cobertura de asistencia en el país de origen, etc.
- La derivación en algunos centros de primaria de la persona menor de edad a

tramitar la inscripción a la Seguridad Social antes de la emisión de la tarjeta sanitaria.

- La falta de asignación de profesionales de referencia como consecuencia de la falta de obtención de la tarjeta sanitaria individual y la falta de seguimiento del Programa del niño sano.
- La dificultad de derivación al especialista sin centro de referencia previo asignado.
- La emisión por parte de algunos hospitales de una posible factura cuando un niño o adolescente acude a urgencias, lo que disuade a las familias a la hora de solicitar su atención.

En general, también se destaca la falta de homogeneidad de criterios y de atención en todo el territorio catalán en función del proveedor del servicio, tanto en centros de atención primaria como en centros hospitalarios.

Dado que la situación de vulneración del derecho al acceso a la salud de niños y adolescentes no se debe a un problema de regulación normativa, puesto que el derecho a la asistencia sanitaria a las personas menores de edad, extranjeras o no, se ha reconocido en todo momento, sino a un problema de confusión y falta de información adecuada, el Síndic emitió recomendaciones en el sentido de clarificar esta información a todos los niveles del sistema sanitario de utilización pública de Cataluña.

## 11. RESUMEN DE CONSIDERACIONES

La universalización de la asistencia sanitaria es un deber moral ineludible y también una obligación derivada de las normas internacionales.

La exclusión de parte de la población del sistema público de salud impacta claramente en las personas que se hallan en una situación de vulnerabilidad y disponen de muy pocos recursos económicos o nulos.

Las desigualdades entre la población bienestante y aquella que tiene dificultades para abonar la asistencia sanitaria no gratuita que necesitaría ponen de manifiesto un conflicto ético relevante.

El acceso a la atención primaria, puerta de acceso al sistema sanitario, es un elemento clave en la asistencia sanitaria.

Varios estudios consideran que un sistema sanitario de cobertura universal financiado con impuestos revierte en un mejor nivel de salud de la población, puesto que permite mantener la salud de las personas con actuaciones preventivas y, ante la enfermedad, permite una atención desde el momento inicial, con el tratamiento y el seguimiento oportunos, y con la seguridad que esto conlleva.

Los resultados del análisis del CatSalut sobre el número de personas extranjeras empadronadas en Cataluña que no están acreditadas como aseguradas o beneficiarias ni se hallan dentro de los supuestos de asistencia sanitaria en situaciones especiales, la utilización que hacen de los servicios sanitarios y el gasto que ello supone, ponen de manifiesto que este colectivo ni abusa de los mismos ni el gasto que genera es desproporcionado, y más aún teniendo en cuenta los beneficios que conlleva tener atendida toda la población.

La Ley General de Sanidad de 1986 aportó las bases para un sistema sanitario universal y gratuito en el Estado español. En Cataluña, la Ley de ordenación sanitaria de 1990 ya prevé la universalización de los servicios sanitarios de carácter individual

o colectivo para todas las personas residentes en Cataluña, como principio informador de la protección de la salud y la ordenación de sistema sanitario.

La normativa posterior ya prevé la separación financiera, de forma que las prestaciones de naturaleza no contributiva y de extensión universal, como es la asistencia sanitaria, pasan a ser financiadas a través de aportaciones del Estado y no de cotizaciones a la Seguridad Social.

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 reafirma el principio de universalización de la asistencia sanitaria.

No obstante la previsión normativa, la falta de la universalización efectiva de la asistencia sanitaria ha llevado al Síndic a ponerlo de manifiesto en diferentes actuaciones de oficio y recogerlo en los informes anuales ante al Parlamento.

La publicación del RDL 16/2012 supone un cambio de modelo del Sistema Nacional de Salud y el retorno a la figura de persona asegurada y beneficiaria de la Seguridad Social, frente a la de persona, para determinar la accesibilidad a la asistencia sanitaria. Esto conlleva que se deje a un colectivo de población que mayoritariamente se halla en situación de especial vulnerabilidad sin la posibilidad de acceder a la asistencia sanitaria ordinaria.

A raíz del RDL 16/2012, se crea una situación de confusión importante entre las personas afectadas que se incrementa ante la falta de información o la información defectuosa que se les proporciona, lo que favorece la aparición de nuevas situaciones de vulnerabilidad.

Diferentes comunidades autónomas, entre ellas Cataluña, Navarra, Andalucía, Canarias y País Vasco, han promovido un recurso de inconstitucionalidad contra el RDL 16/2012.

Diferentes comunidades autónomas han legislado para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria de las personas que, en aplicación del RDL 16/2012, quedan fuera de la misma. El Gobierno español ha

presentado, hasta ahora, recurso de inconstitucionalidad contra esta regulación en cinco casos.

La regulación autonómica pone de manifiesto desigualdades entre las personas que no tienen acceso a la sanidad pública de acuerdo con el RDL 16/2012, en función del lugar del Estado en el que se encuentren, con el impacto diferente (y relevante en algunos casos) que esto puede tener en su salud.

La regulación y posterior impugnación de estas normas añade aún más confusión y desinformación a la que ya se causó con la publicación del RDL 16/2012, lo que favorece aún más las situaciones de vulnerabilidad.

Con la aprobación de Ley catalana 9/2017, y de acuerdo con todos los antecedentes legales mencionados, todo apunta a una efectiva universalización del derecho a la asistencia sanitaria que daría cabida a todos los colectivos de personas que residen en Cataluña.

El Síndic valora muy positivamente que la Ley 9/2017 prevea un programa de formación dirigido a todo el personal administrativo y sanitario para garantizar y hacer efectivo el derecho de acceso que se regula.

El Síndic se congratula de la previsión de la cobertura sanitaria de las personas catalanas residentes en el exterior en sus desplazamientos a Cataluña, puesto que fue objeto de una actuación de oficio iniciada por la institución en el año 2010.

En opinión del Síndic de Greuges, la admisión a trámite del recurso de inconstitucionalidad contra la Ley 9/2017 y una hipotética futura sentencia que excluya el acceso a la asistencia sanitaria de personas que con la normativa autonómica podían acceder, como todo apunta que puede ocurrir dados los antecedentes de otras comunidades autónomas, sin duda es un paso atrás, dadas las consideraciones recogidas en este informe.

## 12. RECOMENDACIONES

1. El derecho a la asistencia sanitaria debe considerarse como un derecho público subjetivo, personal, no contributivo y de acceso equitativo, en el marco de la universalización establecida en la LGS.
2. Debe legislarse para que, en el marco del principio de igualdad y de no discriminación, el derecho a la asistencia sanitaria sea para todo el mundo y en igualdad de condiciones.
3. Es imprescindible desplegar las acciones informativas y formativas dirigidas al personal de los centros para garantizar y hacer efectivo el derecho de acceso universal a la asistencia sanitaria en Cataluña.
4. Hay que facilitar el acceso a la asistencia en los casos en los que está previsto, sin añadir ninguna traba.
5. Hay que valorar con rigor los perjuicios y riesgos que pueden derivarse de dejar a parte de la población sin seguimiento médico, tanto individual como colectivamente en relación con la salud pública de la población en general.
6. Debe desvincularse el derecho a la asistencia sanitaria del concepto de persona asegurada o beneficiaria de la Seguridad Social que se introdujo a raíz de la aprobación del RDL 16/2012.
7. A efectos de luchar con el estigma generalizado de que las personas inmigrantes abusan del sistema, es necesario elaborar estudios y difundir informaciones reales, serias y contrastadas sobre el uso que hacen las personas extranjeras de la sanidad pública.
8. Las personas al servicio de la Administración sanitaria implicada deben proporcionar una información veraz y clara, y deben intentar resolver las dudas que les puedan plantear de una forma resolutive y segura. Al mismo tiempo deberían mostrar una actitud empática.
9. Hay que evitar las incidencias que se producen a raíz de situaciones de inseguridad provocada por el desconocimiento y la información errónea o defectuosa que se facilita sobre sus derechos a las personas afectadas, y que puede tener un efecto disuasivo.
10. Ante las posibles incidencias que puedan haberse producido a raíz de una aplicación defectuosa, debe proporcionarse una solución inmediata.
11. Debe combatirse el turismo sanitario fraudulento, que no debe confundirse con el acceso universal a la asistencia sanitaria.
12. En cuanto específicamente a niños y adolescentes, el Síndic ha sugerido al Departamento de Salud que la información que ofrecen los centros del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT) respecto al derecho de todas las personas menores de edad sea clara, independientemente de la documentación que aporten, siendo necesario un acompañamiento a los servicios sociales municipales para que se clarifique y se promueva la efectividad de este derecho a los colectivos más vulnerables, como niños o adolescentes extranjeros no acompañados o familias itinerantes o que se encuentran en situación de irregularidad administrativa, que pueden sentir temor a la hora de acudir a servicios sanitarios.

En definitiva, deben llevarse a cabo las actuaciones políticas, legislativas y presupuestarias necesarias para retornar al modelo de universalización de la asistencia sanitaria y dejar de tomar como referencia las figuras de persona asegurada o beneficiaria.

**SÍNDIC**

EL DEFENSOR  
DE LES  
PERSONES

**Síndic de Greuges de Catalunya**  
Passeig Lluís Companys, 7  
08003 Barcelona  
Tel 933 018 075 Fax 933 013 187  
sindic@sindic.cat  
www.sindic.cat

