



EL DERECHO A LAS PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA Y FARMACÉUTICAS DE EXTRANJEROS EN ESPAÑA AFECTADOS POR EL VIH

Autores

Lluís Xavier Gandia Ferrero
Verónica Enguídanos Lázaro
Ana Pascual Alcayde
Pilar Linuesa Blasco
María Dalli Almiñana

Tutor

Prof. Carmen Tatay Puchades

En Valencia a 3 de Enero del 2014.

**Facultat
de Dret**



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. EXPLICACIÓN DE LA REGULACIÓN DE ACCESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	5
3. EL ACCESO DE LOS EXTRANJEROS NACIONALES DE TERCEROS ESTADOS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	13
4. LA SITUACIÓN DE LOS CIUDADANOS COMUNITARIOS.....	16
5. PRESTACIONES FARMACOLÓGICAS.....	24
6. REGULACIÓN PROPIA DE LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	26
7. CONCLUSIONES.....	42
8. RECURSOS NORMATIVOS UTILIZADOS Y BIBLIOGRAFÍA.....	46

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe se elabora a petición de la Coordinadora Estatal de VIH/Sida de Valencia dentro del Proyecto de colaboración que la Clínica Jurídica de la Justicia Social de la Universidad de Valencia mantiene con la citada organización.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo sobre la Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, regulaba el derecho a la asistencia sanitaria, señalando en su artículo 3º que era titular de este derecho, toda persona española o extranjera que se encontrase en el territorio nacional, pero la nueva normativa vigente desde el 24 de abril de 2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones ha supuesto un cambio importante en la cobertura de la asistencia sanitaria y farmacéutica pública de nuestro país hacia aquellas personas que aún residiendo en España, no sean asegurados o beneficiarios del Sistema Nacional de Salud. Esta situación se extiende también y por aplicación de diversos Reglamentos Comunitarios a los ciudadanos europeos afectados por dicha normativa y a aquellos españoles que quieran residir en otro Estado de Unión Europea.

Este nuevo panorama tiene una gran transcendencia en las personas afectadas por el VIH/Sida que no cumplan los requisitos que señala la normativa puesto que necesitan tratamientos continuos y costosos y a partir de este momento quedan totalmente desprotegidos.

El objetivo del presente trabajo será analizar cuáles son las características de

la nueva normativa y cuáles son sus consecuencias desde diversos ámbitos. En primer lugar explicaremos de manera detallada el alcance general de la reforma sanitaria; después pasaremos a exponer las prestaciones sanitarias públicas a las que tendrán acceso en nuestro país los nacionales de terceros Estados y de Estados miembros de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo o de Suiza. En tercer lugar concretaremos cómo ha afectado el copago farmacéutico a los tratamientos antirretrovirales para el VIH y terminaremos analizando el distinto tratamiento que las diferentes Comunidades Autónomas españolas están siguiendo en la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012 del Gobierno Español.

2. EXPLICACIÓN DE LA REGULACIÓN DEL ACCESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Nuestro análisis se va a centrar en el reconocimiento actual del acceso al Sistema Nacional de Salud, es decir, a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, dadas las modificaciones introducidas en el año 2012, y, más recientemente, en el año 2013. Estas reformas han tenido lugar por 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 prestaciones¹, y su normativa de desarrollo, el Real Decreto-ley 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 Salud². Esta nueva

¹ 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, *Boletín Oficial del Estado*, 24 de abril de 2012, núm. 98.

² Real Decreto-ley 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

regulación fue aprobada por el Gobierno español y entró en vigor el 1 de septiembre de 2012. Posteriormente, se aprobó el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud³. Ahora bien, antes de explicar las modificaciones que suponen estas nuevas normas, vamos a explicar brevemente cómo se ha configurado hasta el momento el acceso a la sanidad pública.

2.1. REGULACIONES ANTERIORES DEL ACCESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El derecho a la salud se reconoce en el artículo 43 (apartados 1 y 2) de nuestra Constitución: "1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud; 2. 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".

Este derecho se ha ido configurando por el legislador. Centrándonos en el derecho de acceder a la atención sanitaria de carácter público, es decir, al Sistema Nacional de Salud, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad declaró que eran titulares del derecho todos los españoles y los ciudadanos

Sistema Nacional de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, 4 de agosto de 2012, núm. 186.

³ Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, 27 de julio de 2013, núm. 179.

extranjeros que tuvieran establecida su residencia en el territorio nacional, y los extranjeros no residentes en España en la forma que las leyes y los convenios internacionales establezcan⁴. Más tarde, el Real Decreto 1088/1989 de 8 de septiembre⁵, extendió la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, y el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero⁶ de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud determinaba la extensión de la cobertura sanitaria española y el alcance del tratamiento sanitario al que se tiene derecho con cargo a fondos públicos⁷. En el año 2003 la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS) extendió el modelo de aseguramiento universal y público por parte del Estado, ampliando el acceso a la asistencia sanitaria bonificada a los extranjeros, a los nacionales de los Estados de la Unión Europea y a los que tienen derechos reconocidos por las leyes, los tratados y los convenios internacionales⁸. Ya en 2011, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública⁹ siguió ampliando el reconocimiento del acceso a la asistencia sanitaria bonificada, en este caso, a los españoles residentes en el territorio estatal que no lo tenían reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico.

Por otra parte, la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y

⁴ Ley Orgánica 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, núm. 102, artículo 1.2 y 3.

⁵ Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, Boletín Oficial del Estado, 9 de septiembre de 1989, núm. 216.

⁶ Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud', Boletín Oficial del Estado, 10 de febrero de 1995, núm. 35.

⁷ DE LORA, P., "El derecho a la protección de la salud", Constitución y derechos fundamentales, BETEGÓN, J., y otros (coords.), Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2004, 875-909, p. 878.

⁸ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, 29 de mayo de 2003, núm. 128, artículos 2.b y 3.1.

⁹ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, *Boletín Oficial del Estado*, 5 de octubre de 2011, núm. 240, artículos 3 a) y 6.1, Disposición Adicional Sexta.

libertades de los extranjeros en España y su integración social, reconocía igual derecho de asistencia sanitaria a los nacionales y a los extranjeros que estuviesen empadronados, dando importancia, pues, a la residencia efectiva, independientemente de la situación legal¹⁰. Es esta última Ley a la que hacemos referencia la que ha sido modificada en el año 2012 por el Real Decreto-ley 16/2012 que pasamos a comentar.

2.2. LA NUEVA REGULACIÓN: CONDICIÓN DE ASEGURADO Y DE BENEFICIARIO

El artículo 1 del Real Decreto-ley 16/2012 y su desarrollo por parte del Real Decreto-ley 1192/2012 modifican el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS)¹¹, de modo que sólo pueden acceder a la atención sanitaria pública quienes tengan la condición de asegurado, o bien de beneficiario de un asegurado.

Por una parte, la condición de asegurado se ostenta por quienes se encuentren en alguna de las siguientes circunstancias:

1. ° 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.
2. ° Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
3. ° Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, como la prestación y el subsidio por desempleo u otras de similar

¹⁰ Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, *Boletín Oficial del Estado*, 12 de enero de 2000, núm. 10, artículo 12.1.

¹¹ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, 29 de mayo de 2003, núm. 128.

naturaleza.

4. ° Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y encontrarse en situación de desempleo, figurando inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, sin poder acreditar la condición de asegurado por cualquier otro título. Este supuesto no será de aplicación a los extranjeros no autorizados ni registrados como residentes en España.

En caso de no darse alguno de los anteriores supuestos, también tendrán la condición de asegurado aquellas personas residentes de nacionalidad española, los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y estén inscritos en el Registro Central de Extranjeros, así como los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, si acreditan no alcanzar el límite de ingresos en cómputo anual de cien mil euros ni tener cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.

Igualmente podrán tener acceso a la atención sanitaria de carácter público aquellas personas beneficiarias del asegurado. Se considera beneficiario, siempre que resida en España, por quien respecto del asegurado sea: 1) el cónyuge o pareja de hecho; 2) el ex cónyuge a cargo del asegurado; 3) los descendientes y personas asimiladas (menores sujetos a tutela o acogimiento legal) a cargo del asegurado o del cónyuge o ex cónyuge a cargo del asegurado, que sean menores de veintiséis años; 4) los descendientes y personas asimiladas a cargo del asegurado o de su cónyuge o ex cónyuge a cargo del mismo, que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%; y 5) las hermanas y los hermanos de la persona asegurada.

Por otra parte, estas variaciones introducidas por la norma no modifican el

régimen de asistencia sanitaria propio de los regímenes especiales de la Seguridad Social de los funcionarios del Estado, los miembros de las Fuerzas Armadas, o la Mutualidad General Judicial. Si las personas encuadradas en estas mutualidades reciben la asistencia a través de entidades de seguro serán atendidas por los centros concertados; o si prefieren recibir la atención médica en centros sanitarios públicos, el tercero obligado tendrá que realizar el correspondiente pago.

Cabe añadir que la regulación contempla una atención mínima para los extranjeros, ya sea comunitarios no registrados, como nacionales de terceros Estados en situación irregular (o no autorizados como residentes). Así pues, los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en territorio español recibirán asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, así como de asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, sí que podrán acceder a la atención sanitaria de carácter público los extranjeros menores de dieciocho años, en las mismas condiciones que los españoles.

En definitiva, esta nueva regulación, al hacer depender el acceso al Sistema Nacional de Salud con un vínculo con la Seguridad Social, supone que determinados colectivos, que no se encuentren en los supuestos previstos, se quedan sin la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, salvo la atención mínima que acabamos de explicar. A continuación comentaremos la situación de los afectados. Antes de ello, comentaremos la posibilidad de acceso a la asistencia sanitaria, mediante pago, que ha ofrecido la aprobación del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio de 2013.

2.3. CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA A PERSONAS NO ASEGURADAS NI BENEFICIARIAS

En julio de 2013, se aprobó el Real Decreto 576/2013, que regula las condiciones para acceder a un convenio, por el que se ofrece la posibilidad, a personas no aseguradas ni beneficiarias en los términos que hemos descrito, de ser atendidas en el Sistema Nacional de Salud. Se trata de un convenio especial que, no obstante, exige el pago de unas determinadas cuotas mensuales:

- a) Si el suscriptor tiene menos de 65 años: cuota mensual de 60 euros.
- b) Si el suscriptor tiene 65 o más años: cuota mensual de 157 euros.

De acuerdo con el artículo 2.2 del Real Decreto:

‘el convenio especial permitirá a las personas que lo suscriban acceder [...] a las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud regulada en el artículo 8 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, con las mismas garantías de extensión, continuidad asistencial y cobertura de que disfrutaban las personas que ostentan la condición de aseguradas o de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud’.

Es decir, este convenio reconocería el acceso a las prestaciones de la cartera común básica, que, según el citado artículo de la Ley 16/2003, incluye las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente. De este modo, vemos como las prestaciones farmacéuticas no forman parte de la cartera común básica, sino de la cartera común suplementaria, que, en principio, no reconocería el convenio.

Más allá de las prestaciones de la cartera común básica, ‘las comunidades

autónomas podrán, en el ámbito de sus competencias, incorporar en el convenio especial otras prestaciones asistenciales propias de la cartera de servicios complementaria'. Así pues, el acceso a los fármacos, como pueden ser los medicamentos antirretrovirales, dependerá de la regulación que establezcan las comunidades autónomas, regulación que detallamos en otro de los apartados de este informe.

En cuanto a los requisitos exigidos para la suscripción del convenio, podrán acceder al mismo las personas, no aseguradas ni beneficiarias, que: a) residan efectivamente en España durante un período continuado mínimo de un año; b) estén empadronadas en el municipio correspondiente; c) no tengan acceso a la asistencia sanitaria por cualquier otro título. Estaríamos volviendo al sistema anterior de acceso al sistema público de salud, el que reconocía a todas las personas la asistencia sanitaria, siempre que estuviesen empadronadas. Sin embargo, para ello, en la actualidad se exige suscribir este convenio.

En los siguientes apartados, explicaremos, más detalladamente, y tras las reformas descritas, la situación de los nacionales de terceros Estados en situación irregular, y la de los inmigrantes comunitarios irregulares, registrados (en el Registro Central de Extranjeros) o no registrados.

No obstante, cabe destacar aquí que también los españoles pueden estar afectados por la nueva regulación en el ámbito sanitario. Pues éstos pueden no tener un vínculo con la Seguridad Social, ni ostentar la condición de beneficiario, por ejemplo, por haber superado la edad de veintiséis años. Ahora bien, estos sólo se verán afectados, cuando, como hemos explicado, sus ingresos superen el límite de cien mil euros anuales previsto por la norma. En otro caso, se les reconoce la condición de asegurado. Entre los españoles

mayores de veintiséis años residentes en España que nunca han estado en situación de alta o asimilada al alta en el Sistema de Seguridad Social, pueden encontrarse¹²: a) estudiantes universitarios sin empleo u otros jóvenes que no han llegado a conseguirlo; b) personas discapacitadas en grado inferior al 65% que no han conseguido empleo; c) personas que han desempeñado trabajos irregulares a lo largo de la vida, especialmente mujeres empleadas del hogar; d) mujeres u hombres, responsables de las tareas de casa, divorciados que no están a cargo del ex cónyuge, así como separados de parejas de hecho no formalizadas; y e) religiosos y profesionales liberales.

3. EL ACCESO DE LOS EXTRANJEROS NACIONALES DE TERCEROS ESTADOS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La población inmigrante en situación irregular es el colectivo más perjudicado, por la regresividad que supone la reforma en comparación con la situación anterior a la misma. La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reconocía a los extranjeros residentes de hecho y que estuviesen empadronados, las mismas prestaciones sanitarias que a los españoles. Y ello independientemente de que estuviesen residiendo legalmente. Así pues, se exigía el empadronamiento, pero no la residencia legal en España.

En cambio, con la nueva regulación, los inmigrantes en situación irregular mayores de edad, a pesar de estar inscritos en el padrón municipal, ya no tienen acceso al Sistema Nacional de Salud, si no es accediendo al mismo

¹² SAGARRA, E.: "¿Puede limitarse el derecho al acceso a la sanidad pública sin debate parlamentario previo?", *Revista de Derecho Migratorio y Extranjería*, núm. 30, 2012, 207-222, p. 216 y 217.

mediante el correspondiente pago, o mediante la suscripción del convenio especial de asistencia sanitaria. En la actualidad, la única prestación sanitaria que se les reconoce es la asistencia de urgencia (por enfermedad grave o accidente) y la asistencia en caso de embarazo, parto y postparto.

Además, recordamos que no se les reconoce la posibilidad de ser atendidos por razón de sus bajos ingresos, pues ello sólo se prevé para los residentes en España que sean nacionales españoles, nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y a los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español. Por tanto, aunque los extranjeros no autorizados para residir en España no obtengan el nivel de ingresos a partir del cual se considera que pueden hacer frente al pago de la atención sanitaria, no tienen acceso igualmente a la misma, salvo por lo que se refiere a una asistencia mínima.

También se excluye a los extranjeros no autorizados ni registrados como residentes en España de uno de los supuestos en que podrían tener la condición de asegurado por su vinculación a la Seguridad Social: el de haber agotado la prestación por desempleo, estar desempleado y figurar inscrito como demandante de empleo.

Una vez explicada la situación normativa, podemos acercarnos a las consecuencias reales de la misma, a través de ejemplos de personas que han quedado afectadas por la reforma, siendo inmigrantes en situación irregular en España (nacionales de terceros Estados)¹³. Así pues, no tienen acceso al Sistema Nacional de Salud, salvo la atención mínima:

¹³ SAGARRA, E., "¿Puede limitarse el derecho al acceso a la sanidad pública sin debate parlamentario previo?", *Revista de Derecho Migratorio y Extranjería*, núm. 30, 2012, 207-222, p. 216 y 217.

a) extranjeros mayores de 18 años en situación administrativa irregular; b) extranjeros mayores de 18 años empadronados y actualmente con tarjeta sanitaria que carecen de permiso de residencia en España; c) extranjeros mayores de 18 años actualmente con tarjeta sanitaria a los que les sea denegada la segunda tarjeta de residencia a causa de haber agotado las prestaciones por desempleo y encontrarse en paro de larga duración (irregularidad sobrevenida); d) extranjeros mayores de 18 años responsables de las tareas del hogar reagrupados actualmente con tarjeta sanitaria que pueden ver cancelada su tarjeta de residencia en el momento que sea denegada la de su cónyuge por irregularidad sobrevenida.

En concreto, y por lo que nos interesa al objeto de nuestro estudio, los extranjeros, nacionales de terceros Estados en situación irregular en España, que padezcan de la enfermedad del VIH o del sida, igualmente se ven perjudicados por la reforma sanitaria, puesto que no se les garantizan los servicios sanitarios que puedan requerir a causa de esta enfermedad. No sólo esto, sino que, además, tienen que asumir, salvo disposiciones específicas de las Comunidades Autónomas, el pago total de los tratamientos antirretrovirales. A esta situación se suman las limitaciones estructurales que inciden en la salud de estas personas. El propio Ministerio de Sanidad¹⁴ reconoce estos obstáculos:

‘La situación de migración puede generar limitaciones a la hora de acceder a la prevención y a la asistencia en aspectos relacionados con la infección por el VIH/sida. Estas dificultades pueden estar asociadas a distintos factores: barreras idiomáticas, diferentes concepciones de la salud y de la enfermedad, relación con el sistema sanitario del país de

¹⁴ Disponible en línea:

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/home.htm>

origen, desconocimiento de los recursos sanitarios del país de destino y la forma de acceder a ellos, o una situación de irregularidad, entre otros.'

4. LA SITUACIÓN DE LOS CIUDADANOS COMUNITARIOS

España, como Estado perteneciente a la Unión Europea, goza de una serie de derechos entre los que se encuentra el de libre circulación. Gracias a éste, los ciudadanos de los Estados miembros que conforman la Unión Europea (y los ciudadanos de países adscritos), pueden circular y residir libremente en cualquier Estado perteneciente a ésta. Por lo que nos compete, esto plantea una serie de problemas ya que no siempre es fácil determinar de qué derechos gozan los afectados por VIH fuera del Estado miembro en el que están asegurados, y cómo se verá afectado su derecho a recibir prestación farmacéutica para tratar la enfermedad.

Al respecto encontramos el Reglamento (CE) N° 883/2004 del parlamento europeo y el consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social y el Reglamento (CE) N° 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009 por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) nº 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, textos que regulan los aspectos referentes a las prestaciones referidas a los europeos.

Este Reglamento se aplica a las personas nacionales de uno de los Estados miembros y a los apátridas y refugiados residentes en uno de los Estados miembros, que estén o hayan estado sujetas a la legislación de uno o de varios Estados miembros, así como a los miembros de sus familias y a sus supérstites.

Para el caso que nos ocupa, la legislación del Reglamento contempla las prestaciones por enfermedad¹⁵ y no la asistencia social y sanitaria¹⁶, que viene desarrollada en la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y el Consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

El Reglamento hace una diferencia entre estancia y residencia, y también trata algunas relaciones especiales como los trabajadores transfronterizos, pero en todo caso entendiendo que estos son asegurados en sus Estados miembros de origen.

Como hemos detallado anteriormente, se entiende que tienen la condición de asegurados las personas 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:

- 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.
- B) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- C) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, como la prestación y el subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza.
- D) 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. Este supuesto no será de aplicación a las personas a las que se refiere el artículo 3 ter de la

¹⁵ Reglamento (CE) N° 883/2004 del Parlamento Europeo y el Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, artículo 3.

¹⁶ Reglamento (CE) N° 883/2004, artículo 5.

Ley 16/2003, de 28 de mayo¹⁷.

Igualmente, tienen acceso al Sistema Nacional de Salud las personas que, no teniendo ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros¹⁸ ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, se encuentren en alguno de los siguientes supuestos: a) Tener nacionalidad española y residir en territorio español; b) Ser nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros; c) Ser nacionales de un país distinto de los mencionados en los apartados anteriores, o apátridas, y titulares de una autorización para residir en territorio español, mientras ésta se mantenga vigente en los términos previstos en su normativa específica.

De otro lado, 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. Por último, no tendrán consideración de asegurados aquellos que estén encuadrados en una mutualidad de previsión social alternativa al régimen correspondiente del sistema de la Seguridad Social.

¹⁷ Artículo según el cual se establece que los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

¹⁸ Para la aplicación del límite de ingresos previsto en este apartado 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. Para la aplicación del límite de ingresos regulado en este apartado se tomará como referencia el último ejercicio fiscal para los períodos comprendidos entre el 1 de noviembre del año siguiente a dicho ejercicio y el 31 de octubre posterior.

En todo caso, se entiende que no superan el límite de ingresos 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.

Respecto de los europeos asegurados o miembros de su familia residentes en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente, disfrutarán en el Estado miembro de residencia de las prestaciones en especie facilitadas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de residencia, según las disposiciones de la legislación que esta última aplique, como si estuvieran aseguradas en virtud de dicha legislación¹⁹.

Para disfrutar de estas prestaciones, la persona asegurada o los miembros de su familia deberán inscribirse en la institución del lugar de residencia. Su derecho a las prestaciones en especie en el Estado miembro de residencia se acreditará mediante una certificación expedida por la institución competente a petición de la persona asegurada o a petición de la institución del lugar de residencia. Esta certificación será válida mientras la institución competente no notifique su anulación a la institución del lugar de residencia²⁰.

En cuanto a los europeos asegurados o miembros de su familia que se hallen en un Estado miembro distinto del Estado miembro competente tendrán derecho a las prestaciones en especie necesarias, desde un punto de vista médico, durante su estancia, tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia. La institución del lugar de estancia facilitará las prestaciones por cuenta de la institución competente, según las disposiciones de la legislación del lugar de estancia, como si los interesados estuvieran asegurados en virtud de dicha legislación²¹. Para poder obtener estas prestaciones la persona asegurada presentará al proveedor de

¹⁹ Reglamento (CE) Nº 883/2004, artículo 17.

²⁰ Reglamento (CE) Nº 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009 por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) nº 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, artículo 24.

²¹ Reglamento (CE) Nº 987/2009, artículo 19.

asistencia del Estado miembro de estancia una certificación expedida por su institución competente que acredite sus derechos a prestaciones en especie. Si la persona asegurada no dispone de dicha certificación, la institución del lugar de estancia se dirigirá, a petición del asegurado o si por otro motivo es necesario, a la institución competente para obtenerla.

El documento certificará que la persona asegurada tiene derecho a prestaciones en especie en las condiciones que establece el artículo 19 del Reglamento de base, en condiciones iguales a las que se aplican a las personas aseguradas conforme a la legislación del Estado miembro de estancia. Las prestaciones en especie a que se refiere el artículo 19, apartado 1, del Reglamento de base serán las prestaciones en especie que se dispensen en el Estado miembro de estancia, de conformidad con su legislación, y que sean necesarias, desde un punto de vista médico, para evitar que una persona asegurada se vea obligada a regresar antes del final de la estancia prevista al Estado miembro competente con el fin de someterse al tratamiento necesario.

Si la persona asegurada hubiera sufragado efectivamente los costes de la totalidad o de parte de las prestaciones en especie percibidas y la legislación que aplica la institución de su lugar de estancia permite el reembolso de dichos costes a dicha persona, esta dirigirá una solicitud de reembolso a la institución del lugar de estancia. En ese caso, dicha institución le reembolsará directamente el importe de los gastos que corresponda a las prestaciones, dentro de los límites y las condiciones de los porcentajes de reembolso establecidos en su legislación. Si el reembolso de estos gastos no se hubiera solicitado directamente a la institución del lugar de estancia, la institución competente reembolsará a la persona interesada los gastos soportados, conforme a los porcentajes de reembolso aplicados por la institución del lugar

de estancia, o conforme a los importes que hubieran sido objeto de reembolso a la institución del lugar de estancia, dentro de los límites y con arreglo a las condiciones de los porcentajes de reembolso establecidos en su legislación, siempre que la persona asegurada haya dado su conformidad.

En el caso de que la legislación del Estado miembro de estancia no prevea el reembolso, la institución competente podrá efectuar el reembolso de los gastos dentro de los límites y las condiciones aplicables a los porcentajes de reembolso establecidos en su legislación, sin la conformidad de la persona asegurada.

En ningún caso podrá el importe del reembolso sobrepasar el importe de los gastos efectivamente soportados por la persona asegurada. Cuando se trate de gastos importantes, la institución competente podrá abonar a la persona asegurada un anticipo adecuado en el momento en que esta le presente la solicitud de reembolso.

Así pues, esta regulación se aplica también a los miembros de la familia de la persona asegurada²².

Respecto de la estancia en el Estado miembro competente cuando la residencia se encuentra en otro Estado miembro, existen normas particulares para los miembros de las familias de los trabajadores fronterizos. La persona asegurada y los miembros de su familia podrán obtener prestaciones en especie mientras se encuentren en el Estado miembro competente. Las

²² Reglamento (CE) N° 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009 por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n° 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social regulan los aspectos referentes a las prestaciones referidas a los europeos, artículo 25.

prestaciones en especie serán facilitadas y sufragadas por la institución competente, según las disposiciones de la legislación que esta última aplique, como si los interesados residieran en dicho Estado miembro.

Los miembros de la familia de un trabajador fronterizo tendrán derecho a las prestaciones en especie durante su estancia en el Estado miembro competente, sin embargo, si el Estado miembro competente fuera uno de los incluidos en el anexo III de la ley de desarrollo (Irlanda, España, Italia, Malta PPBB, Portugal, Finlandia, Suecia y RU), los miembros de la familia de un trabajador fronterizo que residan en el mismo Estado miembro que este solo tendrán derecho a las prestaciones en especie en el Estado miembro competente en las condiciones establecidas en el apartado 1 del artículo 19 de la ley de desarrollo.

En el caso de que la persona asegurada se desplace a otro Estado miembro para recibir prestaciones en especie durante su estancia deberá solicitar la autorización de la institución competente. La persona asegurada autorizada por la institución competente a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en éste un tratamiento adecuado a su estado de salud se beneficiará de las prestaciones en especie facilitadas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia, según las disposiciones de la legislación que esta última aplique, como si estuviera asegurada en virtud de dicha legislación. La autorización deberá ser concedida cuando el tratamiento de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en que resida el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad, dicho tratamiento no pueda serle dispensado en un plazo justificable desde el punto de vista médico. De igual forma, ello se aplicará por analogía a los miembros

de la familia de una persona asegurada.

Cuando los miembros de la familia de una persona asegurada residan en un Estado miembro distinto del Estado miembro de residencia de la persona asegurada, y dicho Estado miembro aplique un sistema de reembolso basado en cantidades a tanto alzado, el coste de las prestaciones en especie será asumido por la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia. En este caso, se considerará que la institución competente es la institución del lugar de residencia de los miembros de la familia.

En conclusión, este reglamento contempla a los europeos o miembros de su familia asegurados. Para el caso de los residentes en otro Estado miembro, deberán inscribirse en la institución del lugar de residencia, y el derecho a las prestaciones en especie en el Estado miembro se acreditará mediante una certificación expedida por la institución competente. Para el caso de los que se hallen (estancia) en otro Estado miembro, se les aplicará la normativa correspondiente a la materia del lugar de estancia y para ello será necesario que el proveedor de la asistencia del Estado de estancia obtenga una certificación expedida por la institución competente del lugar de origen que acredite el derecho de la persona a obtener prestaciones en especie.

Por otra parte, en el caso de que el afectado y su familia no estén asegurados, recordamos la posibilidad que ofrece el Real Decreto 576/2013, de acceder, mediante el pago de la contraprestación económica regulada en éste, a las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud con las mismas garantías de extensión, continuidad asistencial y cobertura de que disfrutaban las personas que ostentan la condición

de aseguradas. Las comunidades autónomas podrán incorporar en el convenio especial otras prestaciones asistenciales propias de la cartera de servicios complementaria de la comunidad autónoma.

Así pues, en el caso de los ciudadanos comunitarios no asegurados ni beneficiarios, podrán suscribir el convenio especial de prestación de asistencia sanitaria siempre que concurran los siguientes requisitos:

- a) Acreditar la residencia efectiva en España durante un período continuado mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud del convenio especial.
- b) Estar empadronadas, en el momento de presentar la solicitud de suscripción del convenio especial, en algún municipio perteneciente al ámbito territorial al que extienda sus competencias la administración pública competente para su suscripción.
- c) No tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título, ya sea por aplicación de la normativa nacional, de los reglamentos comunitarios en materia de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que en dicha materia hayan sido suscritos por España con otros países.

5. PRESTACIONES FARMACOLÓGICAS

En cuanto a la prestación de fármacos para el tratamiento del VIH-SIDA, existe diferencia con respecto a los medicamentos que debe recibir el paciente en momentos distintos de su tratamiento.

Así bien, en cuanto a los medicamentos de uso hospitalario, como es el caso de los antirretrovirales, el Ministerio de Sanidad aclara que no tendrán aportación por parte del paciente, es decir, quedan exentos de cualquier pago con respecto a ellos²³.

Sin embargo, con respecto a los medicamentos de dispensación ambulatoria en el hospital, que no tienen la calificación de 'uso hospitalario', los cuales se dispensan a pacientes no hospitalizados en los servicios de farmacia de los hospitales, han quedado sometidos a partir del pasado 1 de octubre de 2013 al copago farmacéutico.

De todos modos, hay que destacar que existe un límite a tal aportación: La aportación del usuario a dichos medicamentos, que estaban exentos del copago, será de un 10% del PVP del medicamento, con un máximo actualmente fijado en 4,20 euros, de acuerdo a la Resolución de 21 de enero de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia. Esta reforma se incluye en la resolución del 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.

Así pues, siguiendo la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 8 y siguientes, podemos observar que excepto el tratamiento con antirretrovirales utilizado en pacientes con VIH-SIDA el cual se incluiría en la Cartera común básica²⁴, el resto de fármacos necesarios para el tratamiento de la enfermedad, quedarían incluidos en la Cartera común suplementaria²⁵, cuya dispensación, como hemos comentado anteriormente, está sujeta a aportación del usuario.

²³ <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/09/19/noticias/1379601668.html>

²⁴ Artículo 8bis.

²⁵ Artículo 8ter.

Habría que seguir en este caso, con la lectura de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, la cual nos indica en su art. 94bis, cuál es el porcentaje de aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria dependiendo del nivel de renta de estos. Así pues, en el apartado 8 de dicho artículo, se indica quienes están exentos de cualquier pago con respecto a dichas prestaciones farmacológicas.

En total, en una reciente resolución de septiembre de 2013²⁶, se recogen 157 presentaciones farmacológicas de algo más de 50 medicamentos que son considerados de aportación reducida, al tratarse de medicamentos de elección en el tratamiento de enfermedades graves o crónicas, y estando limitada su dispensación, en el ámbito del SNS, a los pacientes no hospitalizados en los servicios de farmacia de los hospitales.

6. REGULACIÓN PROPIA DE LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Respecto a la aplicación de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, según resultó afectada por el RD-Ley 16/2012, de medida urgentes del SNS para garantizar la sostenibilidad y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones en las diferentes CCAA españolas, cabe señalar que, en la actualidad, muchas mejoran la normativa estatal respecto a las prestaciones

²⁶ Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario (BOE Núm. 225 de Jueves 19 de septiembre de 2013 Sec. I. Pág. 73113). Disponible en línea: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/09/19/pdfs/BOE-A-2013-9709.pdf>

sanitarias y farmacéuticas a las que pueden acceder los extranjeros irregulares en España.

Más concretamente, entre las distintas CCAA, cabe distinguir entre: las que simplemente se ajustan a la normativa estatal (Aragón, Baleares, Ceuta y Melilla, La Rioja y Murcia); las que atienden a los inmigrantes irregulares sin aplicar las medidas del gobierno central desde los primeros días de la entrada en vigor del RD-Ley 16/2012; y, por último, las que han ido reformando sus prestaciones durante el año 2013.

A continuación cabe apuntar las medidas dispuestas sobre asistencia sanitaria y farmacéutica de aquellas CCAA que, por diferir de la legislación estatal básica, mejoran la situación de los extranjeros en situación irregular y, por tanto, la de los extranjeros irregulares afectados de VIH, siguiendo una ordenación alfabética.

1) ANDALUCÍA:

La Ley de Salud de Andalucía²⁷, en su artículo 3, contempla que tienen derecho a las prestaciones y servicios de salud, tanto individual como colectivamente, los siguientes colectivos:

- a) Los españoles y los extranjeros residentes en cualquiera de los municipios de Andalucía.
- b) Los españoles y extranjeros no residentes en Andalucía que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, con el alcance determinado por la legislación vigente.
- c) Los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que resulten de la aplicación del derecho comunitario europeo y de

²⁷ Ley 2/1998, de 15 de junio, de salud de Andalucía. (BOJA núm. 74, de 4 de julio y BOE núm. 185, de 4 de agosto)

los tratados y convenios, que se suscriban por el Estado Español y les sean de aplicación.

d) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan las Leyes, los Tratados y Convenios, suscritos por el Estado Español.

e) Igualmente se garantiza a todas las personas en Andalucía las prestaciones vitales de emergencia.

Para acceder a las citadas prestaciones, los ciudadanos residentes en Andalucía con derecho a la asistencia sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, necesitan la [Tarjeta Sanitaria de Andalucía](#) para acceder a sus servicios sanitarios, documento de identificación individual y personalizado que se solicita en los Centros de Salud. Las personas no residentes en la Comunidad Autónoma, acreditan su derecho a la asistencia sanitaria pública con la Tarjeta Sanitaria que le ha sido facilitada en su lugar de residencia, con la Tarjeta Sanitaria Europea o formulario de acreditación que se contemple en la normativa por la que se reconoce su derecho a la asistencia sanitaria.

Por otra parte, el Servicio Andaluz de Salud, nos informa²⁸ que en Andalucía las personas inmigrantes que residen irregularmente y sin recursos tienen garantizada la asistencia sanitaria. La extensión de la cobertura será la misma que la de cualquier residente en Andalucía con cobertura pública. y el porcentaje de aportación sobre el precio de los medicamentos será del tipo TSI 003, es decir del 40% para los menores de 65 años y del tipo TSI 002, 10% con el límite mensual mínimo –establecido por la legislación vigente- para los mayores de 65 años.

2) CATALUÑA:

²⁸ Respuesta a pregunta realizada directamente por e-mail.

Según señala la Instrucción 10/2012²⁹ del Servicio de Salud de Cataluña (CatSalut) que entró en vigor el 1 de septiembre de 2012, en esta Comunidad se dan diferentes niveles de cobertura sanitaria para la población que no tiene la condición de asegurado o beneficiario del SNS/INSS, según cumpla o no los requisitos siguientes:

a) Acreditación de ingresos inferiores a la Renta mínima de inserción, tres meses de empadronamiento continuado en Catalunya en un plazo que finalizó el 31 de marzo de 2013³⁰. En caso de que sea aceptada la acreditación anterior y a partir de esa fecha tendrán acceso a:

1) hasta el primer año: a la atención primaria³¹ a la participación en programas de interés sanitario (atención sida, vacunaciones, drogodependencias y otros) que incluyen la prestación farmacéutica asociada a los programas y a la asistencia que establece el Real Decreto para cualquier ciudadano extranjero³². Con carácter excepcional, en caso de gravedad o riesgo vital, se establecerá acceso a centros de atención especializada programada (art 6.1).

2) Si el empadronamiento es de más de 1 año, se añade a lo anterior la atención especializada.

En los dos casos para solicitar la tarjeta sanitaria deben acudir al Centro de Atención Primaria con el certificado del padrón y presentar la solicitud de acceso a la asistencia sanitaria. Su situación será revisada cada año.

La asistencia sanitaria que se les ofrece no se podrá utilizar en otras comunidades autónomas ni dará derecho a la tarjeta sanitaria europea

²⁹ CatSalut. Instrucción 10/2012.

³⁰ CatSalut. Instrucción 10/2012, artículo 4.

³¹ Incluye prestación farmacéutica con copago del 40%

³² Urgencias, atención de los menores de 18 años y atención al embarazo y al parto.

b) Para los ciudadanos no empadronados o con menos de tres meses de padrón la cobertura será tan sólo la atención urgente por enfermedad grave o accidente hasta el alta médica. Incluye “recetas urgentes”. Esto afecta a personas sin documentos de identificación³³, personas sin empadronar y ciudadanos de la Unión Europea no registrados.

3) CANARIAS:

En la orden de la Conserjería de Sanidad del 14 de diciembre de 2012³⁴ se ponen en marcha una serie de medidas en materia de asistencia sanitaria para las personas extranjeras. Éstas suponen que además en casos de urgencia para mayores de edad, atención total para menores o mujeres embarazadas en caso de embarazo y parto, también serán atendidos por el servicio de sanidad canarios aquellos extranjeros que cumplan los siguientes requisitos:

- a) Estar empadronado de manera continuada en un municipio de la Comunidad o contabilizar ese tiempo en varios municipios de Canarias con una antigüedad igual o mayor a un año.
- b) No tener ingresos en su país de origen o en España iguales o superiores al IPREM anual, o superado ese límite si el cociente de dividir los ingresos y el número de menores o incapacitados fuese inferior a la mitad del IPREM anual.
- c) No tener autorización como residente o si se trata de un nacional de otro país de la UE, o del EEE o Suiza, no tener asistencia sanitaria de su país y no estar inscrito en el Registro General de extranjería.

³³ Pasaporte, NIE o DNI.

³⁴ 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 (Publicado en BOIC núm. 12 de 18 de Enero de 2013).

La inclusión en el sistema debe ser solicitada por el interesado que deberá acreditar que cumple los requisitos. Durante los tres primeros meses de cada año, aquellas personas incluidas en este sistema deberán presentar obligatoriamente un declaración responsable por la que declaren que siguen cumpliendo los objetivos la administración podrá pedir en cualquier momento posterior la acreditación de los requisitos.

La atención incluida será la de cuidados de emergencia, tratamientos básicos de las enfermedades en atención primaria y especializada. No se incluye el derecho a la prestación de Farmacia ambulatoria que deberá ser abonada al 100% por el paciente.

Las prestaciones sanitarias que se incluyen solo se darán en el ámbito de la Comunidad Autónoma, sin poder ser exportadas a otras CCAA ni al resto de los países de la UE

4) CANTABRIA:

Según la orden SAN 20/2013 de la Consejería de Sanidad y Servicios sociales³⁵, en vigor desde el día 6 de diciembre de 2013, la Consejería de Sanidad a través del programa de protección social de salud pública ofrece asistencia sanitaria gratuita a los extranjeros empadronados en Cantabria que cumplan una serie de requisitos:

a) Acreditar no estar asegurado en el SNS, no tener suscrito convenio especial ni poder exportar el derecho a la asistencia sanitaria desde el país de origen o procedencia (no tener ningún tipo de asistencia sanitaria).

³⁵ Orden SAN/20/2013, de 25 de noviembre, por la que se crea el Programa Cántabro de Protección Social de la Salud Pública y se regula el procedimiento de acceso al mismo (Publicado en BOC núm. 234 de 05 de Diciembre de 2013).

- b) Acreditar estar empadronado en un municipio de Cantabria durante 183 días o más.
- c) No disponer de ingresos en España o en su país de origen superiores al IPREM.

Las prestaciones incluidas en este programa no se extenderán al resto del Estado ni al extranjero con cargo al Servicio Cántabro de Salud, excepto en el caso de la derivación del paciente a centros de referencia de acuerdo con el procedimiento establecido para ello. El procedimiento de inclusión en el Programa Cántabro de Protección Social de la Salud Pública se iniciará a instancia del interesado, mediante la presentación de la correspondiente solicitud en los centros de salud.

En cuanto a las prestaciones, se incluye tanto la asistencia sanitaria como la farmacéutica en las mismas condiciones que al resto de los ciudadanos de Cantabria.

Paralelamente, el Gobierno de Cantabria ha establecido un convenio especial de acceso a la sanidad pública, mediante el pago de 60 euros mensuales para los menores de 65 años y 157 para los mayores de esa edad, dirigido a los denominados 'rentistas' -españoles que no trabajen pero tengan ingresos superiores a los 100.000 euros, los europeos y los nacionales de terceros países que voluntariamente lo quieran suscribir para ser atendidos por el sistema público durante su estancia en Cantabria, en las mismas condiciones que los asegurados.

5) CASTILLA-LA MANCHA:

El portal de Salud de Castilla-La Mancha señala que los pacientes extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España sean atendidos de forma gratuita en los siguientes casos:

- a) Los procesos cuyo tratamiento se haya iniciado antes del día 31 de agosto de 2012.
- b) Los casos de urgencia, por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- c) La asistencia sanitaria al embarazo, parto y postparto y la asistencia a pacientes menores de edad.
- d) A los solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación.
- e) A las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión cuya estancia temporal en España haya sido autorizado durante este período de restablecimiento y reflexión, mientras permanezcan en esta situación.
- f) La asistencia sanitaria en los supuestos de Salud Pública cuando se estime que el proceso evolutivo de su patología vaya a ser inferior a un año.

6) CASTILLA Y LEÓN

Según indica el Portal de Sanidad de Castilla y León, la asistencia sanitaria es un derecho de todos los españoles y de los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Por ello las personas extranjeras en Castilla y León tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los ciudadanos de esta Comunidad, si residen en un municipio de Castilla-León y están inscritos en él.

En caso de no residencia, también serán atendidos gratuitamente por el Servicio Público de Salud los menores de 18 años, las mujeres en caso de

embarazo, parto o postparto y en toda persona en situación de urgencia médica .

7) COMUNIDAD DE MADRID:

El Servicio madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid, a través del Portal de Salud de la Comunidad de Madrid señala que los pacientes extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, serán atendidos sin que genere ningún tipo de facturación de su importe al usuario, en los siguientes casos:

- a) Los procesos cuyo tratamiento se haya iniciado antes del día 31 de agosto de 2012.
- b) Los casos de urgencia, por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- c) La asistencia al embarazo, parto y postparto y la asistencia a pacientes menores de edad.
- d) A los solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación.
- e) A las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante este período de restablecimiento y reflexión, mientras permanezcan en esta situación.
- f) La asistencia sanitaria en los supuestos de Salud Pública cuando se estime que el proceso evolutivo de su patología vaya a ser inferior a un año: El listado de enfermedades incluidas a efectos de asistencia sanitaria en supuestos de salud pública incluye el SIDA y el VIH como parte de ellas.

8) COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA:

La ley foral 8/2013³⁶ de 25 de febrero señala en su artículo 1 que todos los que tengan su residencia en Navarra tienen derecho a asistencia sanitaria gratuita primaria o especializada prestado por el servicio sanitario público de la Comunidad Foral. Se ha de aportar, para recibirla, la documentación que acredite la residencia³⁷. Se incluyen las prestaciones farmacéuticas.

Esta ley entró en vigor en la fecha señalada pero sus efectos se retrotraen a 24 de abril de 2012. La asistencia sanitaria prestada a todos los que se acojan a esta norma será la misma que la recibida por aquellos que tienen tarjeta sanitaria individual.

9) COMUNIDAD VALENCIANA:

Una instrucción de la secretaría autonómica de Sanidad de 31 de julio de 2013³⁸ pone en marcha una serie de medidas que extienden la atención sanitaria a los extranjeros que cumplan simultáneamente una serie de requisitos:

- a) Ser extranjero mayor de edad
- b) No tener reconocida la asistencia sanitaria en el país de origen.
- c) No tener terceros obligados al pago
- d) No tener la condición de titular ni beneficiario del Sistema Nacional de Salud.

³⁶ Ley Foral 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 (publicado en el BOE de 15 de marzo de 2013, núm. 64).

³⁷ Ley foral 8/2013 de 25 de febrero. Artículo único. 2. *“Se entiende por residencia, la acreditación por cualquier medio admitido en derecho incluido el empadronamiento de que su domicilio está en algún municipio de Navarra”*

³⁸ Disponible en línea: http://www.san.gva.es/documents/152919/169224/PROTECCION_SALUD.pdf

- e) No reunir los requisitos exigidos para firmar un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria
- f) Estar empadronado un año o más en algún municipio de la Comunidad Valenciana a la puesta en marcha del presente programa.
- g) Tener una renta anual de la unidad familiar inferior a 1.5 veces el IPREM del 2013

La inclusión en el programa deberá ser solicitada por el interesado y deberá ser renovada cada año

Las prestaciones incluirán asistencia en atención primaria y especializada, en programas de interés sanitario y en procesos hospitalarios. El tratamiento farmacológico en procesos hospitalarios serán gratuita en condiciones de igualdad con los ciudadanos españoles y en supuestos de tratamiento ambulatorio se abonará un 40% del precio de los medicamentos. Este programa no conlleva su exportación a otras CCAA o a otros países del ámbito de la UE

Cuando la persona no cumpla el requisito de empadronamiento mínimo pero acredite mediante informe médico que presenta una enfermedad infecto contagiosa o mental³⁹ de las determinadas como tales en los organismos internacionales, estatales o locales, se iniciarán los trámites para que sea incluida en el programa.

Recientemente, el 24 de diciembre de 2013 la Generalitat Valenciana ha publicado el decreto 190/2013⁴⁰, de 20 de diciembre, por el que se regula el convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de asegurada ni beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, desarrollando así el convenio establecido por el Ministerio de Sanidad.

³⁹ La OMS define el SIDA como una enfermedad infectocontagiosa de carácter grave.

⁴⁰ DECRETO 190/2013, de 20 de diciembre, del Consell, por el que se regula el Convenio especial de prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunitat Valenciana a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud

De esta manera, los inmigrantes irregulares sólo quedarán cubiertos por la sanidad pública, además de en los supuestos señalados por el RDL 16/2012, en caso de estar incluidos en el programa valenciano de atención a la salud que deriva de la instrucción de la secretaría autonómica de Sanidad de 31 de julio de 2013 señalada anteriormente.

10) EXTREMADURA:

Por la instrucción conjunta⁴¹ nº 1 de 15 de julio de 2013 de de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud y de la Dirección General de Planificación y Consumo de la Conserjería de Salud se crea el Programa de atención sanitaria de seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura que establece los requisitos y contenido de las prestaciones de asistencia sanitaria que se aplicarán a aquellos que no tengan acceso al sistema de protección público de salud en España ni puedan exportar el derecho de su país de procedencia ni puedan suscribir un convenio especial.

Los requisitos para poder estar incluido en el sistema serán los siguientes:

- a) Ser mayor de edad.
- b) No tener derecho a la condición de asegurado ni de beneficiario reconocido por el INSS o en su caso el ISM.
- c) No tener suscrito un convenio especial para recibir asistencia sanitaria de acuerdo con lo recogido en el RDL 16/2012 ni poder exportar el derecho a la asistencia sanitaria desde el país de origen o procedencia.

⁴¹ Instrucción conjunta nº 1 de 15 de Julio de 2013 de la Dirección Gerencia del SES y de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la Consejería de Salud y Política Social, sobre Creación y Aplicación del Programa de Atención Sanitaria de Seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PASCAEX).

- d) Estar empadronado en cualquiera de los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Extremadura, con una antigüedad igual o superior a 6 meses de una forma continua o discontinua.
- e) No disponer de ingresos, en España o en su país de origen superiores, en cómputo anual, al IPREM.

Las prestaciones de asistencia sanitaria para las personas incluidas en este programa se realizarán en las mismas condiciones y con las mismas características que las correspondientes en el Sistema Nacional de Salud. La aportación a farmacia del ciudadano acogido al programa será del 50% para aquellos fármacos que se dispensen en las oficinas de farmacia de Extremadura mediante la prescripción en receta oficial y la que corresponda a los asegurados y beneficiarios extremeños en el caso de fármacos de dispensación a través de farmacia hospitalaria.

La solicitud para la inclusión en el programa será por cuenta del beneficiario que tendrá que acreditar los requisitos. Esta solicitud deberá ser renovada anualmente.

11) GALICIA:

Las resoluciones de 31 de agosto de 2012 y de 21 de septiembre del mismo año, de la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad⁴², publican

⁴² RESOLUCIÓN de 31 de agosto de 2012, de la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad, por la que se acuerda la publicación de la Instrucción de 31 de agosto de 2012 sobre la prestación de asistencia sanitaria en Galicia a las personas que no tienen la condición de asegurado o de beneficiario reconocida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, por el Instituto Social de la Marina.

las instrucciones para la creación y el desarrollo del programa gallego de protección social que tiene como objetivo ofrecer atención sanitaria a las personas con documentación válida y en vigor pero que no tienen derecho a ser atendidas en el Sistema Nacional de Salud a partir de la entrada en vigor del RDL 16/2012, y a aquellas personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes que se encuentren en Galicia y no tengan ni puedan tener asistencia sanitaria pública, ni puedan exportarla de su país de origen ni puedan suscribir un convenio especial.

Podrán solicitar su inclusión en el programa aquellos que además de lo anteriormente expuesto estén empadronados en un ayuntamiento de la Comunidad Autónoma de Galicia con una antigüedad igual o superior a 183 días y no dispongan de ingresos anuales en España o en su país de origen superiores en cómputo anual al IPREM.

La inclusión en el programa deberá ser solicitada por el interesado y será renovada anualmente si se siguen cumpliendo los requisitos.

Las prestaciones farmacéuticas incluidas en el programa gallego de protección social de la salud pública se acomodarán a lo establecido para los ciudadanos comunitarios y de países con convenios bilaterales de asistencia sanitaria de la Seguridad Social no identificados como pensionistas. Entre ellas se incluyen las siguientes cuotas de aportaciones farmacéuticas:

- a) De urgencia por enfermedad o accidente grave: No financiable
- b) De asistencia al embarazo, parto y posparto: 40 %.
- c) Atención a extranjeros menores de 18 años: 40%

RESOLUCIÓN de 21 de septiembre de 2012, de la Secretaría General Técnica de la Consellería 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.

Las prestaciones no podrán ser exportadas a otras Comunidades Autónomas o a otros países de la UE o que tengan convenio con España.

En todo caso, las prestaciones recogidas en el programa de salud pública para enfermedades que supongan riesgo para la comunidad son aplicables a toda la población que reside en Galicia. Esta atención sanitaria cubrirá el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad hasta el alta médica del proceso, con independencia de las instituciones o dispositivos sanitarios donde se preste.

12) PAÍS VASCO:

Según el decreto 114/2012 del Departamento de Sanidad y Consumo del gobierno vasco⁴³, podrán acceder al Sistema Nacional de Salud Vasco y a sus prestaciones, además de los titulares, beneficiarios de la asistencia sanitaria así como todos los españoles que reciban ingresos inferiores a 100000€ y vivan en España, los siguientes:

- a) Aquellos que tuviesen tarjeta individual sanitaria antes de la entrada en vigor del RDL 16/2012. Recibirán la atención sanitaria en igualdad de condiciones que los españoles.
- b) Aquellos que tengan su residencia habitual mínima de un año y de manera continuada en cualquier municipio de Euskadi, siempre que sean preceptores de la rentas integradas en el sistema vasco de inclusión o ingresos inferiores a la cuantía de la renta básica para la inclusión.

⁴³ DECRETO 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi (Publicado en BOPV núm. 127 de 29 de Junio de 2012).

Las prestaciones sanitarias y farmacológicas garantizadas a estas personas serán las mismas que al resto de los incluidos en el sistema vasco de salud.

Por último cabe señalar que el 20 de julio de 2012 el Gobierno español interpuso recurso de inconstitucionalidad frente al anterior decreto del Gobierno Vasco por considerar que no tenía competencias para legislar en materia de sanidad común y oponerse a las que había legislado el Gobierno de España. El citado Tribunal suspendió el decreto impugnado desde la fecha de interposición del conflicto, pero más tarde, en fecha 13 de diciembre de 2012 levantó la suspensión por medio de un auto en el que afirmaba que:

"El Sistema Nacional de Salud tiene por objeto y finalidad garantizar la protección de la salud de los ciudadanos, cometido que se instrumentaliza a través de un conjunto de servicios y prestaciones sanitarias de carácter preventivo, terapéutico, de diagnóstico, de rehabilitación, así como de promoción y mantenimiento de la salud"

De ahí que el decreto impugnado se está aplicando con normalidad en espera de que se pronuncie la sentencia del Tribunal Constitucional.

Concluyendo podemos afirmar que en cuanto a las CCAA que han legislado con posterioridad o casi al mismo tiempo que se aprobaba el RD 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del SNS y se modifica el RD 1192/2012, de 3 de agosto, prácticamente son una trampa puesto que nada añaden a lo previsto con alcance general. No obstante, en Extremadura y Cantabria se establece una ventaja. A saber: podrán celebrar un convenio para ser atendido por los Servicios Públicos de Salud quienes se hallen empadronados entre 6 meses y un año (puesto que al año ya se puede firmar convenio especial del RD 576/2013).

Asimismo en la Comunidad Valenciana sólo se mejoraría su situación “Cuando la persona no cumpla el requisito de empadronamiento mínimo pero acredite mediante informe médico que presenta una enfermedad infecto contagiosa o mental de las determinadas como tales en los organismos internacionales, estatales o locales, se iniciarán los trámites para que sea incluida en el programa”, en términos que prácticamente coinciden con lo previsto en la Comunidad de Madrid.

En cambio, tratándose de aquellas CCAA que han legislado antes de la publicación del RD 576/2013, podría entenderse que seguirán aplicándose las normas anteriores que mejoraban las reformas restrictivas por el RD-Ley 16/2012, a expensas del pronunciamiento del Tribunal Constitucional ante el que se han recurrido, y salvo que nuevas normas dispongan lo contrario, a efectos de excluir a quienes puedan suscribir un convenio especial conforme a lo previsto por RD 576/2013 o norma autonómica similar.

7. CONCLUSIONES

La reforma sanitaria operada a través de la aprobación del RD 16/2012, y la normativa que desarrolla y complementa el mismo, crea una problemática que sitúa a la población extranjera en una situación de vulnerabilidad por lo que se refiere al acceso a los servicios sanitarios. Así pues, no se les garantizan en condiciones de igualdad los servicios que se dirigen a vigilar, curar o mantener el estado de salud. Por el contrario, este derecho depende de condiciones como el vínculo con la Seguridad Social, la situación de regularidad, la inscripción en un registro, o la capacidad económica de las personas.

Además, se establecen diferencias según el extranjero sea comunitario, es decir, nacional de un país miembro de la Unión Europea, o bien, sea nacional de terceros Estados. No sólo ello, sino que también existen grandes diferencias según la comunidad autónoma de que se trate, puesto que estas han reaccionado a la normativa estatal de diferentes formas. En algunas comunidades se intenta proteger y garantizar el derecho a la salud, mientras que otras prefieren acatar el RD 16/2012 y aprobar normas conformes al mismo.

Ante esta situación, los perjuicios para la salud individual de las personas excluidas resultan claros, al denegarse a éstas la asistencia sanitaria que no sea de urgencia. El estado de salud se verá empeorado a causa de la espera hasta estar en estado de emergencia, en aquellos casos en los que los afectados no puedan pagar por la atención médica privada. Pero no sólo se ve afectado el derecho a la salud, sino que también se pone en peligro el derecho a la vida, habiendo ya víctimas desde la entrada en vigor de la nueva regulación, vulnerándose el derecho a la prohibición de discriminación y los principios de igualdad y de dignidad humana.

En el caso de los afectados por el VIH/sida, estas consecuencias se hacen especialmente patentes. Principalmente, porque los extranjeros irregulares o no registrados, al no tener un vínculo con la Seguridad Social, tienen que asumir el 100% del pago de los tratamientos antirretrovirales. Así pues, por una parte, su estado de salud se pone en peligro al reconocerse sólo la asistencia mínima urgente; pero, por otra parte, además, al tratarse de una enfermedad crónica, el acceso a los medicamentos antirretrovirales es de la máxima importancia para el mantenimiento de un buen estado de salud. Porque no todos pueden asumir su coste, ni acudir a la medicina privada, y de estos límites económicos no debería depender la salud de ninguna persona.

De otro lado, no sólo la salud individual se ve afectada, sino que es conveniente hacer referencia a que también la salud pública o de otras personas puede verse perjudicada, ante la no prevención y el no seguimiento de enfermedades infecto-contagiosas. Hacemos hincapié en la no prevención y en el no seguimiento o tratamiento. Así pues, es necesario hablar del peligro de la no prevención, porque de la exclusión de los extranjeros irregulares o no registrados de la asistencia sanitaria, no se deriva necesariamente el peligro de contagio. Es importante aclarar este punto, pues no se ha de estigmatizar a las personas afectadas por el VIH o el sida ni contraer prejuicios contra las mismas, sino al contrario, se ha de luchar contra el prejuicio y la actitud de alarma innecesaria. El contagio se puede evitar, y ello sólo depende de las medidas que tome cada uno para no contraer la enfermedad. Ahora bien, también es responsabilidad de nuestros gobernantes adoptar las medidas necesarias para prevenir y tratar la enfermedad. Así, es necesario que las autoridades sanitarias ofrezcan gratuitamente la posibilidad de comprobar si se tiene o no la enfermedad, y en caso de padecerla, poder tratarla adecuadamente. Como han señalado distintas organizaciones a propósito de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley⁴⁴, de la exclusión de 150.000 personas del sistema sanitario público se genera un riesgo de transmisión de enfermedades infecto-contagiosas potencialmente transmisibles:

"Denying access to health services for a specific group of persons undermines efforts to fight the spread of communicable diseases among the general population. Many illnesses such as tuberculosis are complicated to detect and infectious diseases are often identified when patients seek medical care for other unrelated conditions. Effective

⁴⁴ Disponible en línea:

<http://cms.horus.be/files/99935/MediaArchive/policy/Statement%20Spain%20access%20to%20health%20care%20UDM.pdf>

identification and treatment of communicable diseases requires access to preventative and general health services for all health needs".

En definitiva, la situación que la reforma sanitaria ha determinado, se opone a la normativa internacional de protección de los derechos humanos, siendo de máxima importancia las protestas de la sociedad civil, a través, por ejemplo, de organizaciones no gubernamentales, así como la actuación de los operadores jurídicos, con el fin de conseguir una mayor garantía del derecho a la salud en condiciones de igualdad.

8. RECURSOS NORMATIVOS UTILIZADOS:

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, *Boletín Oficial del Estado*, 24 de abril de 2012, núm. 98.

-Real Decreto-ley 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, *Boletín Oficial del Estado*, 4 de agosto de 2012, núm. 186.

-Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, 27 de julio de 2013, núm. 179.

-Ley Orgánica 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102, artículo 1.2 y 3.

-Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud", *Boletín Oficial del Estado*, 29 de mayo de 2003, núm. 128, artículos 2.b y 3.1.

-Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, *Boletín Oficial del Estado*, 5 de octubre de 2011, núm. 240, artículos 3 a) y 6.1, Disposición Adicional Sexta.

-Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, *Boletín Oficial del Estado*, 12 de enero de 2000, núm. 10, artículo 12.1.

-Reglamento (CE) Nº 883/2004 del Parlamento Europeo y el Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, artículo 3.

-Reglamento (CE) Nº 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009 por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) nº 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, artículo 24.

-Ley 2/1998, de 15 de junio, de salud de Andalucía (BOJA núm. 74, de 4 de julio y BOE núm. 185, de 4 de agosto)

-CatSalut. Instrucción 10/2012.

-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 (Publicado en BOIC núm. 12 de 18 de Enero de 2013)

-Orden SAN/20/2013, de 25 de noviembre, por la que se crea el Programa Cántabro de Protección Social de la Salud Pública y se regula el procedimiento de acceso al mismo (Publicado en BOC núm. 234 de 05 de Diciembre de 2013).

-Ley Foral 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 (publicado en el BOE de 15 de marzo de 2013, núm. 64).

-Programa Valenciano de Protección a la Salud, disponible en línea:
http://www.san.gva.es/documents/152919/169224/PROTECCION_SALUD.pdf

[-DECRETO 190/2013, de 20 de diciembre, del Consell, por el que se regula el Convenio especial de prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunitat Valenciana a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud](#)

-Instrucción conjunta nº 1 de 15 de Julio de 2013 de la Dirección Gerencia del SES y de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la Consejería de Salud y Política Social, sobre Creación y Aplicación del Programa de Atención Sanitaria de Seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PASCAEX).

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

-RESOLUCIÓN de 21 de septiembre de 2012, de la Secretaría General Técnica de la Consellería 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.

-DECRETO 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi (Publicado en BOPV núm. 127 de 29 de Junio de 2012).

-Resolución de 21 de enero de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia

-Resolución del 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.

-Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

-Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario (BOE Núm. 225 de Jueves 19 de septiembre de 201, Sec. I. Pág. 73113).

BIBLOGRAFÍA:

-DE LORA, P., "El derecho a la protección de la salud", *Constitución y derechos fundamentales*, BETEGÓN, J., y otros (coords.), Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2004, 875-909.

-SAGARRA, E., "¿Puede limitarse el derecho al acceso a la sanidad pública sin debate parlamentario previo?", *Revista de Derecho Migratorio y Extranjería*, núm. 30, 2012, 207-222.

-'Access to Health Care is a Basic Human Right. Joint Civil Society Statement on Access to Health Care Services for Undocumented Migrants in Spain', disponible en línea:
<http://cms.horus.be/files/99935/MediaArchive/policy/Statement%20Spain%20access%20to%20health%20care%20UDM.pdf>