



# **Propuesta de enmiendas al Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud**

## Índice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Antecedentes .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>2. Una propuesta que no restituye la universalidad perdida.....</b>                         | <b>4</b>  |
| <b>2.1. Persistencia de la distinción entre titularidad y tenencia del derecho .....</b>       | <b>4</b>  |
| <b>2.2. Limitación de la exclusión a una cuestión de falta de homogeneidad .....</b>           | <b>4</b>  |
| <b>2.3. Protección insuficiente de las situaciones de especial vulnerabilidad .....</b>        | <b>6</b>  |
| <b>2.4. Propuesta de enmienda.....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>3. La posibilidad de expulsar a personas del sistema sanitario del artículo 3 bis .....</b> | <b>9</b>  |
| <b>3.1. Falta de garantías que ampara prácticas excluyentes .....</b>                          | <b>9</b>  |
| <b>3.2. Propuesta de enmienda .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>4. La situación de las personas ascendientes reagrupadas .....</b>                          | <b>10</b> |
| <b>4.1. Una exclusión sin base en el Derecho Comunitario .....</b>                             | <b>10</b> |
| <b>4.2. Propuesta de enmienda.....</b>   | <b>11</b> |

## 1. Antecedentes

El 27 de julio de 2018 el Consejo de Ministros aprobaba el Real Decreto-Ley 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud con el objetivo de *garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español, reconociendo que la universalidad de la atención no solo redundará en la mejora de la salud individual, sino también en la salud colectiva de toda la población*. Sin embargo, estas buenas intenciones no se vieron debidamente correspondidas en el articulado de la norma. Así, durante las diversas interlocuciones que nuestras organizaciones mantuvieron con el Ministerio durante el proceso de elaboración de dicho RDL, alertamos de importantes carencias, lagunas y omisiones en el texto que permitirían la persistencia de múltiples situaciones de exclusión.

La realidad evidenció la insuficiencia del RDL: en los tres años transcurridos desde su aprobación REDER ha podido documentar 5059 casos de exclusión (de los cuales 2460 se corresponden con el periodo de pandemia). Así, el propio Ministerio de Sanidad reconoció la necesidad de realizar cambios normativos y el 19 de octubre de 2020 anunció la apertura de un proceso de consulta pública previo a la elaboración de un Anteproyecto de Ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del SNS. Entre las motivaciones enumeradas para justificar la oportunidad de esta norma se incluía la necesidad de modificación del RDL 7/2018 *con objeto, entre otros, de garantizar homogeneidad en el procedimiento y de ampliar la cobertura sanitaria en nuestro país a colectivos sin cobertura en el momento actual*.

Las organizaciones firmantes recibimos este anuncio con esperanza, pues llevábamos años demandando cambios urgentes en la normativa que permitiera consolidar un sistema sanitario plena y verdaderamente universal. En consecuencia, nos volcamos en la elaboración de [un extenso documento con propuestas legislativas específicas](#) que entendíamos esenciales para alcanzar este objetivo y que remitimos en tiempo y forma al Ministerio para ser tomado en consideración a la hora de elaborar el citado Anteproyecto.

Ahora, a la vista del texto aprobado en primera vuelta por el Consejo de Ministros el pasado 8 de noviembre, observamos que la mayoría de nuestras recomendaciones no han sido debidamente incorporadas. El Anteproyecto propuesto por el Ministerio, en lo concerniente al acceso universal al SNS contiene tímidos avances, pero también algunos retrocesos y continúa sin abordar algunas situaciones de gran calado.

El Derecho Humano a la Salud es un Derecho Universal de todas las personas sin distinción. A este respecto no debemos olvidar que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental recogido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales constituye una obligación vinculante para el Estado español. Esta obligación se extiende de forma particular a los colectivos más vulnerables, en aplicación de los principios de equidad y no discriminación, tal y como se recoge en la Observación General número 14 del Comité DESC.

A continuación, procedemos a exponer cuales son las principales carencias que seguimos detectando y les trasladamos nuevamente nuestra propuesta de articulado alternativo con la esperanza de que este pueda ser incorporado en el texto que finalmente apruebe el Consejo de Ministros en segunda vuelta.

## 2. Una propuesta que no restituye la universalidad perdida

### 2.1. Persistencia de la distinción entre titularidad y tenencia del derecho

El texto propuesto por el Ministerio mantiene la distinción entre aquellas personas que ostentan la *titularidad del derecho* a la protección de la salud y a la atención sanitaria y aquellas a las que se les reconoce la mera *tenencia* de dicho derecho. El primer grupo está integrado por las personas con nacionalidad española y personas extranjeras con residencia en el territorio español cuyo derecho es regulado en artículo 3 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Por el contrario, el derecho del segundo grupo, integrado por las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, se regula en un artículo separado, el artículo 3 ter de la Ley 16/2003.

Esta distinción subjetiva entre titularidad y tenencia del derecho no es una mera formalidad pues el alcance del derecho es distinto como lo son los requisitos para el disfrute de este. Así, las personas migrantes en situación administrativa irregular se les exige un plazo mínimo de permanencia en territorio español, deben acreditar que no pueden exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen, o se les reconoce un derecho a la prestación farmacéutica que no es equiparable al reconocido a las personas titulares del derecho al no contemplar las distintas variables de vulnerabilidad, lo que ha dado lugar a muchos casos de pobreza farmacéutica.

Queremos nuevamente insistir en que **esta distinción resulta discriminatoria y se ha adoptado sin motivación legal alguna, pues no estaba contemplada en la regulación anterior al Real Decreto-Ley 16/2012.**

### 2.2. Limitación de la exclusión a una cuestión de falta de homogeneidad

Si bien la exposición de motivos del Anteproyecto se hace eco de las múltiples denuncias que la sociedad civil ha realizado a lo largo de estos últimos tres años poniendo de manifiesto la pervivencia de numerosas situaciones de exclusión, el Ministerio parece reducir la causa de estas a una cuestión de mala praxis autonómica que deriva en una falta de aplicación homogénea del RDL 7/2018.

Es un hecho incontestable que determinadas comunidades autónomas – notablemente Madrid y Galicia – han realizado una interpretación restrictiva del RDL 7/2018 dificultando el acceso a la atención sanitaria a las personas migrantes en situación irregular en dichos territorios. Esta interpretación ha sido posible gracias a la ambigüedad del RDL en cuestiones tales como la protección de las situaciones de especial vulnerabilidad, algo que busca corregir el nuevo texto (de forma insuficiente como explicaremos en el siguiente punto).

Sin embargo, **limitar la problemática a una falta de homogeneidad en la aplicación de la normativa supone ignorar el papel que juegan las barreras administrativas a la hora de impedir el disfrute efectivo del derecho a la protección de la salud.** Desde 2018 REDER ha documentado al menos 2124 casos de personas que no han podido acceder a la atención sanitaria por no poder cumplir con los requisitos administrativos establecidos en el RDL 7/2018. Estos requisitos son comunes a todo el territorio y ejercen en muchas ocasiones de barrera insalvable. La nueva redacción propuesta por el Ministerio no sólo no elimina estos requisitos sino que en algún caso incluso los agrava:

- **La exigencia de 90 días:** el artículo 3 ter de la Ley 16/2003 en su redacción actual establece en su apartado 3 como preceptiva *la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas para aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en situación de estancia temporal de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 4/2000*. Las organizaciones sociales advertimos desde el inicio que esta era una redacción deficiente que provocaría interpretaciones restrictivas, pues la situación de estancia, tal y como se regula en el Capítulo II de la LOEX 4/2000 es una estancia autorizada por un periodo de 90 días, algo incompatible con la situación administrativa irregular. **Ahora, el texto propuesto por el Ministerio corrige esta redacción confusa, pero lo hace de forma regresiva** para consolidar la exigencia de demostrar llevar 90 días en territorio nacional a las personas en situación administrativa irregular.

Tal y como señalamos en nuestras aportaciones al proceso consultivo hace un año, la exigencia de un tiempo mínimo de permanencia en España para poder acceder a la atención sanitaria **no figura en ninguna de las normas internacionales, europeas o nacionales relativas al acceso a la asistencia sanitaria a personas sin cobertura sanitaria**. Tampoco es efectiva desde el punto de vista de proteger al SNS de abusos frente al llamado “turismo sanitario”, pues los convenios internacionales y la comprobación de seguros privados en el caso de ciudadanos de terceros países de la UE, y los procedimientos de seguridad social y de sanidad transfronteriza en el caso de ciudadanos comunitarios de los que se encarga el INSS ya contemplan mecanismos para hacer los cobros necesarios a los países de origen.

Por otro lado, cabe destacar que el recurso del informe previo de servicios sociales como herramienta para desbloquear alguna de estas situaciones no ha funcionado debidamente. Así, a la propia dificultad que muchas personas tienen para conseguir cita con trabajo social se añade el hecho de que, en varias comunidades autónomas, aun contando con un informe estimativo, desde aseguramiento realizan una nueva valoración que deriva en la denegación del derecho.

El hecho que el Ministerio de Sanidad omitiese en el [Documento de Recomendaciones](#) recoger el procedimiento de acceso a través del informe social, recogido en el RDL 7/2018, ha permitido que varias Comunidades hayan mantenido cerrada esta vía, incumpliendo el texto del RDL<sup>1</sup>.

Por todo ello insistimos en que **el criterio para reconocer el derecho debe ser la voluntad de permanencia en España**, algo que cabe demostrar por vías diversas que van desde el empadronamiento – el criterio aplicado hasta 2012 –, a los certificados de escolarización de menores a cargo o los informes de trabajo social o de organizaciones sociales<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> El caso de la Comunidad de Madrid es paradigmático. El SERMAS rechaza la legalidad del informe, tanto en sus órdenes internas como en público, pues como el propio portavoz de la Consejería de Sanidad ha afirmado "no existe desarrollo normativo nacional que permita dar asistencia sanitaria para personas con estancia menor a 90 días en España, aun con informe de un trabajador social, salvo por una enfermedad sobrevenida que impida regresar al país de origen en dicho periodo". La misma fuente oficial sostiene que el Real Decreto 7/2018 "no se ajusta en este aspecto a la Ley de Extranjería", por lo que a su juicio no sería legal aplicarlo" ([https://www.eldiario.es/desalambre/comunidad-madrid-culpa-gobierno-central-trabas-impiden-tratar-inmigrantes-vih\\_1\\_8522398.html](https://www.eldiario.es/desalambre/comunidad-madrid-culpa-gobierno-central-trabas-impiden-tratar-inmigrantes-vih_1_8522398.html)).

<sup>2</sup> Existe una amplia variedad de medios de prueba de que una persona reside de forma habitual en territorio español. Así por ejemplo en Derecho Tributario, a la luz del artículo 106 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria es común aceptar como medios de prueba de la vivienda habitual de una persona no solo el empadronamiento, sino también consumos de agua y luz, certificados de la presidencia de la comunidad de vecinos, cartas del colegio en el que están escolarizados los menores a cargo, etc.

- **El requisito de no exportación del derecho:** este requisito constituye una barrera insalvable para muchas personas ya que su emisión conlleva en ocasiones un coste – difícil de asumir para personas con bajos recursos – y en otras no es emitido por consulados exigiendo que la persona se desplace a su país de origen para conseguir el mismo. Por tanto, es imprescindible flexibilizar la carga de la prueba, bien invirtiéndola, o aceptando una declaración responsable de que dicha exportación no procede.

### 2.3. Protección insuficiente de las situaciones de especial vulnerabilidad

El texto del Anteproyecto aprobado por el Consejo de Ministros recoge en el apartado primero del artículo 3 ter el derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes, *con especial atención a los siguientes supuestos:*

- *De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, continuando dicha atención hasta la situación de restablecimiento integral*
- *A las embarazadas en el embarazo, parto y posparto*
- *A las menores de dieciocho años*

Esta previsión pretende responder a una de las principales recomendaciones que desde las organizaciones sociales venimos demandando. En este sentido, valoramos muy positivamente su incorporación, pero creemos necesario alertar de un riesgo importante respecto a cómo queda recogida esta protección. El apartado 1 del artículo 3 ter reconoce la tenencia del derecho a las personas en situación administrativa irregular, sin embargo es el apartado 2 de dicho artículo el que determina en que situaciones la atención sanitaria derivada del derecho se produce con cargo a fondos públicos. De este modo, **reconocer la protección a las situaciones de vulnerabilidad en el apartado 1 y no en el 2 puede abrir nuevamente la puerta a interpretaciones restrictivas** que – tal y como ocurre actualmente en diversas comunidades autónomas – permitan la atención a estas situaciones pero facturando la misma. Esto implicaría vaciar de todo contenido la especial protección de estas situaciones, pues **si la atención a las situaciones de especial vulnerabilidad es facturable no existe protección alguna de las mismas.**

No cabe olvidar que el Estado Español debe dar cumplimiento a las múltiples leyes y convenios de los que es firmante que protegen sin restricciones la atención a las mujeres embarazadas y a los menores de edad: Convenio de los Derechos del Niño art 2 y 24.2 y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales entre otros.

Asimismo, y en lo que respecta a la atención en urgencias, si bien es positiva la mención a la continuidad de la atención hasta el restablecimiento integral, a la luz de lo que hemos observado a lo largo de todos estos años, recomendamos que en el desarrollo reglamentario de la norma se especifique de forma clara e inequívoca que dicho restablecimiento se produce con el alta médica, no con el alta hospitalaria, y por tanto incluye las derivaciones necesarias a atención especializada.

De igual modo, la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 nos ha mostrado los riesgos que provoca para la salud individual y colectiva la exclusión de determinados núcleos de población en relación con determinadas enfermedades infectocontagiosas. En este sentido, la interrupción de determinados tratamientos – como los relativos al VIH – supone un riesgo para la salud de las personas, como por desgracia estamos observando recientemente en lugares como la Comunidad de Madrid. Por ello, creemos imprescindible que se incluya las enfermedades

relacionadas con la salud pública como las infectocontagiosas, así como las enfermedades de salud mental entre las situaciones de especial vulnerabilidad que deben recibir atención sanitaria con cargo a fondos públicos en cualquier caso.

Recordemos, que tras el RDL 16/2012, fueron las Comunidades Autónomas las que incluyeron como excepción estos supuestos de Salud Pública que no habían quedado protegidos en dicho RDL. Resulta pues llamativo que una reforma que pretende ser más garantista en el acceso a la atención sanitaria se olvide de la protección a las personas que sufren este tipo de patologías, y por tanto de proteger también a la sociedad en su conjunto.

Por último, consideramos también positivo el hecho de que el nuevo texto incorpore a las personas solicitantes de protección internacional, así como a las víctimas de trata como titulares del derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria. No obstante, queremos recordar que en los últimos años, como consecuencia del colapso del sistema español de asilo se están produciendo retrasos de meses, incluso años en las citas tanto para la primera entrevista como para la renovación, lo que acarrea la caducidad de su tarjeta. Como consecuencia de esta demora son muchas las personas que no pueden ejercer el derecho a la atención sanitaria que les reconoce la ley<sup>3</sup>. Resulta inadmisibles que una carencia de medios, responsabilidad de la administración pública, derive en la imposibilidad de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de aquellas personas que han cumplido de forma diligente en forma y tiempo con su solicitud de protección internacional. Es urgente que desde los poderes públicos se adopten las medidas necesarias para poner fin a esta situación.

#### 2.4. Propuesta de enmienda

Por todo lo anterior, con el fin de evitar la continuidad de todas estas situaciones de exclusión y dotar de una plena seguridad jurídica a los distintos colectivos afectados **recomendamos modificar el artículo 3 de la Ley 16/2003** en los siguientes términos:

##### *Artículo 3. Titulares de los derechos.*

*1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos los siguientes:*

- a) Todas las personas con nacionalidad española*
- b) Las personas extranjeras que se encuentren en España, inscritas en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual.*

---

<sup>3</sup> La Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria, determina en el artículo 16.2 que "Para su ejercicio, los solicitantes de protección internacional tendrán derecho a asistencia sanitaria y a asistencia jurídica gratuita, que se extenderá a la formalización de la solicitud y a toda la tramitación del procedimiento". Y que este procedimiento "se inicia con la presentación de la solicitud, que deberá efectuarse mediante comparecencia personal de los interesados que soliciten protección en los lugares que reglamentariamente se establezcan".

Por tanto y conforme a lo establecido en la ley, el mero hecho de manifestar la voluntad de solicitar protección internacional constituye el hecho habilitante para la adquisición de los derechos reconocidos como solicitantes de asilo. Por ello es contrario a derecho hacer esperar a una cita para formalizar la solicitud, varios meses después de haber realizado la entrada a España, máxime cuando la normativa contempla que "La comparecencia deberá realizarse sin demora y en todo caso en el plazo máximo de un mes desde la entrada en el territorio español" "El solicitante de asilo, presentada la solicitud, tiene entre otros, el siguiente derecho: a la atención sanitaria en las condiciones expuestas"

*En caso de tener dificultades para realizar el empadronamiento, la residencia efectiva podrá acreditarse mediante una declaración responsable u otros documentos certificativos tales como un informe favorable de Servicios Sociales o de ONG debidamente acreditadas, u otros medios de prueba que serán fijados por vía reglamentaria.*

*2. En cualquier caso, las personas extranjeras que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos en los siguientes supuestos:*

- a) A la asistencia sanitaria pública de urgencia, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.*
- b) Las menores de dieciocho años tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las españolas.*
- c) Las embarazadas tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto, incluyendo el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.*
- d) Las personas solicitantes de protección internacional y apátridas tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas españolas desde el momento que solicitan cita ante el organismo competente dentro del Ministerio del Interior.*
- e) Las personas extranjeras víctimas de trata de seres humanos tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las españolas. En caso de no ser identificadas por las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, podrá acreditarse la situación de víctimas de trata mediante un informe favorable de entidades especializadas o servicios de acogida.*
- f) La atención en los supuestos de Salud Pública: enfermedades transmisibles que supongan un riesgo para la salud pública (Enfermedades de Declaración Obligatoria) y trastornos mentales graves.*
- g) Las personas con enfermedades crónicas*

*3. Las Administraciones Públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que, por razones culturales, lingüísticas, religiosas, sociales o de discapacidad, tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.*

**Como consecuencia de esta nueva redacción del artículo 3, se elimina el artículo 3 ter de la Ley 16/2003.**

Además, con el fin de blindar de manera más efectiva el derecho a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras, **recomendamos** la recuperación del artículo 12 de Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, previo a la reforma introducida por el RDL 16/2012.

Por último, con el fin de garantizar la igualdad de derechos en el acceso a la prestación farmacéutica y evitar las situaciones de pobreza farmacéutica **recomendamos** modificar el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio en los siguientes términos:



Modificar el apartado e) del artículo 102.5 para incorporar la siguiente redacción:

*e) Para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, un 40 % del PVP para las personas menores de 65 años y un 10% del PVP para las mayores de 65 años*

Añadir un párrafo al apartado 8 del ya citado artículo 102 con el siguiente contenido:

*(...) De igual forma, estarán exentas de aportación las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el literal e) del apartado 5 del presente artículo, que se encuentren en supuestos excepcionales de vulnerabilidad, equiparables a los descritos en el párrafo anterior de este apartado y acreditados mediante un informe favorable de los Servicios Sociales.*

### **3. La posibilidad de expulsar a personas del sistema sanitario del artículo 3 bis**

#### **3.1. Falta de garantías que ampara prácticas excluyentes**

El artículo 3 bis de la Ley 16/2003, en su apartado 3 contempla la posibilidad de que el Ministerio de Sanidad y las entidades y administraciones públicas accedan *telemáticamente a los datos referentes a la situación administrativa de los extranjeros sin contar con el consentimiento del interesado, así como a los datos que resulten imprescindibles para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos*. En base a esta información, las instituciones mencionadas podrán llevar a cabo modificaciones o variaciones *que surtirán los efectos que procedan en la tarjeta sanitaria individual o en el documento que en cada caso corresponda*.

Este artículo 3 bis, que habilita a compartir datos de los usuarios sin su consentimiento, se está utilizando actualmente en la Comunidad de Madrid como cobertura legal para proceder a las bajas masivas de códigos DAR, con la consiguiente expulsión de muchas personas del sistema sanitario, quedando en una situación de desamparo. De este modo, conforme a la nueva práctica impuesta desde la Consejería de Salud de Madrid el no tener que recabar consentimiento del usuario para compartir datos se interpreta en el sentido de permitir dar de baja a las personas sin ningún procedimiento administrativo.

En consecuencia, y para evitar dejar margen a interpretaciones restrictivas y excluyentes que abran vía a nuevas vulneraciones del derecho a la salud, es preciso garantizar en la ley que toda modificación en cuanto a la capacidad de acceso al sistema sanitario de una persona que resulte de compartir esos datos debe ser previamente notificada, respetando todos los trámites de un procedimiento administrativo según la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo, e informando del derecho al recurso. Asimismo, es preciso tener en cuenta que en ningún caso debe ser un procedimiento automático masivo, prohibido por la normativa europea de protección de datos.

### 3.2. Propuesta de enmienda

Modificar el último párrafo del apartado 3 del artículo 3 bis de la Ley 16/2003 en los siguientes términos:

*El Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1 deberán notificar cualquier modificación o variación resultante a la persona afectada conforme a lo establecido en la Ley 39/2015 de procedimiento administrativo a fin de que esta pueda interponer recurso contra la misma antes de que surta ningún efecto sobre la tarjeta sanitaria individual o el documento que en cada caso corresponda.*

## 4. La situación de las personas ascendientes reagrupadas

### 4.1. Una exclusión sin base en el derecho comunitario

El texto aprobado por el Consejo de Ministros en primera vuelta no recoge ningún tipo de medida dirigida a corregir la situación de absoluta exclusión en la que permanecen las personas ascendientes que llegan a España a través de un proceso de reagrupación familiar. No obstante, desde el Ministerio de Sanidad se nos ha informado que esta omisión se debe a que aún están estudiando la fórmula precisa para reconocer el derecho a la atención, y que el texto que finalmente se lleve al Consejo de Ministros en segunda vuelta sí incorporará medidas para garantizar el derecho de estas personas.

A este respecto, las organizaciones firmantes esperamos que la redacción finalmente propuesta por el Ministerio reintegre de forma completa y sin excepciones el derecho que fue arrebatado de forma injusta a estas personas en 2012. En este sentido, nos preocupa que en anteriores interlocuciones con el Ministerio de Sanidad se haya hecho referencia en más de una ocasión al marco jurídico de la Unión Europea como un impedimento para el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de estas personas.

Tal y como hemos señalado en ocasiones anteriores, **no existe ninguna previsión en el derecho comunitario que justifique la exclusión de las personas ascendientes**. Por un lado, la Directiva 2004/38/CE del parlamento europeo y del consejo de 29 de abril de 2004 que establece y regula el derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros (en adelante Directiva 2004/38/CE), es de aplicación únicamente a “**Cualquier ciudadano de la Unión que se traslade a, o resida en, un Estado miembro distinto del Estado del que tenga la nacionalidad**, así como a los miembros de su familia”. Sin embargo, el Estado español a la hora de transponer dicha Directiva a su ordenamiento jurídico a través del el Real Decreto 240/2007 de 16 de febrero, *sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo* (en adelante RD 240/2007), va más allá del ámbito subjetivo de dicha Directiva y – a través de una norma Reglamentaria y no mediante una norma con rango de Ley – hace extensiva su aplicación a las personas de nacionalidad española que viven en España y en consecuencia procede a regular los requisitos que estas deben cumplir para reagrupar a sus familiares de origen extracomunitario.

Pero este RD 240/2007 va incluso más allá, dificultando notablemente el ejercicio del derecho a la reagrupación familiar de personas ascendientes de nacionalidad extracomunitaria al exigir a las propias reagrupadas aportar un seguro médico que cubra su atención sanitaria en España, requisito

que no está previsto en la legislación comunitaria ni existe en la práctica de los Estados Miembros de nuestro entorno y que además en el caso de España se exige de forma exclusiva y discriminatoria a las personas ascendientes<sup>4</sup>.

No debemos olvidar en todo caso que el artículo 37 de la citada Directiva establece de forma clara que **"Las disposiciones de la presente Directiva no afectarán a las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de un Estado miembro que sean más favorables para los beneficiarios de la presente Directiva."** No existe ningún obstáculo en el derecho comunitario a que España reconozca la titularidad del derecho a cualquier persona en territorio español. Al revés, **el derecho comunitario dice claramente que cualquier disposición nacional más favorable debe no verse afectada por el derecho comunitario.**

#### 4.2. Propuesta de enmienda

Modificar el artículo 7.1 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo en los siguientes términos:

- Eliminar el siguiente texto *"así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España"*

---

<sup>4</sup> El art 7.2. de la Directiva determina que el derecho de residencia establecido en el apartado 1 se ampliará a los miembros de la familia que no sean nacionales de un Estado miembro **cuando acompañen al ciudadano de la Unión o se reúnan con él en el Estado miembro de acogida**, siempre que dicho ciudadano cumpla las condiciones contempladas en las letras a) trabajador por cuenta ajena o propia en el país de acogida, o b) dispone para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado miembro de acogida durante su período de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en el Estado miembro de acogida, o c) estudiantes del apartado 1.

**Es en este punto, respecto a la exigencia del seguro de enfermedad a los ascendientes de terceros países de ciudadanos comunitarios, donde se genera la gran diferencia de aplicación de la normativa en los Estados Miembros.** En los países de nuestro entorno no se solicita adicionalmente para la expedición de la tarjeta de residencia de familiar comunitario un seguro privado, porque basta que se demuestre que el comunitario se encuentra en uno de los supuestos del art 7.2. Es relevante señalar que el reconocimiento de la extensión del derecho de residencia a los familiares del ciudadano comunitario se produce cuando concurren alguna de las circunstancias previstas en artículo 7.2, pues dichos supuestos se vinculan a través de la conjunción "o" lo que determina que no es necesario que concurren de forma cumulativa. Paradójicamente en el caso español, se ignora esta circunstancia y se exige la concurrencia simultánea del requisito de ser trabajador por cuenta propia o ajena "y" contar con los recursos suficientes para sí y para su familia exigiendo además en lo que respecta a este último requisito, que la persona reagrupada aporte un seguro sanitario. Esta exigencia no se corresponde con la práctica de los estados miembros de nuestro entorno los cuales no exigen este requisito porque al depender la persona reagrupada del ciudadano comunitario reagrupante se le incluye como beneficiario de su seguro sanitario público.

En nuestra normativa sanitaria, el RDL 7/2018 en su articulado reconoce el derecho a la atención si: c) Ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español **y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.**

Esto último, hace mención a la exigencia de los familiares no comunitarios ascendientes de adquirir un seguro privado el cual, como ya se ha indicado, no es requerido por otros EEMM. En la práctica comprobamos que cuando el ascendiente extracomunitario ya se encuentran en el EEMM del que es nacional su descendiente, en los documentos que deben adjuntar NO se solicita que se adjunte una póliza o seguro de médico privado o público, como en el caso de España. Más aún cuando **no se debe perder de vista que la emisión de la tarjeta no genera el derecho, sino es meramente un carácter declarativo y no constitutivo de derechos.** (léase sentencias de 25 de julio de 2008, Metock y otros, C-127/08, EU:C:2008:449, apartado 52, y de 21 de julio de 2011, Dias, C-325/09, EU:C:2011:498, apartado 54).



Modificar el artículo 54 del Real Decreto 557/2011 de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social en los siguientes términos:

- Eliminar el siguiente texto *“incluyendo la asistencia sanitaria en el supuesto de no estar cubierta por la Seguridad Social”*

REDER es una red de colectivos, movimientos, organizaciones y personas implicadas en la defensa del acceso universal a la salud y la denuncia de su cumplimiento. Actualmente forman parte de REDER más de 300 organizaciones sociales y profesionales como Médicos del Mundo, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (FDASP), Salud por Derecho, el Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD), Andalucía Acoge, la Plataforma Salud Universal Aragón, la Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (PASUCAT), la Rede Galega en Defensa do Dereito á Saúde, la Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia, la Plataforma “Ciudadanía contra la exclusión sanitaria” de Cantabria, la Asociación de Refugiados e Inmigrantes de Perú (ARI-PERÚ), la Red Transnacional de Mujeres (NetworkWoman) o Red Acoge. Para más información: [www.reder162012.org](http://www.reder162012.org)