

LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA Y GRATUITA: un derecho del mutualista como ciudadano

El artículo 43 de la Constitución, tras reconocer el derecho a la protección de la salud, impone a los poderes públicos la previsión de medidas y la fijación de las prestaciones y servicios necesarios para organizar y tutelar la salud pública.

Tal derecho, configurado constitucionalmente como un principio rector de la vida política social y económica, está conceptuado como un **derecho universal**, por cuanto se garantiza y extiende a todos los ciudadanos que se encuentren en España (así, en el art. 43 CE y, entre otras leyes, la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley General de Salud Pública de 2011), con independencia, por tanto, del lugar en que residan, de la profesión que ejerzan, de la situación laboral en que se encuentren, etc.

No obstante, tradicionalmente, cuando el sistema sanitario dependía jurídicamente y desde el punto de vista financiero de la Seguridad Social, tan sólo recibían asistencia sanitaria sus afiliados. Y, hasta hace poco, la situación no ha cambiado, y ello a pesar de los cambios legislativos que han existido en las últimas décadas, entre los que cabe destacar las siguientes normas:

- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, por la que la asistencia sanitaria dejó de ser una prestación contributiva del Sistema de Seguridad Social para considerarse un derecho de todos los ciudadanos residentes en España;
- La Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de la Seguridad Social y la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999, con las que la asistencia sanitaria comenzó a ser considerada prestación de naturaleza no contributiva y universal y dejó de financiarse con las cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores y pasó a serlo con los impuestos;

Paradójicamente, aunque la sanidad pública se financia con los impuestos que pagan todos los ciudadanos y el Estado transfiere por ello a las Comunidades Autónomas una cantidad por cada ciudadano residente, que tiene reconocido constitucional y legalmente el derecho a la salud y el derecho a la asistencia sanitaria con independencia de que esté afiliado o no la Seguridad Social, lo cierto

es que, de hecho, **en la práctica sólo han venido recibiendo asistencia sanitaria, con cargo a los fondos públicos, los afiliados a la Seguridad Social** y otros grupos de personas, **con exclusión de ciertos colectivos, como los abogados que ejercen su actividad por cuenta propia y que cotizan exclusivamente en las mutualidades de previsión específicas de nuestro colectivo** y, por extensión, en su caso, los integrantes de su unidad familiar.

En cambio, los abogados que trabajan por cuenta ajena y que, por tanto, están afiliados al régimen general de la Seguridad Social así como los que, ejerciendo su actividad por cuenta propia, están afiliados a la Seguridad Social como autónomos, aunque en uno u otro caso estén además afiliados a una mutualidad de previsión social, gozan del derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita, en su condición de afiliados a la Seguridad Social.

Lo cierto es que **no existe ninguna norma que justifique dicha exclusión de los mutualistas**, que supone una evidente vulneración del derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita de dichos profesionales, así como la vulneración del derecho a la igualdad (art. 14 CE), en la medida de que dicho derecho se les deniega específicamente a ellos, por no estar afiliados a la Seguridad Social, a pesar de encontrarse adscritos a un sistema alternativo.

Tal agravio comparativo se vio paliado, en cierta medida, gracias al convenio suscrito en 1980, y que se ha ido prorrogando, entre la Mutualidad General de la Abogacía, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija y el Instituto Nacional de la Seguridad Social, que facilitaba el acceso de los mutualistas a la asistencia sanitaria en el sistema público de salud a cambio del pago de una cuota mensual.

No obstante, la solución a tal agravio requería una decisión política clara que pasaba por una **reforma legal global y definitiva** para la plena y efectiva universalización de la asistencia sanitaria y por la coordinación entre el gobierno central y las Comunidades Autónomas, al concurrir competencias de aquél (art. 149. 1. 1º y 16º CE) y de éstas (art. 148.1 21º CE).

Hasta hace poco, sólo **algunas Comunidades Autónomas** se habían adelantado a esa necesaria y exigible reforma legislativa global y habían adoptado medidas para solucionar, en mayor o menor medida, tal agravio que se producía para nuestro colectivo, reconociendo el derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita a los mutualistas con carácter general (así, en Cataluña, por Ley 21/2010, de 7 de julio, y en Extremadura, por Orden de 7 de abril de 2011) o sólo a los adscritos al turno de oficio (en el caso de Galicia, en virtud de convenio de colaboración de fecha 11 de marzo de 2008, con una vigencia de cinco años) o a

los mutualistas jubilados con edad igual o superior a 69 años (en el caso de Castilla y León, en virtud de acuerdo de febrero de 2011).

Por otra parte, es públicamente conocido el intenso trabajo que desde el **Consejo General de la Abogacía Española** y la **Mutualidad de la Abogacía** se ha venido desarrollando para poner fin a tal discriminación, destacando la constitución hace cuatro años de la Ponencia Abogacía y Asistencia Sanitaria Universal con el objetivo de aportar el conocimiento de ambas instituciones e impulsar las diversas iniciativas parlamentarias tendentes a la universalización de la asistencia sanitaria pública y gratuita, trabajando con los miembros de la Comisión de Sanidad del Congreso para tal fin.

Asimismo, desde la **Confederación Española de Abogados Jóvenes (CEAJ)** se ha venido reivindicando insistentemente el efectivo reconocimiento a todos los abogados, como cualquier otro ciudadano, del derecho a acceder a una asistencia sanitaria pública y gratuita.

En respuesta a tales reivindicaciones, la **Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública** previó la **extensión del derecho a acceder a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento** (como a los mutualistas). No obstante, remitía a un posterior reglamento la fijación de los términos y condiciones de la extensión de dicho derecho para quienes ejercieran una actividad por cuenta propia, en atención a la evolución de las cuentas públicas.

Recientemente, se ha producido un importante avance en esta cuestión, ya que, por **Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto**, se incluye como asegurado a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud, a los **mutualistas no afiliados a la Seguridad Social que no tengan ingresos superiores a 100.000 € en cómputo anual**, siempre que tengan nacionalidad española y residan en España, o sean nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y estén inscritos en el Registro Central de Extranjeros, o sean nacionales de un país distinto de los anteriores y tengan autorización para residir en territorio español.

Y tienen la condición de **beneficiarios**, siempre que residan en España, el cónyuge o pareja de hecho, el ex cónyuge o persona separada judicialmente a cargo del asegurado, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que, siendo mayores, tengan una discapacidad igual o superior al 65%.

El **procedimiento** para el reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario se tramitará y resolverá por el Instituto Nacional de la Seguridad Social a través de sus direcciones provinciales. El reconocimiento se hará de forma automática de oficio en el caso de los afiliados o beneficiarios de prestaciones de la Seguridad Social, si bien en el caso de los abogados encuadrados exclusivamente en una mutualidad de previsión social alternativa al régimen de autónomos de la Seguridad Social, deberán presentar una solicitud, junto con diversa documentación, conforme al artículo 6 de dicho Real Decreto, salvo que ya dispusieran de una tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud como titulares o como beneficiarios de otra persona asegurada (en este caso, siendo mayores de 26 años).

La resolución a la solicitud deberá dictarse y notificarse al interesado en el plazo de 30 días, a contar desde el día siguiente a la recepción de la solicitud, teniendo el silencio administrativo efecto negativo y, por tanto, entendiéndose desestimada la solicitud si no existe ni se notifica resolución expresa en dicho plazo.

Aunque este Real Decreto supone un importante avance, lo cierto es que **resulta claramente mejorable, ya que sigue dejando fuera de la asistencia sanitaria pública y gratuita a los mutualistas con ingresos superiores a 100.000 euros anuales**, que podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria por los servicios públicos mediante el pago de la correspondiente cuota derivada de la suscripción de un convenio especial conforme a la Disposición Adicional Tercera de dicho Real Decreto, lo que supone un trato claramente discriminatorio respecto a los demás ciudadanos, ya que dichos mutualistas también contribuyen, mediante el pago de los correspondientes impuestos, al mantenimiento del Sistema Nacional de Salud y, por tanto, deberían poder acceder al mismo sin que les fuera exigible suscribir ningún convenio especial ni pagar ninguna contraprestación por ello.

A la vista de esta situación, y a pesar de lo previsto constitucional y legalmente, es evidente que **la asistencia sanitaria pública sigue sin ser universal ni gratuita para todos los ciudadanos**, lo que debería solventarse mediante la mejora de dicho Real Decreto.

M^a Elena Sáenz de Jubera Higuero

-Vocal 4^a Comisión Ejecutiva Confederación Española de Abogados Jóvenes y Mutualista desde el 2010-