



EXCMO. SR.:

JORDI LUDEVID i ANGLADA, en representación, como Presidente, del Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos de España, con sede en Madrid, CP 28046, Paseo de la Castellana nº 12, e-mail cscae@arquinox.es, ante el Consejo de Estado comparezco y, como mejor proceda, digo:

Que habiéndose concedido a esta Corporación Profesional trámite de audiencia, por resolución del Sr. Presidente de ese Consejo de Estado, comunicada por la Secretaría General con fecha 13 de Julio de 2012, en relación al expediente del **Proyecto de Real Decreto 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**; se evacua dicho trámite en el plazo al efecto conferido, conforme a las siguientes:

ALEGACIONES

I.- Los profesionales que ejercen su actividad por cuenta propia han venido sufriendo una discriminación histórica en cuanto al reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria pública.

La Constitución Española de 1978, en su artículo 41 dentro del Título I de los Derechos y Deberes Fundamentales establece el mandato de los poderes públicos de mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad; y el artículo 43 de la misma CE, de forma expresa, **reconoce el derecho a la protección de la salud**; y añade que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios; precisando que "la Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto".

El texto constitucional, en los preceptos citados, reconoce el derecho a la protección de la salud pública como un derecho fundamental de carácter universal para todos los ciudadanos sin exclusiones.

En desarrollo de los preceptos constitucionales citados se aprobó la Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad, que configuró el Sistema Nacional de Salud, bajo las notas definidoras y esenciales del carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema.

La Ley 49/1998 de 30 de Diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999, estableció el principio esencial de que la asistencia sanitaria se sustentaría en una financiación pública (a través de los presupuestos), desvinculándose por tanto la asistencia sanitaria de las aportaciones a la Seguridad Social de tal manera que la asistencia sanitaria pública, quedó configurada como un derecho subjetivo, de carácter fundamental y con dimensión de universalidad, que emana y se sustenta en ese carácter de derecho fundamental y por tanto extensible



a las personas, sin restricciones ni exclusiones injustificadas, ni estar vinculado a ningún tipo de aseguramiento a la Seguridad Social o a regímenes privados.

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad de los servicios sanitarios y en su artículo 3, en la redacción de dicho precepto con anterioridad al Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de Abril establecía que todos los españoles eran "titulares de los derechos a la protección de la salud y a la protección sanitaria"; por lo que la Ley mantenía la configuración del derecho a la asistencia sanitaria como un derecho subjetivo que derivaba de la condición de ciudadano sin exclusión ni condicionamiento de ningún tipo.

No obstante, las disposiciones normativas citadas y el reconocimiento constitucional del derecho a la asistencia sanitaria pública, lo cierto es que durante demasiado tiempo no se reconoció tal derecho a concretos y determinados colectivos, una clara minoría en el conjunto de la inmensa mayoría de los ciudadanos que tenían reconocido tal derecho básico y esencial.

Y entre esos colectivos se han encontrado y se encuentran los profesionales que ejercen su actividad por cuenta propia (Abogados, Arquitectos, y otros profesionales liberales), excluidos del derecho a la protección a la salud, sin recibir las prestaciones sanitarias que el resto de ciudadanos vienen recibiendo ni por tanto ser titulares de la tarjeta sanitaria, lo cual constituía una evidente discriminación al producirse una situación de desigualdad carente de toda justificación objetiva razonable y desde luego desconociéndose, para este colectivo, el carácter universal y gratuito de la asistencia sanitaria pública.

II.- La Ley General de Salud Pública, Ley 33/2011 de 4 de Octubre (BOE 5 de Octubre de 2011), al fin extendió el derecho a la asistencia sanitaria pública a los profesionales, que ejerciendo por cuenta propia, no tenían reconocido tal derecho.

En efecto, la citada Ley General de Salud Pública contiene una norma específica (la Disposición Adicional Sexta), que fue aprobada de forma unánime por todos los Grupos Políticos parlamentarios y que literalmente dice:

"Disposición Adicional Sexta. Extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública

1. Se extiende el derecho al acceso 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 jurídico.

Esta extensión, que tendrá como mínimo el alcance previsto en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se hace sin perjuicio de lo expresado en los apartados siguientes y de la exigencia de las correspondientes obligaciones a aquellos terceros legalmente obligados al pago de dicha asistencia de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad, en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y de lo dispuesto en los reglamentos comunitarios europeos y convenios internacionales en la materia.



La extensión prevista en este apartado será efectiva para las personas que hayan agotado la prestación o el subsidio de desempleo a partir del 1 de enero de 2012. Para el resto de colectivos afectados se realizará, atendiendo a la evolución de las cuentas públicas, en los términos previstos en el apartado 3.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o de beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por MUFACE, MUGEJU o ISFAS, que mantendrán su régimen jurídico específico. Al respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo a la normativa vigente.
3. En el plazo de seis meses, el Gobierno determinará reglamentariamente los términos y condiciones de la extensión del derecho para quienes ejerzan una actividad por cuenta propia."

Por tanto, la Ley 33/2011, que es una norma básica, cuyo título competencial se asienta en el artículo 149.16ª de la CE, extendió el derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles que residiendo en el territorio nacional, no se les podía reconocer tal derecho en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico. El apartado 3 de la citada Disposición Adicional Sexta contenía un mandato imperativo al Gobierno para que en el plazo de 6 meses determinase, por vía de Reglamento, los términos de tal derecho para quienes ejerciesen una actividad por cuenta propia. En el caso de las personas que hubiesen agotado la prestación o el subsidio de desempleo, se hizo efectivo el derecho a partir de 1 de Enero de 2012 y "para el resto de colectivos afectados" (entre ellos los profesionales por cuenta propia) se realizaría en función de la evolución de las cuentas públicas.

A partir por tanto de la Ley 33/2011, Ley General de Salud Pública, los profesionales por cuenta propia veían reconocido su derecho, constitucionalmente proclamado y negado en la práctica, a recibir asistencia sanitaria pública en las mismas condiciones que el resto de personas.

III.- El Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril (BOE 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 no ha derogado expresamente la Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011 General de Salud Pública, si bien, la situación de los profesionales por cuenta propia no se contempla en el artículo 3 del citado Real Decreto Ley.

El mencionado Real Decreto Ley ha introducido una alteración y modificación sustancial en el régimen jurídico del derecho a la Asistencia sanitaria pública, con el alcance que luego precisaremos, por cuanto a partir de su vigencia se desconoce de manera esencial ese carácter de derecho subjetivo a la asistencia sanitaria pública, pasando a ser una prestación que deriva o se reconoce en función de la "condición



de asegurado”, concepto que introduce el texto del Real Decreto Ley de tal manera que desaparece la configuración normativa hasta la fecha vigente y con el anclaje en los preceptos constitucionales citados, de un derecho fundamental cuya titularidad corresponde a los ciudadanos como tales y de carácter universal, gratuito, sin exclusiones ni condicionamientos.

Así, es preciso señalar que el texto normativo del Real Decreto Ley no es congruente con lo que señala la propia Exposición de Motivos en la que se enfatiza el gran logro que ha supuesto para nuestro Estado de Bienestar la creación del Sistema Nacional de Salud, “dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial”.

A continuación se alude a los factores y circunstancias que han conducido a dicho sistema sanitario a una situación de grave dificultad económica. Se reafirma en la misma Exposición de Motivos que el modelo sanitario español, que garantiza la protección de la salud se sustenta **“con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios”**. Y más adelante, se recuerda, en la misma Exposición de Motivos, que el Estado es el que asume, a través de las transferencias presupuestarias a las Comunidades Autónomas, **“la financiación pública de la asistencia sanitaria, desvinculándose con ello la asistencia sanitaria de las aportaciones a la Seguridad Social”**.

El artículo 1 del mencionado Real Decreto Ley, modifica la antes citada Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, dando una nueva redacción al artículo 3, que a su vez también ha sido modificado por la Ley 2/2012 de 29 de Junio, en los términos siguientes:

“Artículo 3. De la condición de asegurado.

1. La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.

2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

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, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.

d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y encontrarse en situación de desempleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.



3. En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

4. A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

5. Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

6. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo con la normativa vigente”.

A la vista del precepto del Real Decreto Ley 16/2012, que está en vigor desde el pasado 24 de Abril de 2012, los profesionales que ejerzan su actividad profesional por cuenta propia no estarían comprendidos en la condición de asegurados, si no están afiliados a la Seguridad Social como trabajadores por cuenta ajena, por cuenta propia, o no tengan la condición de pensionista o perceptores de las prestaciones por desempleo; y sólo podrían tener tal condición si sus ingresos no superan los límites que reglamentariamente se establezcan.

Sin perjuicio de ello, así como el texto del Real Decreto Ley modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de Mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, lo cierto es que ni se modifica ni se deroga formalmente la Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011, ni se hace ninguna mención en la exposición de motivos del citado Decreto Ley a la mencionada Ley.

No hay pues derogación expresa de la Disposición Adicional Sexta de la Ley General de Salud Pública de 4 de Octubre de 2011, tal y como se hubiese requerido en virtud del principio de seguridad jurídica.



Podría interpretarse que en virtud de la Disposición Derogatoria Única del Real Decreto Ley 16/2012, que contiene la fórmula de estilo genérica de considerar derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo establecido en dicho Decreto Ley, se ha producido una derogación tácita de la citada Disposición Adicional Sexta, tal argumentación tendría que partir de la existencia de una incompatibilidad entre ambas disposiciones legales, y aquí lo que se produce, más que una oposición es un vacío normativo al no haberse incluido entre los supuestos del derecho a la asistencia sanitaria el de los profesionales por cuenta propia.

Además se contiene un mandato imperativo y expreso en el apartado 3 de la citada Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011 para que el Gobierno determinase reglamentariamente "los términos y condiciones de la extensión del derecho para quienes ejerzan una actividad por cuenta propia". Es decir, se trataba de una disposición singular y específica para los profesionales que ejercen por cuenta propia, y por tanto, el Real Decreto Ley 16/2012 no tuvo en cuenta esa norma que por ese carácter singular y especial no cabría su derogación posterior por una norma general, con un alcance además enfocado a la sostenibilidad del sistema, teniendo en cuenta que la Jurisprudencia del Tribunal Supremo ha reiterado el principio conocido de que una Ley general posterior no deroga la especial anterior.

Por tanto, se ha producido a partir del Decreto Ley 16/2012 una situación de evidente inseguridad jurídica para los profesionales por cuenta propia en cuanto a su derecho a la asistencia sanitaria, por cuanto si bien es cierto que no se ha producido una derogación expresa de la Adicional Sexta de la Ley 33/2011, lo cierto es que tal derecho no se ha visto contemplado en las disposiciones del Decreto Ley ni desde luego en los supuestos del artículo 3, antes analizado del mismo, lo que requiere una labor necesaria de armonización normativa.

IV.- El artículo 2 del Proyecto de Real Decreto, que regula condición de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria de España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, resulta ilegal al desarrollar el Decreto Ley 16/2012 que es contrario a la Constitución.

La Exposición de Motivos del proyecto de Real Decreto, señala que el mismo tiene como habilitación la Disposición Final Segunda del Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril, que autorizaba al Gobierno y al titular del Ministerio de Sanidad para dictar las disposiciones y adoptar las medidas necesarias para el desarrollo y ejecución de lo establecido en aquel.

Esta habilitación normativa parte pues del citado Decreto Ley 16/2012, que no se ajusta a los límites y presupuestos constitucionales.

En este sentido el artículo 86 de la CE establece los límites para la emanación de Decretos-Leyes por el Gobierno. En primer lugar se requiere un presupuesto habilitante: que concurra un supuesto de "extraordinaria y urgente necesidad", que como ha dicho el Tribunal Constitucional no es una cláusula o expresión vacía de significado, al margen de la apreciación política del Gobierno "si



no la constatación de un límite jurídico a la actuación mediante Decretos-Leyes" (sentencia del TC de 28 de Octubre de 1997).

En este caso, la Exposición de Motivos del Real Decreto Ley justifica la extraordinaria y urgente necesidad en las circunstancias de la grave situación de sostenibilidad financiera y económica, que por diversas razones presenta el Sistema Nacional de Salud y en este sentido se señala que se hacen necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad y en concreto "regular, sin más demora, la condición de asegurado, con el fin de evitar algunas situaciones de prestación sanitaria que se están produciendo en la actualidad y que están debilitando de forma alarmante la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud". Esta justificación podrá servir para otros contenidos del Real Decreto Ley y para otras medidas que contiene, pero **en modo alguno esas razones justifican la negación del derecho a la asistencia sanitaria pública a los profesionales por cuenta propia por razones de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud;** en primer término porque estamos hablando de un derecho fundamental y con reconocimiento constitucional y en segundo lugar porque en la actualidad tales profesionales por cuenta propia, no afiliados a ningún régimen de la Seguridad Social, no reciben la asistencia sanitaria pública y en consecuencia ello no tiene incidencia alguna en la capacidad financiera del sistema.

Hay una razón poderosa que desvirtúa el presupuesto habilitante de que concurren razones de urgencia y necesidad: hace poco más de 6 meses, es decir, en plena crisis económica y con los mismos problemas de sostenibilidad del sistema, **todos los Grupos Parlamentarios por unanimidad extendieron el derecho a la asistencia sanitaria pública a los profesionales por cuenta propia, por lo que ahora, sin mencionar para nada el Real Decreto Ley a la Ley General de Salud Pública se niega la condición de asegurados y por tanto el derecho a la asistencia sanitaria pública a tales profesionales.** Es más ya se tuvo en cuenta la situación económica cuando se señalaba que el reconocimiento efectivo atendería a la evolución de las cuentas públicas; pero lo que no se puede ahora **por la vía de un Real Decreto Ley, desconocer y negar de forma palmaria un derecho constitucional, de carácter universal.**

Además de ello, el Tribunal Constitucional viene insistiendo en la necesidad de acreditar que la urgencia impida la tramitación mediante el procedimiento legislativo ordinario.

En este caso, el Gobierno no ha justificado tal criterio decisivo, toda vez que sin cuestionar la crisis de financiación del sistema de salud pública, derivado de una aguda crisis económica que se alarga ya varios años y que afecta al conjunto del sistema financiero, lo cierto es que nada impedía ni hubiera impedido que las disposiciones contenidas en la Real Decreto Ley se hubiesen tramitado por el procedimiento legislativo ordinario, incluso aunque fuese por el trámite de urgencia, pero a través de un proyecto de Ley con posibilidad de debate en el órgano de representación de la soberanía nacional en una cuestión tan trascendente para el conjunto de ciudadanos y para el interés público, como es la regulación de la asistencia sanitaria pública.

Una cosa es que para la sostenibilidad del sistema se aplicasen las medidas con la mayor urgencia posible, y otra sustraer del procedimiento legislativo



ordinario una materia tan relevante, cuando no se motiva ni justifica este extremo singular, **por lo que no habiéndose justificado la urgencia, ha de entenderse que el Real Decreto Ley 16/2012 vulnera el artículo 86.1 de la CE.**

No sólo ha de cumplirse con la acreditación y motivación adecuada de la extraordinaria y urgente necesidad, sino que el citado artículo 86 de la CE impone otro límite de carácter material, como presupuesto necesario para la adecuación del Decreto Ley al Texto Constitucional.

El citado artículo 86 de la CE, establece un límite de carácter material, en el sentido de que hay unas materias que están vedadas a su regulación por Decretos-Leyes, tales como el ordenamiento de las instituciones básicas del Estado, el Derecho Electoral General, el derecho de las Comunidades Autónomas y "los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos regulados en el Título I". En este caso, el artículo 43 comprendido dentro del Título I, es el que reconoce el derecho a la protección de la salud en su apartado 1 y dispone en su apartado 2 que, "la Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto". Lo que hace el Real Decreto Ley no es solo adoptar unas medidas o reformas para la sostenibilidad del sistema, si no que va mucho más allá.

Es decir, bajo esa cobertura o justificación normativa, lo que hace el Real Decreto Ley es alterar, significativamente el derecho constitucional a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria pública. **Esta afectación constitucional incide de manera esencial y determinante, toda vez que penetra a través de un Decreto Ley en el propio contenido del derecho de los profesionales por cuenta propia a la asistencia sanitaria pública negándoles tal derecho al excluirles de la condición de asegurados.**

Como ha señalado la sentencia 245/2004 del TC, que se cita en la misma Exposición de Motivos del Real Decreto Ley, la penetración en materias excluidas del ámbito de regulación de los mismos, **no puede afectar, en el sentido constitucional del término a las materias excluidas, y en este sentido la misma sentencia del TC deja claro que esa afectación constitucional se produce cuando se altera de manera sustancial los derechos de los ciudadanos, que es justamente lo que aquí acontece.**

El mismo Tribunal Constitucional, en el Auto reciente nº 82/2011 de 7 de Junio, recuerda que "reiterada doctrina jurisprudencial ha venido manteniendo en la interpretación de los límites materiales del Decreto Ley una posición equilibrada que evite los concepciones externas, de modo que la cláusula restrictiva del artículo 86.1 CE (no podrá afectar) debe ser entendida de modo que no reduzca a la nada el Decreto Ley, que es un instrumento normativo previsto por la Constitución "del que es posible hacer uso para dar respuesta a las perspectivas cambiantes de la vida actual" (STC 6/1983, de 4 de Febrero, RTC 1983,6, F.). de conformidad con ese criterio hermenéutico, **lo que le está vedado al Decreto Ley, por el juego del límite material ahora examinado, es la regulación del "régimen general de los derechos, deberes y libertades del título I CE" o que "se vaya en contra del contenido o elementos esenciales de alguno de tales derechos"** (STC 111/1983, de 2 de Diciembre, F.8), de modo que, de aquél límite se infiere o concluye que el Decreto Ley "no puede alterar ni el régimen general ni los elementos esenciales" de los derechos, deberes y libertades del título I CE(SSTC



182/1997, de 28 de Octubre, RTC 1997\182, F.7; 137/2003, de 3 de Julio, RTC 2003, 137, F.6; 108/2004, 30 de Junio, RTC 2004, F.7; 189/2005, 7 de Julio, RTC 205,189, F.7”.

En nuestro caso, el Real Decreto Ley 16/2012 ha afectado de manera esencial y relevante el derecho constitucional a la salud pública que el artículo 43 de la CE reconoce a todos los ciudadanos, en la medida en que desaparece el concepto de derecho a la asistencia sanitaria pública, vinculado a esa condición de ciudadano y lo que efectúa el Real Decreto Ley es establecer una condición de “asegurado”, es decir, unos supuestos concretos en los que se tendrá derecho a la asistencia sanitaria, supuestos concretos que se desligan del concepto de ciudadano como titular de derechos fundamentales y se vinculan a situaciones concretas y específicas.

Conviene precisar que aún cuando el artículo 43 de la CE sea un principio rector de la política social y económica, no significa que no haya de ser respetado y en concreto en el derecho a la asistencia sanitaria pública, en la regulación a través de un Real Decreto Ley. El Tribunal Constitucional ha sido muy claro al señalar que el reconocimiento y protección de este derecho vincula a todos los poderes públicos; pero es que además, cuando el artículo 86 establece como límite del ámbito material de los Decretos Leyes a los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos, se refiere, sin exclusión, a los que están regulados en el Título I, que lleva por título “De los derechos y deberes fundamentales”, y desde luego el artículo 43 se enmarca dentro del Título I, aunque tenga esa configuración de principio rector de la política social.

Ahora, a partir del Real Decreto Ley, no hay un derecho como tal, subjetivo y reconocido legalmente, a la asistencia sanitaria pública, sino que la misma se otorgará únicamente “a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado”, por emplear la expresión literal del apartado 2 del artículo 3 de la Ley 16/2003, en la redacción dada por el artículo 1 del Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril. Esta condición, se fundamenta en supuestos tales como: ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, siempre que exista un alta a la Seguridad Social; ser pensionista de la SS; ser perceptor de cualquier otra prestación de la seguridad social, incluidas las de desempleo; o haber agotado esta prestación de desempleo y encontrarse en situación de tal.

Es significativo al respecto, que el apartado 3 del artículo 3 de la Ley 16/2003, en la redacción que le ha dado el artículo 1 del Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril, dispone que en los casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos establecidos, las personas de nacionalidad española, o de algún estado miembro de la Unión Europea, del espacio económico europeo o de Suiza que resida en España, o de los extranjeros que tengan una autorización para residir en territorio español “**podrán** ostentar la condición de asegurado, siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente”.

La quiebra por tanto del sistema normativo anterior es radical y desde luego la afectación al derecho constitucional a la asistencia sanitaria pública, toda vez que en aquellos supuestos en que no se den las previsiones del apartado 2 del artículo 3, antes señaladas, se establece, no un derecho, sino una facultad o posibilidad de ostentar la condición de asegurado, quedando en cualquier caso tal facultad a



merced del desarrollo reglamentario que determine el límite de ingresos para poder llegar a ostentar tal condición. Es decir, ni siquiera el Decreto Ley fijó ese límite, que es determinante para poder obtener tal reconocimiento de asegurado, y es ahora el proyecto de Decreto del Gobierno el que establece ese límite.

Por tanto, si el Real Decreto Ley supone una afectación señaladamente esencial y manifiesta en el derecho constitucional a la asistencia sanitaria pública, reconocido en el artículo 48 de la CE, derecho fundamental comprendido en el Título I del texto constitucional, se produce una invasión por parte del Real Decreto Ley de los límites que tiene vedados y que prescribe el mencionado artículo 86.1 del texto constitucional, de lo que resulta un vicio manifiesto de inconstitucionalidad del citado Real Decreto Ley 16/2012 y por tanto el proyecto de Decreto, objeto de estas alegaciones, resulta ilegal, al desarrollar una norma con dicho vicio de inconstitucionalidad.

Ha de añadirse que el artículo 3 de la Ley 16/2003, en la redacción que le ha dado el artículo 1 del Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril, resulta contrario a la Constitución por vulnerar de manera grave y esencial el derecho fundamental a la igualdad, reconocido en el artículo 14 de la CE, toda vez que se establece una manifiesta discriminación entre españoles, en orden al reconocimiento de la asistencia sanitaria pública, al distinguir entre asegurados y no asegurados, es decir, quienes tienen garantizada la asistencia sanitaria pública y quienes quedan privados de la misma, por ejemplo, entre éstos últimos, profesionales por cuenta propia que no coticen a la Seguridad Social cuando además una Ley que no ha sido derogada expresamente, como es la Ley General de la Salud Pública de 4 de Octubre de 2011, les ha reconocido de forma expresa ese derecho a la asistencia sanitaria pública.

La discriminación se produce porque no es una justificación razonable la que se establece en el artículo 3 o la razón de excluir a determinadas personas, como los profesionales señalados, por la circunstancia de que no coticen o estén dados de alta en algún régimen de la Seguridad Social, teniendo en cuenta que la sanidad pública, como se ha puesto de manifiesto y como incluso deja bien claro la Exposición de Motivos del Real Decreto Ley (apartado 3), se financia por el Estado a través de las transferencias presupuestarias a las Comunidades Autónomas, desvinculándose la asistencia sanitaria de las aportaciones a la Seguridad Social. Dicho con rotundidad, la sanidad pública se financia a través de la vía de impuestos, y no con las cotizaciones a través de la Seguridad Social.

El Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril, en la redacción que ha dado al artículo 3 de la Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, además de alterar significativamente el régimen jurídico de la prestación y asistencia sanitaria pública de España, contempla ahora la condición de asegurado, como elemento central en orden a recibir dicha asistencia sanitaria pública.

Sin embargo, establece distintos supuestos vinculándose en el artículo 3, apartado 2 de la citada Ley 16/2003, en la redacción dada por el artículo 1.1 del citado Real Decreto Ley, la condición de asegurado a cotizar algún régimen de la Seguridad Social, sobre lo que más adelante nos detendremos.



Luego, en el apartado 3 del mismo artículo 3, prevé extender a otros supuestos concretos que señala el recibir la prestación de asistencia sanitaria pública, y en el apartado 4 también se extiende esa condición de asegurados a otros supuestos.

Resulta relevante la comparación entre ambos apartados que a continuación transcribimos literalmente:

“Artículo 3. De la condición de asegurado

3.- En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

4.- A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%”.

Ambos apartados contemplan la extensión de la condición de asegurados a una serie de personas en las que concurre la misma circunstancia, como es que no tienen una cotización a ningún régimen de la Seguridad Social, y sin embargo se establece una diferencia de trato, que produce una desigualdad en sus consecuencias jurídicas, que no es objetiva y razonable, es decir, una desigualdad que conforme a la Jurisprudencia conocida del TC, supondría una vulneración del principio constitucional de igualdad.

Ha de repararse en que mientras que las personas del apartado 4 ven reconocido su derecho a la asistencia sanitaria, por el contrario las personas a las que se refiere el apartado 3 solamente “podrán ostentar la condición de asegurado”, es decir, no hay un reconocimiento expreso ni de un derecho ni de una situación jurídica individualizada, sino únicamente de una posibilidad que además en última instancia va a depender de la decisión de la Administración Pública. Además, se establece una fórmula “en blanco”, ya que no se determina ni fija el umbral concreto que delimitará la posibilidad de recibir la asistencia sanitaria pública, sin que quepa efectuarlo a través de un desarrollo reglamentario, teniendo en cuenta el artículo 43 de la CE, referido al derecho de la protección a la salud, establece una clara reserva de Ley en cuanto al establecimiento de los derechos y deberes a recibir las prestaciones sanitarias.

En el caso del apartado 3, del artículo 3 de la Ley 16.2003 de 28 de Mayo, en la redacción que le ha dado el artículo 1, es decir, por esta vía del Decreto Ley, se ha desconocido ese principio de reserva de Ley del artículo 43.2 de la CE que resulta así por tanto patentemente vulnerado.



Por ello, ha de entenderse que **el apartado 3 del artículo 3 de la Ley 16/2003 tal y como ha sido redactado por el artículo 1.1 del Decreto Ley 16/2012, es contrario a la Constitución por vulnerar de una parte el principio de igualdad del artículo 14 de la CE, y de otra el principio de reserva de Ley del artículo 43 de la CE.**

V.- Incongruencia del texto del proyecto de Real Decreto con los principios básicos del Sistema Nacional de Salud, que la propia Exposición de Motivos menciona.

El texto de proyecto de Real Decreto regula la condición de asegurado y de beneficiario, a efectos de la asistencia sanitaria de España con cargo a los fondos públicos del Sistema Nacional de Salud.

Esencialmente, su contenido tiene por objeto desarrollar la condición de asegurado, señalada en el artículo 3 de la Ley 16/2003, en la redacción que le ha dado el artículo 1 del Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril, sobre la condición de asegurado. Y más concretamente, se desarrolla el apartado 3 del artículo 3 de dicha Ley, estableciéndose que las personas que no se encuentren en ninguno de los supuestos del apartado 2, serán aquellas que no tengan ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria, siempre que sean nacionales españoles y residan en territorio español; nacionales de algún estado miembro de la Unión Europea, del espacio económico de la Unión Europea o de Suiza y residan legalmente en territorio español; y por último, nacionales de un país distinto a los señalados y que tengan autorización para residir en territorio español.

El proyecto de Real Decreto también regula la condición de beneficiario de las personas aseguradas y los artículos 4, 5 y 6 se refieren al reconocimiento de tales condiciones, bien de oficio o a solicitud del interesado, lo que pone de manifiesto que tendrá que haber una resolución administrativa que reconozca tales condiciones.

Esta regulación normativa del proyecto de Real Decreto y por las razones que anteriormente se han expuesto, contradicen abiertamente los principios básicos en que de siempre ha descansado nuestro Sistema Nacional de Salud: la universalidad, la financiación no contributiva y la configuración de la asistencia sanitaria como un derecho subjetivo fundamental, reconocido en la CE para todos los ciudadanos, sin exclusiones, limitaciones ni condiciones.

Y significativamente, la exposición de motivos recoge estos principios, cuando habla de que todos los españoles "son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1.2 de la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, quedando definido así el marco del derecho a la atención universal sanitaria de España.

Y añade la misma Exposición de Motivos, que:

"La Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley 33/2011, de 4 de Octubre, General de Salud Pública, a través de su disposición adicional sexta, complementaron la Ley 14/1986, de 25 de Abril,



contemplando la progresiva extensión del derecho de acceso 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 jurídico.

La citada Ley 16/2003, de 28 de Mayo, estableció entre los principios informadores contenidos en su artículo 2 el de la financiación pública del Sistema Nacional de Salud de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica plasmado, en sus términos fundamentales, en la Ley 22/2009, de 18 de Diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía determinadas normas tributarias.

Así pues, ambos principios, el de universalidad y el de financiación no contributiva, configuran nuestro sistema Nacional de Salud”.

Así pues, no es congruente el texto normativo del proyecto de Real Decreto con los propios enunciados de la Exposición de Motivos, de tal manera que para lograr esa coherencia y evitar esas contradicciones notorias, se hace necesario la reconsideración del proyecto de Real Decreto para ajustar precisamente su contenido a los principios que señala en la exposición de motivos.

VI.- El artículo 2 del proyecto de Real Decreto resulta contrario a la legalidad, en lo que afecta al derecho a la asistencia sanitaria pública a los profesionales por cuenta propia, en la medida que fija como parámetro para recibir la misma un determinado umbral de ingresos, lo que no se ajusta ni a la Constitución ni a la Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011 que expresamente no ha sido derogada.

Como ya hemos anticipado, el artículo 2, en su apartado b), extiende la condición de aseguradas las personas que “no teniendo ingresos superiores en cómputo anual a 100.000 € ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, se encuentren en algunos de estos supuestos (...)”.

El establecimiento de un límite económico en función de los ingresos anuales supone un criterio de arbitrariedad y de discriminación para establecer el límite del derecho a la asistencia sanitaria pública. O dicho con más claridad, a partir de ahora, sólo se podrá tener garantizada la asistencia sanitaria pública en los supuestos del apartado 3 del artículo 3 de la Ley 16/2003 si no se tienen ingresos superiores a 100.000 € ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria, lo cual como ya vimos, es manifiestamente contrario al derecho de igualdad, reconocido en el artículo 14 de la CE, y desde luego a los principios que con énfasis señala la Exposición de Motivos del mismo proyecto de Real Decreto de universalidad y de financiación no contributiva.

La asistencia sanitaria por su propia naturaleza de prestación básica, con reconocimiento constitucional, no puede quedar a merced de unos criterios de ingresos económicos del ciudadano, cuando ese ciudadano que puede estar por encima de dicho umbral, también paga los impuestos y es titular de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución.



Por ello, establecer un límite de ingresos, no puede justificarse en razón a la aguda coyuntura económica que padece España, toda vez que una cosa son las reformas de todo orden necesarias, de carácter presupuestario y de ajuste fiscal, y otra muy diferente, es negar el derecho, y el derecho se niega cuando se establece ese criterio, que siempre será arbitrario por su propia naturaleza, ya que siempre será discutible porqué se fija esa cifra y no otra, y además, al tratarse de un cómputo anual, de muy difícil control y verificación. Piénsese en los profesionales por cuenta propia cuyos ingresos suelen ser oscilantes, de tal manera que resulta contrario a toda lógica y desde luego incurre en arbitrariedad, pensar que ese profesional un año podrá tener derecho a la asistencia sanitaria pública si un año no rebasa esa cifra y otro año no, si coyunturalmente ha tenido ingresos superiores a la misma, lo que pone de manifiesto lo arbitrario e injustificado del criterio que establece el proyecto de Real Decreto.

En conclusión de este apartado, el artículo 2 del proyecto de Real Decreto incurre en arbitrariedad, y por tanto en ilegalidad por vulneración del principio de interdicción de la arbitrariedad, consagrado en el artículo 9.3 de la CE.

VII.- El artículo 2 del Proyecto de Real Decreto es contrario al principio constitucional de igualdad reconocido en el artículo 14 de la CE, por establecer un trato diferenciado no justificado, con las previsiones del artículo 3.

En este punto, nos remitimos a lo que anteriormente se ha expuesto en la Alegación IV, en relación con los apartados 3 y 4 del artículo 3 de la Ley 16/2003 de 28 de Mayo, en la redacción que le ha dado el artículo 1.1 del Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril.

Existe una clara diferencia de trato entre el artículo 2 y el artículo 3 del proyecto de Real Decreto, en orden del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria pública. En el primero de ellos, se condiciona tal reconocimiento a no tener ingresos superiores "en cómputo anual a 100.000 € ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía"; y el artículo 3, que se refiere a la condición de beneficiario de una persona asegurada, reconoce tal condición por razón de circunstancias personales (ser cónyuge o ex-cónyuge de la persona asegurada, descendiente o similar a este de la persona asegurada, etc.), sin condicionamiento del umbral económico de ingresos.

Ello produce un trato diferenciado cuando las personas a que se refieren los artículos 2 y 3 tienen la misma circunstancia de no cotizar a la Seguridad Social, y sin embargo, se establece ese criterio arbitrario del umbral económico en los supuestos del artículo 2 que por ello resulta contrario al principio de igualdad y por tanto ilegal.

VIII.- Ilegalidad del artículo 6 del Proyecto de Real Decreto, en relación con el artículo 5, al establecer un trato diferenciado no justificado en cuanto al reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario.

El Proyecto de Real Decreto, en el artículo 5, se refiere al reconocimiento de oficio de la condición de asegurado o beneficiario y el artículo 6, regula el reconocimiento del asegurado o beneficiario "previa solicitud del interesado".



Pues bien, este distinto tratamiento en orden al procedimiento para reconocer la condición de asegurado o beneficiario, tiene la consecuencia de que en el caso de los supuestos del artículo 5 la Administración Pública competente, una vez que comprueba que concurren los requisitos del artículo 3, reconoce "de forma automática" tal condición; mientras que en el supuesto del artículo 6, es el interesado el que ha de solicitarlo y está a expensas de la resolución que dicte la Administración Pública competente, que como se desprende de la propia redacción del párrafo final de dicho artículo, puede ser de reconocimiento o de denegación de tal condición.

Y este diferente tratamiento jurídico, se pretende justificar para determinados colectivos de personas. Concretamente el artículo 5 (el reconocimiento de oficio), alude a los supuestos del artículo 2.1.a) y 2.1.b), en este último caso, siempre que, a la entrada en vigor del Real Decreto, dispusieran de una tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud.

Por ello, entre otros colectivos, aquellos profesionales que realicen una actividad profesional por cuenta propia y no dispongan de tarjeta sanitaria, tendrán que acudir a solicitar su reconocimiento de asegurados, siempre que sus ingresos anuales no superen el umbral establecido, siendo una diferencia de trato que no se justifica objetiva y razonablemente.

En consecuencia, el artículo 6 del Proyecto de Real Decreto, resulta ilegal por vulnerar el principio de igualdad del artículo 14 de la CE.

IX.- Resulta inapropiado y contrario al ámbito competencial otorgar al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina, la facultad del reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario, que se contempla en los artículos 4 apartado 1 y apartado 4; artículo 6 apartado 4; artículo 8 apartado 1 y artículo 9 del Proyecto de Real Decreto; y pueden entrar en contradicción con competencias propias de las Comunidades Autónomas en esta materia.

El proyecto de Real Decreto confiere al Instituto Nacional de la Seguridad Social o en su caso al Instituto Social de la Marina el reconocimiento de la condición de personal asegurada o beneficiaria a efectos de poder recibir la prestación de asistencia sanitaria pública, de tal manera que dichos Organismos Públicos van a ser quienes tramiten los correspondientes procedimientos, y resuelvan los mismos bien de oficio o bien en su caso a petición de los interesados, conforme disponen los artículos 5 y 6 del proyecto de Real Decreto.

Ello no parece adecuado, teniendo en cuenta que es contradictorio con el hecho de que la prestación de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos se efectúa por el Sistema Nacional de Salud y no por la Seguridad Social.

El propio artículo 1 del proyecto de Real Decreto lo dice expresamente cuando señala que tiene por objeto: "*la regulación de la condición de asegurado y de beneficiario del mismo a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud*".



En el mismo sentido cabe mencionar el artículo 2 de la Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que enumera los principios que informan dicha Ley, y entre ellos el de la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Por tanto, el atribuir ahora al Instituto Nacional de la Seguridad Social o en su caso al Instituto Social de la Marina, tales competencias sobre reconocimiento de la condición de asegurado y beneficiario, supone una disfunción normativa y una complejidad en la práctica.

En efecto, por una parte entraña una clara disfunción normativa porque esos organismos públicos no son los prestadores de la asistencia sanitaria pública, introduciendo así una vinculación con unos organismos de la Seguridad Social que no es acorde con el principio esencial de que la financiación de la asistencia sanitaria se efectúa por el Estado a través de las transferencias presupuestarias a las Comunidades Autónomas y por tanto están desvinculada la financiación de la asistencia sanitaria de las aportaciones a la Seguridad Social.

Por otro lado, ello va a generar problemas en la práctica y en la gestión administrativa, que se hace más compleja en vez de simplificarse. La prueba de ello es que el artículo 9 del proyecto de Real Decreto establece que el Instituto Nacional de la Seguridad Social o en su caso el Instituto Social de la Marina tendrán que recabar de otros órganos de las Administraciones Públicas los datos necesarios para poder verificar que concurren los requisitos exigidos para ostentar la condición de persona asegurada o beneficiaria; y también tendrán que comunicar "diariamente" al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los datos relativos al reconocimiento, variación y extinción de la condición de persona asegurada o beneficiaria, "así como la participación que corresponda a las mismas en la prestación farmacéutica y su límite de aportación, en su caso".

En definitiva se establece un sistema inadecuado y complejo, con unas cargas administrativas innecesarias, lo que se evitaría otorgando esa competencia a los órganos correspondientes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad o en su caso, a los órganos de las Comunidades Autónomas que tengan competencia en esta materia.

En este último punto cabe también añadir que, los preceptos mencionados del proyecto de Real Decreto **podrían ser contrarios a los Estatutos de Autonomía de aquellas Comunidades Autónomas en que esas funciones de carácter ejecutivo y administrativo corresponden a las mismas según sus Estatutos de Autonomía**; por lo que los preceptos mencionados plantean también serios problemas de orden competencial con las Comunidades Autónomas.

X.- El proyecto de Real Decreto no deja claro el ámbito competencial propio que en materia sanitaria ostentan las Comunidades Autónomas.

La única disposición que se ocupa del régimen de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, en esta materia, es la Disposición Final Primera, que dice literalmente:



“El presente Real Decreto se dicta al ampro de lo dispuesto en las reglas 16ª y 17ª de la Constitución Española que atribuyen al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y de régimen económico de la Seguridad Social, respectivamente. Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo anterior, la disposición final segunda”.

Como se desprende del texto de dicha Disposición Final Primera, el título competencial básico o prevalente que se esgrime para la aprobación del Real Decreto no es otro que el del artículo 149.1.16 de la CE que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre “Bases y Coordinación General de la Sanidad”.

El TC ha precisado, a través de su doctrina jurisprudencial, lo que se entiende por ese concepto de “Bases y Coordinación General de la Sanidad”, señalando que por tales (sentencia 22/2012), habrá que comprender que son los “principios normativos generales que informa u ordenan una determinada materia, constituyendo, en definitiva el marco o denominador común de necesaria vigencia en el territorio nacional”.

El mismo TC también ha dejado claro que lo que no puede el Estado es desarrollar dichas bases de la sanidad de tal manera que se vacíen por completo de contenido las competencias que las Comunidades Autónomas han asumido sobre esta materia.

Ello se traduce en que las Comunidades Autónomas que tengan asumidas competencias en esta materia podrán desarrollar esa bases generales de la sanidad, respetando siempre ese mínimo común denominador y el principio de autonomía financiera o suficiencia presupuestaria, por lo que es legítimo que una Comunidad Autónoma pueda respetando dichas bases, mejorar o extender las prestaciones sanitarias, siempre en el ámbito de sus competencias.

Y ello precisamente es lo que han efectuado varias Comunidades Autónomas, a través de Leyes y Disposiciones que han emanado en ejercicio de sus competencias estatutarias y en concreto en el ámbito de la extensión y reconocimiento de la asistencia sanitaria pública a varios colectivos de personas, entre otras los profesionales que ejercen su actividad por cuenta propia que gozan de la correspondiente tarjeta sanitaria.

Por ello, en el texto del proyecto del Real Decreto debería contemplarse ese respeto a las competencias propias de las Comunidades Autónomas en esta materia, y desde luego dejar clara la pervivencia de las normas y disposiciones autonómicas que han otorgado la tarjeta sanitaria, entre otros colectivos, a los profesionales por cuenta propia; toda vez que de no entenderlo de esta forma se producirían conflictos de competencia, en la medida en que se podrían desconocer o vulnerar competencias propias de dichas Comunidades Autónomas.

En virtud de todo lo expuesto y con el fin de sintetizar el conjunto de las alegaciones que se han desarrollado, se establecen las siguientes:



CONCLUSIONES Y PROPUESTAS CONCRETAS

PRIMERA.- El proyecto de Real Decreto por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargos a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud ha de contemplar y preservar lo establecido en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011 General de Salud Pública, que no ha sido derogada expresamente por el Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril, en cuanto **a la situación del régimen de asistencia sanitaria pública de los profesionales que ejercen por cuenta propia**; si bien, dicho Decreto Ley no contempla ni regula la situación de estas personas, produciéndose un vacío legal y una necesidad de armonización normativa.

SEGUNDA.- A tal fin se propone que en el texto del proyecto de Real Decreto se introduzca una nueva Disposición Adicional, que podría ser la Octava, con el siguiente tenor literal:

“Disposición Adicional Octava. Aquellas personas que ejerzan su actividad por cuenta propia se registrarán en cuanto al derecho a la asistencia sanitaria pública por lo establecido en el apartado 1, párrafo 1 y apartado 3 de la Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011 de 4 de Octubre”.

TERCERA.- El artículo 2 del proyecto de Real Decreto es ilegal y contrario a la Constitución al tener como título habilitador el Real Decreto Ley 16/2012 que es contrario a la Constitución por no justificarse la urgencia ni respetarse sus límites materiales vulnerándose el artículo 86 de la Constitución Española

CUARTA.- La regulación que efectúa el proyecto de Real Decreto es incongruente e incoherente con los principios básicos del Sistema Nacional de Salud: universalidad, financiación no contributiva y configuración de la asistencia sanitaria pública como un derecho subjetivo y fundamental, reconocido en la CE y cuyos principios la propia Exposición de Motivos del Real Decreto destaca y enfatiza.

QUINTA.- El artículo 2 del proyecto de Real Decreto resulta contrario a la legalidad, en lo que afecta al derecho a la asistencia sanitaria pública a los profesionales por cuenta propia, en la medida que fija como parámetro para recibir la misma un determinado umbral de ingresos, lo que no se ajusta ni a la Constitución ni a la Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011 que expresamente no ha sido derogada

SEXTA.- El artículo 2 del Proyecto de Real Decreto es contrario al principio constitucional de igualdad reconocido en el artículo 14 de la CE, por establecer un trato diferenciado no justificado, con las previsiones del artículo 3.

SÉPTIMA.- El artículo 6 del proyecto de Real Decreto vulnera la legalidad por establecer un trato desigual, discriminatorio y arbitrario en orden al reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario, en relación con las previsiones contenidas en el artículo 5 del mismo proyecto de Real Decreto.



OCTAVA.- Debe modificarse la competencia que se atribuye al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina, en cuanto al reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario que se contempla en el artículo 4, apartados 1 y 4; artículo 6, apartado 4; artículo 8, apartado 1 y artículo 9 del proyecto de Real Decreto, debiéndose señalar que tales competencias deben corresponder al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y a los órganos competentes de las Comunidades Autónomas en esta materia.

NOVENA.- Conservan plena vigencia y perviven las Leyes y Disposiciones normativas de las Comunidades Autónomas, que en el ejercicio propio de sus competencias, conforme a sus correspondientes Estatutos de Autonomía, han reconocido el derecho a la asistencia sanitaria pública para los profesionales por cuenta propia y que poseen las correspondientes tarjetas sanitarias.

DÉCIMA.- El proyecto de Real Decreto debe aclarar y precisar que el título competencial a que se refiere la Disposición Final Primera, en cuanto atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad, se entiende sin perjuicio de las competencias propias en esta materia que las Comunidades Autónomas hayan asumido, entendiéndose que la regulación estatal constituye el límite o denominador común mínimo a partir del cual dichas Comunidades Autónomas pueden desarrollar su ámbito competencial en materia sanitaria.

SUPLICA A VE se sirva admitir este escrito, teniendo por formuladas las alegaciones que contiene, tomándolas en consideración en la elaboración por parte de ese Alto Órgano Consultivo en el dictamen preceptivo que habrá de emitirse en relación con el Proyecto de Real Decreto 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

MADRID, 17 de Julio de 2012

Fdo/ Jordi Ludevid i Anglada
Presidente del Consejo Superior de
los Colegios de Arquitectos de España

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL CONSEJO DE ESTADO. MADRID