

REVISTA DE ESTUDIOS FRONTERIZOS DEL ESTRECHO DE GIBRALTAR

REFEG (NUEVA ÉPOCA)

ISSN: 1698-1006

GRUPO SEJ-708 PAIDI

EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS NO COMUNITARIOS EN ESPAÑA

MARÍA HIERREZUELO GUIRADO

Graduada en Derecho
maria.hierrezueloguirado@alum.uca.es

REFEG 13/2025

ISSN: 1698-1006

MARÍA HIERREZUELO GUIRADO

Graduada em Derecho
maria.hierrezueloguirado@alum.uca.es

EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS NO COMUNITARIOS EN ESPAÑA

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN. II. CONFIGURACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD Y DE LA PRESTACIÓN A LA ASISTENCIA SANITARIA. 1. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA. 2. MARCO NORMATIVO. 2.1. DERECHO DE LA UNIÓN EUROPEA. 2.2. RÉGIMEN JURÍDICO ESTATAL. 2.3. RÉGIMEN JURÍDICO AUTONÓMICO. 3. GRUPOS VULNERABLES DE EXTRANJEROS NO COMUNITARIOS. 3.1. EXTRANJEROS MENORES DE EDAD. 3.2. MUJERES EMBARAZADAS, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y DE TRATA. 3.3. EXTRANJEROS INTERNOS EN LOS CIES. 4. EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN FRONTERAS EXTERIORES. 5. EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL CONTEXTO DEL COVID-19. IV. CONCLUSIONES. V. BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN: El acceso a la asistencia sanitaria es un pilar esencial en la garantía de derechos básicos para la población, especialmente en aquellas que cuentan con un alto flujo migratorio, como es el caso de España. Mientras que los nacionales tienen asegurado su acceso a los servicios sanitarios, las personas extranjeras residentes provenientes de países no comunitarios han visto muchas veces comprometido su derecho a la asistencia sanitaria. Por tanto, conforme a una metodología jurídica y a través del análisis de fuentes positivas, de

jurisprudencia y de doctrina, este trabajo analiza y describe el régimen jurídico aplicable, así como la normativa que lo antecedió, en tres niveles importantes: Unión Europea, estatal y autonómico. De forma más específica, analiza la asistencia sanitaria de ciertos grupos vulnerables de extranjeros, la regulación de las fronteras comunitarias, al igual que, el acceso durante la pandemia global del COVID-19.

PALABRAS CLAVE: EXTRANJEROS; NO COMUNITARIOS; DERECHO PROTECCIÓN DE LA SALUD; ASISTENCIA SANITARIA; SISTEMA NACIONAL SALUD; DERECHOS PERSONAS EXTRANJEROS.

ABSTRACT: Access to healthcare is a fundamental pillar in ensuring basic rights for the population, particularly in countries with high migratory flows, such as Spain. While nationals have assured access to healthcare services, foreign residents from non-EU countries have often faced challenges in securing their right to healthcare. Therefore, following a legal methodology and through the analysis of sources of positive law, case law and legal doctrine, this study examines and describes the applicable legal framework as well as the preceding regulations, at three key levels: European Union, national and regional. More specifically, it analyses healthcare access for vulnerable groups of foreign residents, the

regulation of Community borders and the measures implemented during the global COVID-19 pandemic.

KEY WORDS: FOREIGN NATIONALS; NON-EU NATIONALS; RIGHT TO HEALTH PROTECTION; MEDICAL ASSISTANCE; NATIONAL HEALTHCARE SYSTEM; RIGHTS OF FOREIGNER.

I. INTRODUCCIÓN

Ante el aumento de la llegada de extranjeros no comunitarios¹ que buscan establecer su residencia en nuestro país ha ido creciendo en nuestra sociedad una opinión negativa² de rechazo hacia los inmigrantes que, si bien no es nueva, ahora se está relacionando su presencia en nuestro país con las deficiencias del Sistema Nacional de Salud (SNS, en adelante).

Este presente Trabajo de Fin de Grado (en adelante, TFG) tiene como objetivo general describir y analizar el régimen jurídico de los derechos de los extranjeros no comunitarios en materia de salud y su régimen competencial en España, realizando un análisis del mismo, para proporcionar una exposición definida y precisa sobre la situación jurídica actual, así como los cambios legislativos que la han precedido y posibles propuestas de mejora, haciendo especial referencia al proyecto de ley que aprobó el Gobierno en mayo de 2024 con el que se pretende proteger la universalidad del SNS.

Es por ello que, se pretende analizar el marco legal partiendo de las fuentes positivas: en primer lugar, algunos preceptos de relevancia en esta materia en la Constitución Española de 1978 como el artículo

43 sobre el derecho a la protección a la salud, el artículo 148 sobre las competencias de las Comunidades Autónomas o el artículo 149 sobre las competencias exclusivas del Estado. Asimismo, fuentes del Derecho reguladoras del contenido de este TFG, se profundizará en el Derecho de la Unión Europea y en las leyes y normas con fuerza de ley estatales y autonómicas, de distinta naturaleza (Ley Orgánica, Ley, Real Decreto-Ley o Real Decreto Legislativo), que regulan o han regulado el acceso a los servicios de salud de los extranjeros no comunitarios, tanto en materia de extranjería donde debemos destacar la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 2/2009 de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de 11 de diciembre; así como en materia de sanidad, también la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud o el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Además de analizar la regulación estatal y europea, se analizará la regulación autonómica de Andalucía en el derecho a la asistencia médica de los extranjeros no comunitarios en su territorio, así como su respuesta tras la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril.

Además, se revisarán tratados y convenios constitucionales europeos e internacionales ratificados por España, por ejemplo, en el primer caso la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión

¹ Según el Informe quincenal sobre inmigración regular de 2024, la llegada de personas en situación irregular subió un 12,5% respecto del año 2023. Esto supone la llegada de poco más de 63 mil personas a España (Ministerio del Interior, 2024; pág. 2).

² Véase el último barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de marzo de 2025, donde la inmigración fue situada como el principal problema que hay en España y como el octavo problema que afecta personalmente a las personas que contestaron la encuesta (CIS, 2025: págs. 6-8).

Europea o, en el segundo, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

Con respecto a la configuración jurisprudencial de esta materia, se revirarán las sentencias del Tribunal Constitucional relevantes en derechos de los extranjeros y su acceso a la sanidad. Por último, en cuanto a su configuración doctrinal, también se revisarán distintos artículos de revista y capítulos de libro que analizan el objeto de este TFG tanto desde un punto de vista jurídico, como desde un punto de vista sanitario, el cual nos permitirá conocer la realidad del acceso sanitario de los extranjeros no comunitarios por parte de personal presente en ese ámbito.

De forma más concreta, como primer objetivo específico, se analizará el derecho a la asistencia sanitaria en el contexto del COVID-19, para estudiar el acceso de personas extranjeras no comunitarias que se encontraban residiendo en España durante la situación de colapso que sufrieron los servicios sanitarios en la pandemia. Para ello, se ha revisado, a nivel europeo, el Reglamento (UE) 2016/369 del Consejo, de 15 de marzo de 2016, relativo a la prestación de asistencia urgente en la Unión y el Reglamento (EU) 2020/521 del Consejo, de 14 de abril de 2020, por el que se activa la asistencia urgente en virtud del Reglamento (UE) 2016/369; y a nivel estatal, el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, la Orden SND/421/2020, de 18 de mayo, por la que se adoptan medidas relativas a la prórroga de las autorizaciones de estancia y residencia y/o trabajo y a otras situaciones de los extranjeros en España, y las Instrucciones DGM 5/2020 sobre la renovación de las autoridades de residencia y/o trabajo en el contexto del COVID-19.

Como segundo objetivo específico, y en relación con el anterior, se pretende analizar el papel en el SNS del extranjero menor de edad, las mujeres embarazadas y las mujeres víctimas de violencia de género y de trata, así como los que se encuentren en Centros de Internamiento de extranjeros (CIES), por ser colectivos todavía más vulnerables.

Para ello, se utilizará una metodología jurídica, con criterios de interpretación literal, comparada, histórica, sistemática, sociológica y teleológica, por las cuales se llevará a cabo una revisión, interpretación y análisis de las distintas fuentes anteriormente citadas, un análisis comparativo entre la legislación a nivel europeo, nacional y autonómico, así como una revisión de la evolución histórica del derecho a la sanidad del extranjero no comunitario en nuestro país.

Como último punto de esta introducción, la estructura seguirá las indicaciones de la Guía para la elaboración del TFG de la Facultad de Derecho de nuestra universidad, por lo que inicia con un índice de contenidos y un resumen que contiene los puntos clave de este trabajo, seguidamente encontraremos el presente apartado a modo de introducción que cuenta con el objeto del trabajo, una enumeración de los objetivos y las fuentes, así como la justificación, la metodología y la estructura del mismo. Seguidamente, encontraremos el apartado de desarrollo que se divide en 7 subapartados: definición y ámbito del Derecho a la Sanidad y el Derecho a la Asistencia Sanitaria; análisis del marco teórico a nivel europeo, nacional y autonómico; el derecho a la sanidad en grupos vulnerables (menores, mujeres embarazadas y mujeres víctimas de violencia de género y de trata, y extranjeros internos en los CIES); el derecho a la asistencia sanitario en las fronteras comunitarias; y el derecho a la sanidad en el contexto del COVID-19. Como siguiente apartado, encontraremos las

conclusiones que servirán de cierre para las ideas planteadas durante todo el trabajo. Por último, encontraremos la bibliografía de todas las fuentes utilizadas en este TFG.

III. CONFIGURACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD Y DE LA PRESTACIÓN A LA ASISTENCIA SANITARIA

1. El derecho a la protección de la salud y el derecho a la asistencia sanitaria

Cuando se analiza la materia de la salud en el ámbito jurídico, muchas veces se hace alusión a distintos conceptos como si fueran sinónimos: el derecho de la salud, el derecho a la protección a la salud o el derecho a la asistencia sanitaria. Y si bien, parecen hacer alusión a lo mismo, debemos hacer una distinción entre ellos.

Empezando por el derecho a la salud, el cual podemos encontrar en distintos instrumentos internacionales de elevada importancia. Primeramente, el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas establece el derecho de toda persona a disponer de condiciones de vida adecuadas que garanticen, entre otras cosas, la salud. El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas establece el derecho de cada individuo a alcanzar el mayor estado posible de salud, tanto física como mental. Además, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece como derecho fundamental el disfrute del mayor nivel de salud que se pueda conseguir.

³ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es el órgano que se encarga de realizar una actividad de seguimiento para garantizar el cumplimiento de los derechos consagrados en el

Por tanto, el derecho a la salud es un derecho internacionalmente reconocido por distintos organismos. Asimismo, su contenido ha sido definido por dichos organismos, siendo un concepto más amplio que el derecho a la protección de la salud y que el derecho a la asistencia sanitaria. Citando de nuevo la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, ésta, en su primer principio básico define la salud como una condición que debe ir más allá de la simple inexistencia de enfermedad, pues debe abarcar la salubridad física, mental pero también social. Para su cumplimiento, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³ fija los “factores determinantes básicos de la salud”, es decir, aquellas circunstancias de se deben procurar lograr para cumplir con el derecho a la salud, algunas de ellas son: agua y alimentos aptos para el consumo humano, alimentación adecuada, entornos laborales y medioambientales saludables, equidad de género, etc. (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2008: pág. 3).

Por consiguiente, el alcance de este derecho no puede ser reducido al derecho a la asistencia sanitaria en la cura de la enfermedad o al derecho a la protección de la salud por parte de los poderes públicos. Debemos entender su contenido de una forma mucho más amplia, pues mediante una salud plena, y centrándome momentáneamente en la figura de la persona migrante, se permitirá el pleno desarrollo de su personalidad y de su integración en sociedad (Álvarez et al., 2014: pág. 4). Con respecto al libre y completo desarrollo de la personalidad de cada individuo, debemos mencionar la “Teoría de las Necesidades” de Martínez de Pisón Cavero

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

(2006: pág. 139-140). Dicho autor demanda la necesidad de un derecho fundamental a la salud para poder ser un individuo plenamente libre en un Estado Social y Democrático de Derecho (artículo 1.1 constitucional).

Sin embargo, en la norma suprema de nuestro ordenamiento jurídico, no se consagra el derecho a la salud, sino el derecho a la protección de la salud en su artículo 43 como simple principio rector de la política social y económica, no exigible directamente sin interposición de ley (artículo 53.3 CE), no exigiendo su cumplimiento sino promoviendo su realización por los poderes públicos, los cuales serán los encargados de la organización y tutela de este derecho y remitiendo al legislador la fijación de las medidas imprescindibles para este cumplimiento constitucional (Criado, 2021: pág. 255). Del mismo modo sucede en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea en su artículo 35, estableciendo el derecho de todo individuo a acceder a los servicios sanitarios según lo dispuesto por las leyes estatales y autonómicas de cada Estado miembro, debiendo éstos actuar en pos del cumplimiento de este derecho, asegurando la protección de la salud.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el derecho a la protección de la salud no es tan amplio en alcance y contenido como el derecho a la salud. Este

precepto constitucional⁴ no establece por sí mismo un derecho subjetivo que garantice a toda persona una vida sana, sino que se constituye como una obligación⁵ constitucional para los poderes públicos, siendo éstos, mediante la creación de leyes, los que garantizarán un derecho subjetivo de protección de la salud (Menéndez, 2003: pág. 17). Según Borrajo Dacruz (1984: págs. 173-174), la consagración en nuestra constitución del “derecho a la protección de la salud” en lugar del “derecho a la salud” internacionalmente establecido, es algo deliberado y no una decisión arbitraria, pues la intención del legislador era la de establecer una obligación constitucional “de medios”, así pues, se les exige a los poderes públicos que garanticen las prestaciones y servicios sanitarios y preventivos pertinentes para cumplir con dicha obligación. Por tal razón, no podemos hablar de “salud”, bien jurídico-constitucional del artículo 43, como contenido del derecho a la protección de la salud, sino como finalidad del mismo, mientras que, de forma contraria, sí es contenido en el derecho a la salud⁶, siendo esta la principal diferencia entre ambos (Escobar, 2012: pág. 1090-1091).

Por tanto, la función del artículo 43 constitucional es servir al poder legislativo (mediante el papel del legislador), al poder judicial (mediante la creación de jurisprudencia y práctica judicial) y al poder ejecutivo (mediante el ejercicio de los poderes

⁴ El artículo 43 de la Constitución Española se consagra como un principio rector de la política social y económica debido a su ubicación en el Capítulo Tercero, Título Primero. Y si bien, se encuentra dentro del título que consagra los derechos y deberes fundamentales, no se puede hablar de derecho fundamental a la protección de la salud por su contenido.

⁵ Esta obligación debe entenderse tanto como una obligación positiva, la ya explicada y que se refiere a la actuación de los poderes públicos para

garantizar este derecho, pero también como una obligación negativa, es decir, un deber de abstención de los poderes públicos de no llevar a cabo actuaciones que puedan comprometer la salud de las personas (Criado, 2021: pág. 252).

⁶ Se debe entender la salud como contenido del derecho a la salud como un concepto, no tanto jurídico, sino más bien, histórico, científico y cultural (Escobar, 2012: pág. 1090-1091).

públicos) de inspiración pero no de obligación, y sin embargo, una actuación que se considere contraria al derecho a la protección de la salud podría derivar a un recurso de inconstitucionalidad o a un recurso de amparo, respectivamente, ante el Tribunal Constitucional (Menéndez, 2003: pág. 17; Criado, 2021: pág. 255) debido a su vinculación con el derecho fundamental a la vida y a la integridad física del artículo 15 CE.

Por último, en lo que respecta al derecho a la protección de la salud, debemos hacer mención y distinguir las dos vertientes que tiene este derecho: individual y colectiva. Para ello debemos remitirnos al preámbulo del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, el cual expone la doble dimensión del artículo 43 de nuestra constitución. Primeramente, la dimensión individual de este derecho hace referencia a todas las actuaciones que busquen salvaguardar la salud de los individuos en casos específicos (Criado, 2021: pág. 251). Y, en segundo lugar, la dimensión colectiva del derecho a la protección de la salud alude a distintas acciones destinadas a la población en su conjunto como puede ser la protección de la salud pública, el control sanitario alimentario o la garantía de un disfrute de un medio ambiente adecuado⁷

Finalmente, debemos referirnos al derecho a la asistencia sanitaria el cual se

reconoce en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, el cual hace especial referencia al derecho de toda persona extranjera que se encuentre en territorio español a recibir asistencia sanitaria en igualdad de circunstancias que los nacionales con el único requisito de que se encuentren empadronados en su lugar de residencia. Además, podemos encontrarlo de manera no tan explícita en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la cual establece en su artículo 1.2 los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria. Vemos aquí que dicha ley no usa ambos derechos como si fueran sinónimos, sino que los distingue, aunque no aporta una diferenciación muy exacta (Menéndez, 2003: pág. 18). Podemos deducir, a partir de artículos como el 10⁸ o el 19⁹ de esta misma ley, que el derecho a la asistencia sanitaria supone una parte del derecho a la protección de la salud, es decir, el derecho que se establece en el artículo 43 de la constitución está configurado por dos elementos: el derecho a la asistencia sanitaria y el derecho al medicamento (Criado, 2021: pág. 251). De este modo, el derecho a la protección de la salud supone un concepto de mayor amplitud que el derecho a la asistencia sanitaria¹⁰, lo cual no podemos ver reflejado en su precepto constitucional, sino en la legislación de desarrollo de esta materia que,

actuación por parte de los poderes públicos, lo que nos hace deducir una mayor amplitud del contenido del derecho a la protección de la salud con respecto al derecho a la asistencia sanitaria (Menéndez, 2003: pág. 18).

¹⁰ Se debe destacar que esta idea (Menéndez, 2003: pág. 16-17) del derecho a la asistencia sanitaria como una parte del derecho a la protección de la salud no está doctrinalmente establecida, sino que entre los juristas existen diversas opiniones en cuanto a la configuración de este primer derecho. Si nos remitimos a jurisprudencia, encontramos la

⁷ Esta última acción relativa al medio ambiente y a la cual se hace referencia en el Preámbulo del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, alude al artículo 45 de la Constitución.

⁸ El artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad enumera una serie de derechos más específicos relativos al derecho a la asistencia sanitaria y que conforman dicho derecho (Menéndez, 2003: pág. 18).

⁹ El artículo 19 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad enumera en su apartado segundo las áreas que deben contar con una

como ya hemos mencionado anteriormente, constituye una exigencia para los poderes públicos. Por esta razón, no podemos usar indistintamente ambos conceptos pues, dentro del derecho a la protección de la salud se sitúan aspectos importantes que no encontramos dentro del derecho a la asistencia sanitaria o que no se garantizan mediante éste (Menéndez, 2003: pág. 16-17).

Pese a que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad juega un papel clave a la hora de delimitar el derecho a la asistencia sanitaria, dicha ley no lo delimita en su totalidad, pues no ofrece un listado de las prestaciones específicas que lo componen, es decir, nos ofrece una definición del derecho a la asistencia sanitaria “en abstracto”¹¹. Para encontrar un listado de las prestaciones de la asistencia sanitarias, deberemos remitirnos al ya mencionado Real Decreto 63/1995, de 20 de enero (Menéndez, 2003: pág. 19).

Con respecto a la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria, cuestión de interés para este presente TFG, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad dispone, en su artículo 3.2, el libre acceso de toda la población española a la asistencia sanitaria de carácter público. Además, el preámbulo de dicha ley expone una de las razones para su elaboración:

STS de 9 de febrero de 1996 donde se entiende la asistencia sanitaria como un derecho que es garantizado, ya no por el artículo 43 constitucional, sino por el artículo 41 constitucional que garantiza el régimen público de la Seguridad Social y que, por tanto, el derecho a la asistencia sanitaria se estructura como una de las prestaciones de la Seguridad Social, lo que supone su concepción como un derecho público subjetivo de contenido prestacional el cual establece una obligación para los poderes públicos y que, aquellos que sean titulares de este derecho (todos los ciudadanos) cuentan con la potestad para reclamar las prestaciones pertinentes en asistencia sanitaria (Menéndez, 2003: pág. 30).

responder al requerimiento constitucional del artículo 43 del derecho a la protección de la salud y reconocer dicho artículo a todos los individuos, ya sean españoles o extranjeros, consagrando la universalidad del derecho a la protección de la salud y, consecuentemente, también del derecho a la asistencia sanitaria. Esto implicaría que las legislaciones que se elaboren en materia sanitaria deben garantizar¹² el acceso universal al contenido del artículo 43 de nuestra constitución (Menéndez, 2003: pág. 26).

Ahora bien, esta idea implícita de universalidad del derecho a la asistencia sanitaria no implica su gratuidad o su financiación pública, la regulación de este aspecto se remite al legislador, quién será el encargado de fijar los requisitos para poder obtener una cobertura de financiación pública. Pero que, aun no contando con los requerimientos y asumiendo personalmente el costo de los servicios¹³, se deberá garantizar el acceso libre a la sanidad para todas las personas (Menéndez, 2003: pág. 31-32).

2. MARCO NORMATIVO

2.1. Derecho de la Unión Europea

Antes de remitirnos a la exposición y explicación del marco normativo estatal y

¹¹ Cuando el autor aquí menciona el concepto de derecho “en abstracto” hace referencia a la delimitación de un derecho, ofreciendo una definición teórica, general y conceptual pero que no ahonda en el contexto práctico de su aplicación.

¹² Por tanto, se entiende que el legislador no puede optar por reducir el acceso a la asistencia sanitaria.

¹³ En este caso, se hace referencia a la situación en la que un individuo no cuente con un seguro privado que haya contratado previamente.

autonómico en materia del derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros no comunitarios, debemos detallar el marco normativo de dicha materia en el contexto de la Unión Europea, debido a la obligatoriedad que tienen los reglamentos, directivas y decisiones elaborados en el seno de las instituciones europeas para España como Estado miembro desde el año 1986.

Como ya se mencionó anteriormente, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, recoge en su artículo 35 el derecho a la protección de la salud, el cual establece como titular de dicho derecho a todos los individuos.

Primeramente, hay que destacar la ausencia de un sistema europeo de asistencia sanitaria común para todos los Estados miembros, es decir, si bien la Unión Europea ha legislado sobre la coordinación de los diferentes sistemas sanitarios europeos, la facultad para su gestión y organización compete a cada país, por tanto, éstos planificarán su sistema de salud de distintas formas y bajo distintos modelos¹⁴ (Sánchez-Rodas, 2018: pág. 2).

Las primeras regulaciones europeas que encontramos en materia de

coordinación de los sistemas de sanidad y seguridad social de los países europeos son el Reglamento (CEE) N° 1408/71, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad; y el Reglamento (CEE) N°574/72, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) n° 1408/71 relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familiares que se desplacen dentro de la Comunidad. Ambos reglamentos se legislaron en el contexto de la Comunidad Económica Europea¹⁵. Dichos reglamentos pretendieron facilitar la movilidad de los trabajadores dentro de los países miembros, garantizando a los trabajadores, a sus familias y a sus supervivientes¹⁶ un trato equiparado al que reciben los nacionales del país en el que se encuentren trabajando o residiendo en materia de seguridad social, lo que incluye el derecho a la asistencia sanitaria¹⁷.

Ahora bien, estos reglamentos dejaban fuera de su ámbito de aplicación a los extranjeros no comunitarios al requerir estar

el cual establece una cobertura pública de los gastos médicos a través de los impuestos (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

¹⁵ La antigua Comunidad Económica Europea existió desde su creación en el año 1957 tras la entrada en vigor del Tratado de Roma hasta el año 1993 que pasó a denominarse Comunidad Europea tras el Tratado de Maastricht. Posteriormente, en el año 2009 y con el Tratado de Lisboa desapareció el pilar comunitario (salvo el Euratom) y junto a los pilares PESG y JAI integró la Unión Europea, ya personalidad jurídica.

¹⁶ Artículo 2.1 del Reglamento (CEE) N° 1408/71 del Consejo.

¹⁷ Artículo 4.1 a) del Reglamento (CEE) N° 1408/71 del Consejo.

¹⁴ Dentro de la Unión Europea, podemos encontrar distintos modelos de planificación de sistemas sanitarios (Sánchez-Rodas, 2018: pág. 2). En primer lugar, están los “sistemas de reembolso” (dentro del modelo Bismarck), aplicados en países como Luxemburgo o Bélgica, que funciona bajo un sistema de mutuas donde todos los residentes deben estar afiliados a una, la cual les reembolsará una parte o la totalidad de los gastos médicos o farmacéuticos que hayan tenido (Sánchez, 2016: págs. 446-447). En segundo lugar, están los sistemas concertados (dentro del modelo Bismarck), aplicados en países como Holanda, que se basan en la colaboración entre las entidades públicas y privadas, siendo éstas últimas las que proporcionan la asistencia mediante la adquisición de un seguro (Zapata, 2013: pág. 1-2). Por último, encontramos sistemas nacionales de salud o modelo Beveridge, aplicados en países como España, Italia o Portugal,

en posesión de la nacionalidad de alguno de los Estados miembros para poder disfrutar de este derecho. Y no fue hasta el año 2003, con el Reglamento (CE) N° 859/2003 del Consejo, de 14 de mayo de 2003, por el que se amplían las disposiciones del Reglamento (CEE) n° 1408/71 y del Reglamento (CEE) n° 574/72 a los nacionales de terceros países que, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por las mismas, cuando se amplió el alcance de los dos reglamentos anteriores para abarcar ahora a las personas nacionales de países extracomunitarios, así como a sus familiares y sus supervivientes, con el requisito de que cuenten con un permiso de residencia en alguno de los Estados miembros¹⁸.

No obstante, estos tres reglamentos comunitarios han sido derogado en la actualidad y reemplazados por normativa más actualizada¹⁹. En primer lugar, en el año 2004 entró en vigor el Reglamento (CE) N° 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, el cual sustituyó al Reglamento (CEE) n°1408/71, de 14 de junio de 1971²⁰, dado que este último había sido modificado múltiples veces debido a los

cambios comunitarios, los cambios en las legislaciones de los Estados miembros y por los cambios introducidos jurisprudencialmente por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (actualmente Tribunal de Justicia de la Unión Europea). Este novedoso reglamento introdujo algunos cambios destacables, como la ampliación del ámbito de aplicación para abarcar ahora a todos los nacionales un Estado miembro que estén sujetos a alguna legislación de algún o algunos países europeos²¹; la introducción de la Tarjeta Sanitaria Europea necesaria para el posterior reembolso del Estado en el que es nacional hacia el Estado que prestó los servicios; la reducción de la complejidad de la anterior normativa, redactando este reglamento de forma que facilite su comprensión²²; regular las situaciones que de forma injustificada concentren prestaciones por enfermedad en especie y en metálico²³; la no exigencia de urgencia o imprevisibilidad para solicitar asistencia médica en un país miembro distinto al de residencia; por último, reguló los desplazamientos a otros Estados miembros para recibir asistencia médica específica mediante una autorización de la entidad competente²⁴ (Sánchez-Rodas, 2018: págs. 3-4).

¹⁸ Artículo 1 del Reglamento (CE) N° 859/2003 del Consejo, de 14 de mayo de 2003.

¹⁹ Tengamos en cuenta que el Reglamento (CEE) N° 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, y el Reglamento (CEE) N° 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, se redactaron y entraron en vigor en el contexto del Comunidad Económica Europea, en consecuencia, tanto la evolución social, política y económica de los países miembros, como de la propia institución, requerían de una normativa adaptada y actualizada.

²⁰ Artículo 90.1 del Reglamento (CE) N°883/2004 del Consejo, de 29 de abril de 2004.

²¹ Véase el artículo 2 Campo de Aplicación Personal tanto del Reglamento (CEE) N° 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, y del Reglamento

(CE) N°883/2004 del Consejo, de 29 de abril de 2004. En el reglamento ya derogado se establecía únicamente para trabajadores, mientras que en el reglamento posterior hace referencia a cualquier nacional sujeto a legislaciones nacionales europeas de Seguridad Social, así como a apátridas y refugiados, ampliando su ámbito de aplicación (Sánchez-Rodas, 2018: pág. 6).

²² Considerando N° 3 del Reglamento (CE) N°883/2004 del Consejo, de 29 de abril de 2004.

²³ Considerando N° 24 del Reglamento (CE) N°883/2004 del Consejo.

²⁴ Artículo 20 del Reglamento (CE) N°883/2004 del Consejo; Sánchez-Rodas, 2018: pág. 3.

De la misma manera que ocurrió con el Reglamento (CEE) N° 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, el Reglamento (CEE) N°574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972 fue derogado y sustituido ²⁵ por el Reglamento (CE) N°987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. Este nuevo reglamento, al igual que su predecesor, tuvo como objetivo simplificar y modernizar la normativa europea en coordinación de los sistemas de seguridad social de los Estados miembros.

Por tanto, esta nueva normativa, a día de hoy en vigor, regula el acceso a los sistemas nacionales europeos a los nacionales de países miembros, asegurando un trato en igualdad de condiciones que los nacionales del país en el que se encuentren y estando, por ende, sujetos a la normativa de seguridad social del país en el que vayan a percibir las prestaciones, con el posterior reembolso por parte del país del que son nacionales y en el que ostentan la condición de asegurados (Sánchez-Rodas, 2018: pág. 3).

Con respecto a la aplicación de este derecho a los extranjeros nacionales de terceros países que introdujo el Reglamento (CE) N°859/2003 del Consejo, de 14 de mayo de 2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, en el año 2010 entró en vigor el Reglamento (UE) N°1231/2010²⁶ del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de noviembre de 2010, por el que se amplía la aplicación del Reglamento (CE)

n°883/2004 y el Reglamento (CE) n°987/2009 a los nacionales de terceros países que, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por los mismos. Este reglamento deroga²⁷ al de 2003 y que amplió el ámbito de aplicación de los Reglamentos (CE) N°883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, y Reglamentos (CE) N°987/2009, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, para que los nacionales de terceros países puedan acceder a las prestaciones en seguridad sociales de los países europeos de la misma forma de los nacionales de Estados miembros con el requisito de que ostenten un permiso de residencia legal en algún país de la Unión Europea, así como a los familiares de éstos y sus supervivientes²⁸. Los nacionales de terceros países con residencia legal, al estar en igualdad de condiciones que los nacionales de países miembros, también podrán solicitar la concesión de la tarjeta sanitaria europea (Comisión Europea, 2012: pág. 4).

Por último, debemos mencionar la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Esta directiva se introdujo en la normativa europea para ampliar la regulación de los derechos de los pacientes en el acceso a los servicios de salud en otros países de la Unión Europea. Esta directiva viene precedida por

²⁵ Artículo 96 del Reglamento (CE) N°987/2009 del Consejo.

²⁶ No adoptaron dicho reglamento los siguientes países: Reino Unido, Dinamarca, Islandia, Suiza, Liechtenstein y Noruega y, por tanto, no les es aplicable (Sánchez-Rodas, 2018: pág. 6)

²⁷ Artículo 2 del Reglamento (UE) N°1231/2010, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de noviembre de 2010.

²⁸ Artículo 1 del Reglamento (UE) 1231/2010 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de noviembre de 2010.

importante jurisprudencia del TJUE²⁹ por la que se declara la integración del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza dentro del derecho a la libre prestación de servicios³⁰ (Sánchez-Rodas, 2018: pág. 7). Además, esta directiva reguló el procedimiento del reembolso de gastos³¹ del país del que es nacional o en el que reside legalmente la persona al país en el que recibió las prestaciones de servicios, y reguló el reconocimiento de las recetas médicas emitidas en otros Estado miembro³².

No obstante, se puede observar una ausencia en la normativa europea con respecto a los nacionales de terceros países que no cuenten con permiso de residencia, es decir, que se encuentren en situación administrativa irregular en territorio europeo. A pesar de la extensa regulación en la asistencia sanitaria transfronteriza, que abarca a nacionales de terceros países, en ningún instante, ello conlleva la entrada, la permanencia o la residencia de dichas personas en algún Estado miembro. La vinculación con esta normativa queda supeditada a la posesión de un permiso de residencia legal según los requisitos y las condiciones del país europeo en el que se encuentre, y al sometimiento de la legislación de al menos dos Estados miembros. Por tanto, una persona inmigrante en situación irregular que viaje a otro país de la Unión

Europea, no podrá disfrutar de este derecho (Sánchez-Rodas, 2018: pág. 7).

2.2. Régimen jurídico estatal

El marco normativo a nivel nacional sobre el régimen de asistencia sanitaria a extranjeros no comunitarios presenta un largo recorrido, en el cual ha habido numerosos cambios legislativos. Recordemos que, como se ha expuesto anteriormente, tanto si se entiende que el derecho a la asistencia sanitaria parte del artículo 43 o del artículo 41 de la Constitución, en ambos casos, compete al legislador su desarrollo normativo, lo cual se va a poder observar a lo largo de este apartado.

Antes de iniciar, debemos explicar brevemente la “Teoría Tripartita del Tribunal Constitucional” (FJ 10 de la STC 139/2016, de 21 de julio de 2016. BOE-A-2016-7904) en relación con los derechos de las personas extranjeras en España. La jurisprudencia del Tribunal distingue tres categorías de derechos, según la titularidad y el ejercicio de los mismos: primeramente, están los derechos que pertenecen tanto a los nacionales como a los extranjeros por igual, esto por ser propios y esenciales de la dignidad humana, como pueden ser el derecho a la vida y a la integridad física recogidos en el artículo 15

²⁹ La jurisprudencia del TJUE que dio lugar a la Directiva inicia con el caso Kohll y el caso Decker. En ambos casos, el Tribunal declaró que el requerir una autorización previa para poder hacer uso de un tratamiento médico o adquirir productos sanitarios en otro país miembro y poder posteriormente solicitar el reembolso, supone un impedimento para la libre prestación de servicios. En el primer caso, STJCE de 28/04/1998, asunto C-158/96, esta situación proviene de la denegación de la autorización a la hija del Sr. Kohll tras el tratamiento ortodóncico en Alemania, siendo ellos nacionales de Luxemburgo, alegando la falta de urgencia de tratamiento y su posibilidad de recibir dicho tratamiento en Luxemburgo. En el segundo caso, STJCE de 28/04/1998, asunto C-120/95,

proviene de la denegación del reembolso para cubrir el coste de unas gafas que adquirió el Sr. Decker, luxemburgués, en Bélgica.

³⁰ Considerando N° 11, 12 y 26 de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011.

³¹ Capítulo III de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011.

³² Artículo 11 de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011.

constitucional; en segundo lugar, están los derechos de los cuales únicamente pueden ser titulares los españoles y no las personas extranjeras, como la participación en las elecciones y el acceso a cargos públicos recogido en el artículo 23 constitucional; por último, existen derechos cuya titularidad abarcará o no a los extranjeros en función de su desarrollo en tratados y leyes, es decir, según la decisión del legislador. Dentro de este último tipo de derechos, se enmarca el artículo 43 de la Constitución, en tanto es un principio rector, y no un derecho subjetivo, se configura como un derecho modulable o de configuración legal y, por tanto, una distinción en la titularidad y el ejercicio del mismo, no supone una vulneración al artículo 14 constitucional (Álvarez et al., 2014: pág. 9-11).

Dicho esto, las primeras leyes que encontramos en la materia tras la promulgación de la Constitución Española de 1978, son la Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

En primer lugar, la ley orgánica en materia de extranjería³³ no hacía mención expresa al derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros, si bien, en su artículo 4.1, establecía que a los extranjeros les son reconocidos los derechos recogidos en el

Título I de la Constitución, entre los que se encuentra el artículo 43 de protección de la salud. Sin embargo, dicho precepto establecía que el reconocimiento de estos derechos se limita a los términos estipulados en la normativa que regule el ejercicio de cada uno, por tanto, para esclarecer si el citado artículo 43 de nuestra Constitución es aplicable a los extranjeros en territorio español, debemos remitirnos a su normativa de desarrollo. Así lo establecía también el Real Decreto 155/1996, de 2 de febrero³⁴, por el que se aprueba el Reglamento de ejecución de la LO 7/1985, de 1 de julio, en su artículo 9³⁵.

En segundo lugar, la ley en materia de sanidad, todavía en vigor, establece en su artículo primero apartado segundo que la titularidad del artículo 43 constitucional pertenece a los nacionales y a los extranjeros en situación administrativa regular, mientras que el apartado tercero de ese mismo artículo, remite la titularidad de los extranjeros sin permiso de residencia a lo que se establezcan en las leyes y normativa internacional suscrita por España. También debemos mencionar aquí al Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social³⁶, en cuyo artículo 7.1 se establecía que para que los extranjeros formen parte del Sistema

³³ Actualmente la LO 7/1985, de 1 de julio, está derogada por la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

³⁴ Actualmente también derogado por el Real Decreto 864/2001, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de ejecución de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre.

³⁵ De la misma manera que la LO 7/1985, de 1 de julio, su reglamento de desarrollo, en el artículo 9, reconoce el acceso de las personas extranjeras en

España a las prestaciones sanitarias que implanten los poderes públicos en la organización y tutela del derecho a la protección de la salud, pero con los límites y condiciones que sean fijados por el legislador. La única diferencia que encontramos de este artículo con el artículo 4 de la LO 7/1985, de 1 de julio, es una mención específica a la asistencia sanitaria, sin embargo, ambas remiten su regulación a la normativa sanitaria.

³⁶ Actualmente derogado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en la disposición derogatoria única, primer apartado.

de la Seguridad Social deben encontrarse legalmente en España y además encontrarse dentro de alguno de los supuestos que se enumeran dentro de ese mismo apartado: trabajadores, ya sea por cuenta ajena o por cuenta propia (artículo 7.1 a) y b)); socios laborales pertenecientes a Cooperativas de Trabajo Asociado (artículo 7.1 c)); estudiantes (artículo 7.1. d)); y funcionarios, ya sean civiles o militares (artículo 7.1 e)). Además, si nos remitimos a la Circular 5/1985 del Instituto Nacional de Seguridad Social, vemos ampliado el ámbito de aplicación al cónyuge o pareja de hecho de un titular del Sistema de la Seguridad Social³⁷.

Por tanto, desde mediados de los ochenta hasta el año 2000, cuando toda esta normativa era de aplicación, los extranjeros³⁸ que se encontrasen en situación irregular en España no podrían acceder a las prestaciones sanitarias ni a las prestaciones de la Seguridad Social. Sin embargo, del artículo 2.1 del Real Decreto 155/1996, de 2 de febrero, se puede extraer el derecho a todos los extranjeros, independientemente de su situación, al acceso a ciertos servicios sanitarios por enmarcarse dentro de derechos intrínsecos a

toda persona como, por ejemplo, la asistencia sanitaria a mujeres embarazadas, a los menores de edad y situaciones de emergencia médica, cumpliendo así con la normativa internacional (Delgado, 2019: págs. 36-37).

A principios del año 2000, entra en vigor la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero,³⁹ sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Esta ley supone un gran avance en la universalidad del acceso sanitarios por los extranjeros, pues amplía considerablemente el ámbito de aplicación del derecho a la asistencia sanitaria (Delgado, 2019: pág. 37).

Para ello, debemos remitirnos a su artículo 12⁴⁰, el cual en su primer apartado consagra la titularidad de dicho derecho a todos los extranjeros en territorio español, con el único requisito de su empadronamiento en el municipio de residencia, ello supone la integración dentro de nuestro SNS de todas las personas extranjeras empadronadas en España, sin importar su situación administrativa. En los tres siguientes apartados del mismo artículo se regula el acceso a la sanidad para todos los extranjeros –incluso para aquellos que no

³⁷ Véase la Sentencia 95/2000, de 10 de abril de 2000, del Tribunal Constitucional (BOE-T-2000-9220) en la que se resuelve en favor del Sr. Roig tras la denegación de la inclusión de su cónyuge como beneficiaria de la Seguridad Social, al ser extranjera y no contar con permiso de residencia. El Tribunal declara que este caso vulnera los artículos 14 y 24.1 constitucional ya que la inclusión de la Sra. Lobodan a la asistencia sanitaria está debidamente justificada por la comprobada relación conyugal según la citada Circular 5/1985.

³⁸ Aquí hablamos de extranjeros sin distinción entre comunitarios y extracomunitarios porque para ese entonces la normativa que era de aplicación en Europa eran los Reglamentos (CEE) n°1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, y el Reglamento (CEE) N° 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, y, por tanto, los únicos nacionales

de Estados miembros que podían hacer uso de las prestaciones sanitarias de otros países europeos en las mismas condiciones que sus nacionales, eran aquellos que contasen con un permiso de trabajo.

³⁹ Mencionaremos brevemente a la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la LO 4/2000, de 11 de enero, pues, si bien modificó sustancialmente la ley de extranjería, no introdujo ningún cambio relevante en materia sanitaria en lo que respecta este presente TFG.

⁴⁰ Pese haber sido modificado en varias ocasiones, primeramente por la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, y posteriormente por el Real Decreto-Ley 16/2012, aquí analizaremos el texto original del artículo 12.

contasen con empadronamiento (Delgado, 2019: págs. 40-41)– en casos de urgencia por grave enfermedad o accidente hasta el momento del alta (artículo 12.2), de las personas extranjeras menores de edad (artículo 12.3) y de las mujeres extranjeras gestantes desde el inicio de su embarazo hasta que acabe el período de postparto (artículo 12.4). Esta novedosa normativa supone una significativa evolución en pos de una efectiva universalización de las prestaciones sanitarias, pues por primera vez se recoge estos supuestos donde la asistencia médica es de gran importancia y, por tanto, ya no se tendría que extraer implícitamente del artículo 2.1 del Real Decreto 155/1996, de 2 de febrero, como se ha mencionado con anterioridad.

Posteriormente, en el año 2003 se aprobó y entró en vigor la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, una ley que vino a regular más en profundidad los requerimientos y condiciones para que los extranjeros sin permiso de residencia en España puedan ser titulares del derecho a la asistencia sanitaria y del derecho a la protección de la salud (Fernández, 2023: pág. 296). Precisamente esto es lo que desarrolla dicha ley en su artículo tercero⁴¹, determinando que todas las personas extranjeras podrían ser titulares si cumplen con los requisitos establecidos por la LO 4/2000, de 11 de enero, es decir, mantenía y remitía

la regulación al artículo 12 de la mencionada ley de extranjería (artículo 3.1 a)) y a la normativa internacional convenidos por España (artículo 3.1 c)). De modo que, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, en su texto original, preservaba el derecho a la asistencia sanitaria a los extranjeros en situación irregular con el requisito del empadronamiento, tal y como lo establecía la Ley de Extranjería.

Antes de proceder con la exposición y análisis del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, y los cambios que introdujo, debemos mencionar la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, la cual en su artículo único modifica distintos artículos de esta última ley, entre los que se encuentran el ya mencionado artículo 12. La LO 2/2009, de 11 de diciembre, supone la primera de las dos modificaciones que sufre el artículo relativo al derecho a la asistencia sanitaria, aunque en esta primera no se realizaron cambios significativos⁴², pues se siguió manteniendo el empadronamiento como única condición para el acceso a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras en España sin permiso de residencia (Arrese, 2016: pág. 212).

Ahora bien, una normativa que implicó una transformación fundamental con respecto a toda la normativa vista hasta ahora fue el Real Decreto-Ley 16/2012⁴³, de 20

⁴¹ La redacción del artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, ha sido modificada sustancialmente por dos normativas posteriores: el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, y el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio. La redacción vigente de dicho artículo es mucho más amplia, sin embargo, al hacer un recorrido por toda la normativa en orden cronológico, debemos igualmente analizar el artículo 3 en su versión original.

⁴² En el apartado 1 del artículo 12 se sustituye "municipio en el que residan habitualmente" por la expresión "municipio en el que tengan su domicilio habitual", y en el apartado 2, se sustituye "ante la

contracción de enfermedades graves o accidentes" por "por enfermedad grave o accidente".

⁴³ Esta normativa no solo resultó controvertida debido a los cambios que introdujo, sino también por el instrumento legislativo con el que se realiza: Decreto-Ley. Si nos remitimos al artículo 86 de la Constitución, para poder dictar Decretos-Leyes, se precisa de circunstancias excepcionales y de "urgente necesidad", para que esté justificado la creación de una disposición de esta naturaleza por el Gobierno. Además de la no afectación al Título I de la Constitución. Muchos autores consideraron excesivo y abusivo el uso de este tipo de normativa

de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones⁴⁴. Esta normativa, y continuando con lo expuesto en el párrafo anterior, constituye la segunda modificación al artículo 12 de la LO 4/2000, de 11 de enero, pues según su disposición final tercera, la redacción del mencionado artículo es eliminada en su totalidad, en su lugar, el artículo 12 se reduce a una remisión de la regulación del derecho a la asistencia sanitaria a la normativa sanitaria en vigor, es decir, a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y como consecuencia de ello, se reinstaura la obligación para los extranjeros en España de disponer de un permiso de residencia para poder acceder a la asistencia sanitaria.

De igual manera, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, sufrió amplias modificaciones por este decreto-Ley, específicamente, su artículo 3, por el artículo 1 del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril. En primer lugar, el artículo tercero pasa a denominarse “De la condición de asegurado”, dado que únicamente aquellas personas que puedan ostentar tal condición serán titulares del derecho a la asistencia sanitaria con financiamiento público. Para ello, la persona debe estar dada de alta a la Seguridad Social, ser pensionista o percibir otro tipo de prestación por la Seguridad Social, así como estar en situación de desempleo,

no recibir el subsidio correspondiente por ello, pero contar con la inscripción de “demandante de empleo” (art. 3.2)⁴⁵. Además, en el apartado tercero de ese mismo artículo, establece la posibilidad de ostentar la condición de asegurado en caso de no encontrarse dentro de ninguno de los supuestos del apartado segundo, cuando sean nacionales españoles; nacionales comunitarios, del Espacio Económico Europeo o nacionales suizos y cuenten con inscripción en el Registro Central de Extranjeros; o sean nacionales de terceros países y cuenten con permiso de residencia (Delgado, 2019: pág. 59-60). Con la salvedad de que no excedan del límite de ingresos, cuya determinación remite a la norma reglamentaria⁴⁶.

Seguidamente, en el apartado cuarto de la nueva redacción del artículo 3, se regula el ámbito de aplicación de la condición de “beneficiario de un asegurado” a los cónyuges o relación análoga, los excónyuges, los descendientes o relación análoga menores de 26 o con un porcentaje de discapacidad mayor o igual al 65%, siempre que se encuentren bajo la responsabilidad del asegurado y que cuenten con permiso de residencia. Es decir, excluye en su totalidad como titulares del derecho a la asistencia sanitaria a todas las personas extranjeras no comunitarias en situación administrativa irregular, al no permitirles el acceso a las prestaciones sanitarias con cargo a los

por parte del Gobierno (Cantero, 2014: pág. 351; Delgado, 2019: pág. 47).

⁴⁴ Actualmente derogado en su mayoría por la disposición derogatoria única que introdujo el Real Decreto 7/2018, de 27 de julio, en la que establece la revocación de aquellas disposiciones que legislen contrariamente a ésta.

⁴⁵ Este nuevo precepto del artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, consagra una clara vinculación del SNS con el sistema de la Seguridad Social (Delgado, 2019: págs. 50-51).

⁴⁶ El Real Decreto 1192/2012, de 20 de abril, 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 SNS, establece en su artículo 2.1 b) el límite de cien mil euros anuales. No obstante, el Real Decreto 1192/2012, de 20 de abril, se encuentra derogado casi en su totalidad tras la entrada en vigor del Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio.

fondos públicos ni como asegurados ni como beneficiarios de los primeros (Arrese, 2016: pág. 215).

Asimismo, el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, incorpora dos nuevos artículos: el artículo 3 bis, en el cual se establece la competencia de las administraciones sanitarias autonómicas para efectuar el derecho a la asistencia sanitaria, así como el acceso de los asegurados y sus beneficiarios a través de una tarjeta sanitaria expedida por cada Comunidad Autónoma (Delgado, 2019: pág. 52); y el artículo 3 ter que regula el acceso a la asistencia sanitaria de personas extranjeras en situación irregular en tres situaciones específicas: menores de edad, mujeres embarazadas y en casos urgentes⁴⁷. Esta excepcionalidad en la restricción a los extranjeros en España sin permiso de residencia acaece por la necesidad de cubrir “una atención sanitaria mínima” a la población extranjera vulnerable, cumpliendo así con la normativa internacional⁴⁸ de la que España forma parte (Delgado, 2019: pág. 68).

Por consiguiente, después de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, únicamente los nacionales españoles, los nacionales de países de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o los nacionales de Suiza que sean residentes en España, y los nacionales

de terceros países con permiso de residencia tendrán acceso a asistencia sanitaria en España a través de fondos públicos. Esta normativa implicó la exclusión de unas 500.000 personas extranjeras en situación administrativa irregular del SNS (Fernández et al., 2024: págs. 41, 132).

Siguiendo el mismo enfoque, encontramos el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto. De este Real Decreto se debe destacar dos nuevos elementos: el primero es la introducción del copago de prestaciones aplicable a los tres supuestos especiales que recoge el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, tras la reforma del Real Decreto 16/2012, de 20 de abril⁴⁹; y el segundo es la posibilidad de suscripción a un “convenio especial de prestación de asistencia sanitaria” para personas residentes en España y que no cumplan con las condiciones para ser asegurado o beneficiario, para lo cual, el artículo 3 del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, establece tres requisitos: “residencia efectiva”⁵⁰ por mínimo un año de forma ininterrumpida, empadronamiento

⁴⁷ De la misma forma que lo estableció ya la LO 4/2000, de 11 de enero, en su redacción tras la modificación de la LO 2/2009, de 11 de diciembre, del artículo 12.

⁴⁸ Véase a modo de ejemplo el artículo 28 de la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares de 1990, el cual establece el derecho al acceso a asistencia sanitaria en casos de urgencia para aquellos trabajadores de nacionalidad extranjera, así como a sus familiares, sin importar su situación administrativa.

⁴⁹ En la disposición final cuarta, apartado cuatro, del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, se

establece que, para los supuestos especiales de menores extranjeros y mujeres embarazadas, tendrán garantizada la asistencia sanitaria por el SNS con la misma cobertura que los asegurados, aplicándose el tipo de contribución para las prestaciones sanitarias la de los asegurados en activo (Delgado, 2019: pág. 71).

⁵⁰ Se puede apreciar aquí la ausencia de referencia a la residencia legal, es decir, para este primer requisito no se exige estar en la posesión de un permiso de residencia, permitiéndose, por tanto, la suscripción de este convenio a las personas extranjeras extracomunitarias en situación irregular, supeditado al cumplimiento de los demás requisitos.

en municipio español y no tener cubierta la protección sanitaria pública por otra vía. La firma de este convenio, según el artículo 2 del Real Decreto, daría acceso a las prestaciones sanitarias básicas del artículo 8 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, pero no de las prestaciones complementarias del artículo 8 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, lo cual dependerá de cada Comunidad Autónoma.

A este respecto, y tras la exposición de estas últimas normativas que introdujeron modificaciones que generaron un gran debate⁵¹, debemos mencionar la sentencia del Tribunal Constitucional 139/2016, de 21 de julio de 2016, para el Parlamento de Navarra (BOE-A-2016-7904). El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, desde su entrada en vigor, fue objeto de múltiples críticas, a lo que se le sumaron numerosos recursos de inconstitucionalidad por distintas Comunidades Autónomas⁵², en concreto, la STC 139/2016 fue la que asentó la doctrina jurisprudencial en la materia sanitaria (Delgado, 2019: pág. 103). El Parlamento de Navarra interpuso el recurso contra los artículos 1, 2.2, 3 y 5, 4.12, 13 y 14 y contra las disposiciones adicional tercera y transitoria primera del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, alegando que dichos artículos que introducían y regulaban la condición de asegurado, suponían una vulneración hacia tres derechos constitucionales: el artículo 43 y, consecuentemente, el artículo 14 y el artículo 10. Además, y en relación ya no con el contenido sino con el tipo de normal, se

alega una vulneración al artículo 86.1 de la Constitución.

El Tribunal, en su argumentación sobre la legalidad del artículo 1.1 por el que se modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, considera al Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, un retroceso en la universalización de la asistencia sanitaria con respecto al artículo 12 de la LO 4/2000, de 11 de enero, con el objetivo por parte del Gobierno de reducir los gastos públicos que financian el sistema sanitario público (FJ 9, FJ 5 b)). Así pues, con la introducción del concepto de asegurado y beneficiario, el Tribunal entiende que se está cumpliendo con el objetivo que llevó a la creación del real decreto: garantizar la sostenibilidad del SNS. Por tanto, declara la no vulneración del artículo 86.1 CE al cumplir con los dos requisitos para ello: la exposición fundamentada de los motivos para la aprobación del decreto-ley y de la conexión entre la legislación y los motivos de urgencia que llevaron a su aprobación (FJ 4). Pero, además, una vulneración del primer apartado del artículo 86 constitucional tampoco podría sostenerse por la afectación a un derecho del Título I, pues el derecho a la protección a la salud se consagra como un principio rector y no como un derecho subjetivo (FJ 6 c)).

Por otro lado, en el Fundamento Jurídico 8, el Tribunal analiza la posibilidad de una lesión al derecho a la protección de la salud del artículo 43 CE. Admitiendo la incertidumbre jurídica que puede crear el uso de “todos” en la redacción del artículo

⁵¹ Múltiples instituciones y organizaciones denunciaron la reducción del ámbito de aplicación del artículo 3, tras la modificación por el Real Decreto-Ley 16/2018, de 27 de julio (Delgado, 2019: pág. 73).

⁵² Además del recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Parlamento de Navarra, encontramos: el recurso de inconstitucionalidad por el Gobierno de Asturias (STC 183/2016. BOE-A-2016-

11816), por la Junta de Andalucía (STC 33/2017. BOE-A-2017-3874), por el Gobierno de Cataluña (STC 63/2017. BOE-A-2017-7639), por el Gobierno Vasco (STC 64/2017. BOE-A-2017-7640) y por el Gobierno de Canarias (STC 98/2017. BOE-A-2018-13996) (Sangüesa, 2015: pág. 236)

43, el Tribunal considera que no estamos ante una vulneración de dicho artículo, al establecer el mismo que corresponde a los poderes públicos su organización y tutela, lo cual considera que la determinación de la gratuidad de las prestaciones sanitarias por el legislador no contrapone el derecho a la protección de la salud. En consecuencia, no podemos entender el artículo 43 constitucional como un “derecho incondicionado” de toda persona que se encuentre en territorio español, aunque sea temporalmente, de acceder a la asistencia sanitaria de forma gratuita y, por tanto, no se vería vulnerado el artículo 14 constitucional⁵³. No podemos asimilar la universalidad de acceso con la gratuidad del mismo, que es lo que limita el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril.

Ahora bien, si nos remitimos de nuevo al artículo 3.3. de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, tras el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, éste introduce un límite económico para poder obtener la consideración de asegurado. Este precepto fue considerado inconstitucional y nulo por el Tribunal en esta sentencia, argumentándolo en el “vicio denunciado”, dado que deja la concreción del límite, ya no al legislador, sino al Gobierno mediante la norma reglamentaria, cuando debería estar regulado por ley al suponer un requisito de exclusión para el acceso a la asistencia sanitaria

pública, lo cual vulnera el artículo 43 de la Constitución Española (FJ 9).

En síntesis, la sentencia del Tribunal Constitucional 139/2016 declara nulo el inciso mencionado del artículo 3.3 pero desestimando el recurso en la parte restante. La jurisprudencia establecida en esta sentencia será de gran importancia en la materia y servirá en la resolución de los posteriores recursos de inconstitucionalidad interpuesto por las demás Comunidades Autónomas.

Si bien el Tribunal Constitucional no declaró inconstitucional la condición del asegurado como solicitan los gobiernos de algunas Comunidades Autónomas, su vigencia no perduró mucho en el tiempo. En el año 2018⁵⁴, entró en vigor el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud⁵⁵, mediante la cual se eliminó el requisito de condición de asegurado, argumentando en su Preámbulo que no ha habido una mejoría demostrable en la sostenibilidad del SNS. En su lugar, el acceso a la asistencia sanitaria volvió a vincularse con la condición de ciudadano.

Por tanto, esto supone una nueva modificación del artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, y la derogación de casi todo el contenido del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, y Real Decreto

⁵³ Debemos entender el artículo 14 de la Constitución, no como “prohibición absoluta de diferenciación”, sino como la opción de diferenciación en la población siempre que atienda a principios justificados y racionales, y no a principios de arbitrariedad (Sangüesa, 2015: pág. 242).

⁵⁴ Se debe mencionar el contexto en el que desarrolla este nuevo decreto-ley, pues el 1 de junio de ese mismo año, se aprueba la moción de censura al Gobierno de Mariano Rajoy para investir como nuevo presidente a Pedro Sánchez. Una de las prioridades del nuevo Gobierno fue traer de vuelta la universalidad del SNS (Delgado, 2019: pág. 77).

⁵⁵ Véase el uso nuevamente de este tipo de normativa: decreto-ley, para la cual como ya se ha mencionado, se precisa de extraordinariedad y urgencia según establece el artículo 86.1 CE. En este sentido, en el Preámbulo de dicha ley, el legislador lo justifica al considerar la continuidad del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de “riesgos potenciales” por la exclusión de extranjeros en situación irregular para la salud pública, así como el deber de cumplimiento con la normativa internacional y la garantía de la seguridad jurídica y armonización de la normativa autonómica.

1192/2012, de 3 de agosto⁵⁶. El primer y segundo apartado de la nueva redacción del artículo 3 se consagra la titularidad del derecho del artículo 43 constitucional a todas las personas nacionales y aquellas con nacionalidad extranjera que tengan su residencia “legal y habitual” en España. Para aquellas personas que no cumplan con estos requisitos, el apartado tercero, regula el acceso a las prestaciones sanitarias con el correspondiente pago o la suscripción a un convenio especial. En la nueva redacción del artículo 3 bis, se consagra la regulación del acceso a la asistencia sanitaria cubierto por fondos públicos, remitiendo al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (y organizaciones colaboradoras), la identificación y supervisión del derecho a la protección de la salud y del derecho a la atención sanitaria.

Por último, encontramos la modificación más importante introducida por el presente decreto-ley, la regulación de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos para aquellas personas sin nacionalidad española que residan en situación administrativa irregular en España en el artículo 3 ter⁵⁷. Para que esta población pueda ser titular de tal derecho, el apartado 2 del mismo artículo recoge una serie de requisitos que deben cumplir: no estar obligados a justificar la cobertura sanitaria obligatoria por otra vía; la imposibilidad de la exportación del derecho a la asistencia sanitaria desde su país; la tenencia de un informe favorable por parte de los servicios sociales; y la ausencia de un tercero obligado al pago, es decir, que no cuenten con un seguro privado de salud. Por tanto, no condiciona su acceso al

empadronamiento como venía haciendo la normativa hasta el momento, a excepción del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril. La imposición del cumplimiento de estos requisitos se justifica con la búsqueda de una reducción en el “ejercicio indebido del derecho” (Delgado, 2019: pág. 90).

En síntesis, desde la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, hasta la actualidad, España se sitúa como un país inspirador y como un caso excepcional por la universalidad y gratuidad de SNS en personas sin residencia legal, sobre todo para los demás países europeos.

Para concluir, se debe mencionar brevemente el proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud que fue presentado en mayo de 2024 por el Gobierno y por la que se volvería a modificar el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, con el objetivo de asegurar la igualdad y la efectividad del derecho a la protección de la salud de las personas extranjeras en situación irregular, así como añadir a este grupo: las personas que hayan solicitado la protección internacional, las personas solicitantes desplazadas, las personas que cuenten con protección temporal y las personas identificadas como víctimas de trata (Exposición de motivos II del proyecto de ley).

2.3. régimen jurídico autonómico

A pesar de que el artículo 149 de la Constitución confiere al Estado la competencia exclusiva en la regulación en materia de extranjería (art. 149.1.2 CE), y en las

el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, que se opongan a la nueva legislación.

⁵⁷ Se suprime la anterior redacción del artículo 3 ter relativo a la asistencia sanitaria en los casos especiales: menores, mujeres embarazadas y urgencias.

“bases y coordinación general de la sanidad” (art. 149.1.16 CE), las Comunidades Autónomas tienen ciertas competencias en la materia en virtud del artículo 148.1.21 CE. No se debe entender las competencias exclusivas del Estado como una prohibición total a las Comunidades Autónomas de legislar en cualquier asunto relacionado con las materias mencionadas en el primer apartado del artículo 149 CE⁵⁸.

Por tanto, en materia de extranjería, la competencia del Estado se basa sobre todo en actuaciones directamente vinculada con el ejercicio de la soberanía, es decir, tiene competencia en lo que respecta a la diferenciación entre persona nacional y persona extranjera, y al control fronterizo y regulación de la entrada y residencia de nacionales de terceros países (Bosch, 2012: pág. 153). Por otro lado, en materia de sanidad, al Estado le compete exclusivamente fijar un marco normativo básico y uniforme aplicable en todas las Comunidades Autónomas, mientras que a los gobiernos autonómicos les compete, en el caso de que sus Estatutos de Autonomía lo hayan establecido, mejorar la normativa estatal, pero sin contradecirla (Arrese, 2016: págs. 229-230).

Dentro de la competencia exclusiva del Estado para la creación del marco normativo en sanidad, entra la capacidad y la obligación de la determinación de las prestaciones sanitarias que conforman el SNS; el establecimiento del ámbito subjetivo de

aplicación del mismo; y la fijación de las condiciones para poder ser titular de este derecho (STC 136/2012, FJ 8. BOE-A-2012-9212). Ahora bien, ante esta competencia exclusiva estatal, las Comunidades Autónomas no quedan exentas de actuación alguna, pues, como se ha mencionado, tienen la posibilidad de mejorar, es decir, de ampliar, más no reducir, las prestaciones sanitarias y la titularidad del derecho mediante su normativa autonómica (Arrese, 2016: págs. 231-232).

Y es en este contexto que se debe mencionar las consecuencias que acontecieron tras la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, a nivel autonómico. Esta normativa provocó una diversa e irregular aplicación de la normativa sanitaria a la población extranjera por parte de las distintas Comunidades Autónomas, contraria a la competencia exclusiva estatal ya mencionada de la creación de un marco normativo uniforme en todo el territorio (Sangüesa, 2015: pág. 236).

La controversial exclusión de una parte de la población a las prestaciones sanitarias con cargo a los fondos públicos supuso que no todos los gobiernos autonómicos aplicasen la normativa de la misma forma, la mayoría con la intención de mantener el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros en situación irregular en la medida de lo posible (Fernández et al., 2024: pág. 137).

⁵⁸ Véase la sentencia 98/2004, de 25 de mayo de 2004, del Tribunal Constitucional (BOE-T-2004-10774), donde se interpuso recurso de inconstitucionalidad por el Presidente del Gobierno hacia la Ley del Parlamento de Canarias 5/1996, de 27 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma para 1997, por considerar que algunos de sus artículos vulneraban el artículo 149.1 CE. En el fundamento jurídico 6 de dicha sentencia, el Tribunal Constitucional argumentó que el Estado, en el desarrollo legislativo de las bases de

la sanidad que establece el apartado 16 del artículo 149.1, no puede “agotar la regulación de la materia”, pues está obligado a dejar espacio normativo propio para que las Comunidades Autónomas puedan desarrollar en función de sus competencias asumidas en sanidad, ya que en caso contrario supondría negar el principio de autonomía consagrado en el artículo 2 de la Constitución (Arrese, 2016: pág. 230).

Se puede distinguir cuatro grupos de Comunidades Autónomas según el grado de aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril: primeramente, están aquellas que lo aplicaron rigurosamente, como fue el caso de Castilla-La Mancha y la Rioja, donde se excluyó de la asistencia sanitaria y farmacéutica a los extranjeros mayores de edad que no tenían permiso de residencia, salvo en situaciones de emergencia o para las mujeres embarazadas; en segundo lugar, están aquellas que ajustaron el decreto-ley con su régimen específico de asistencia sanitaria, como ocurrió en Castilla y León, Aragón, Cantabria, Comunidad Valenciana, Galicia y Extremadura, donde a las personas extranjeras sin permiso de residencia se les exigía empadronamiento por un tiempo determinado y que tramiten la petición para personas sin recursos para poder acceder a prestaciones sanitarias; en tercer lugar, están aquellas que siguieron incluyendo a los extranjeros en situación irregular en sus sistemas sanitarios, ya sea mediante la creación de una “tarjeta especial” a través de decretos desarrollados por los gobiernos autonómicos, como fue el caso de Cataluña, Murcia, País Vasco⁵⁹ y Navarra⁶⁰, o mediante la expedición de un documento, válido por un año, que acredite la falta de recursos, como fue el caso del gobierno

⁵⁹ Véase la STC 134/2017 (BOE-A-2017-15179), mediante la que se resuelve el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Gobierno de España contra el Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, declarado inconstitucional en sus artículos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8.1 y la disposición final primera, pues el Tribunal considera que invadían competencias exclusivas del Estado y excedían de sus competencias autonómicas establecidas al contradecir normativa estatal, como lo es el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril (FJ 6).

⁶⁰ Véase la STC 17/2018 (BOE-A-2018-4149), mediante la que se resuelve el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Gobierno contra la

baleár; por último, están aquellas Comunidades Autónomas en las que siguió siendo de aplicación la normativa anterior, es decir, la LO 4/2000, de 11 de enero, y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, por lo que los extranjeros en situación irregular pero residentes en Andalucía y Asturias, siguieron accediendo a las prestaciones sanitarias con cargo a los fondos públicos, así como a la tarjeta sanitaria de dichas comunidades sin necesidad de acreditación de falta de recursos, sino que se gestiona directamente en el centro médico (Fernández et al., 2024: pág. 137-138; Arrese, 2016: págs. 216-217).

No obstante, la posición y aplicación por parte de las Comunidades Autónomas del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, no se mantuvo igual durante toda su vigencia. En el año 2015, se celebraron elecciones autonómicas, lo que supuso cambios gubernamentales que influyeron en la creación de nueva normativa autonómica en pos de garantizar asistencia sanitaria a personas extranjeras sin permiso de residencia, como fue el caso de la Comunidad Valenciana, Aragón, Cantabria o Baleares⁶¹. Incluso en Comunidades Autónomas donde no hubo cambio de gobierno tras las elecciones, también se aprobaron normativas más incluyentes, como sucedió

Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra, declarado inconstitucional y nula la ley navarra por contradictoria e incompatible con el decreto-ley, siguiendo el Tribunal la misma jurisprudencia previamente establecida en la STC 134/2017(FJ 4).

⁶¹ El Gobierno balear dictó una Resolución el 17 de julio de 2015, tras las elecciones autonómicas, con el objeto de incluir a los extranjeros en situación administrativa irregular en el sistema sanitario con la condición de que cuenten con declaración jurada que acredite su situación administrativa y económica (Fernández et al., 2024: pág. 137).

en Madrid, Murcia o Canarias. La Rioja fue la única que no realizó cambios en su normativa y siguió aplicando el decreto-ley, pues defendían más la idea de una normativa estatal única para todas las Comunidades Autónomas (Arrese, 2016: págs. 2017-218).

En consecuencia, la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, provocó una desigualdad en la regulación en materia, donde, por una parte, las Comunidades Autónomas respondieron a este cambio normativo excluyente con regulaciones propias, mientras que, por otro lado, el Gobierno respondió a través del Tribunal Constitucional presentando recursos contra algunas de las normativas autonómicas (Arrese, 2016: pág. 239). Y es en este contexto donde el Preámbulo del Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, justifica su creación con la necesidad urgente de armonizar y coordinar las actuaciones autonómicas.

2.3.1. Marco normativo en Andalucía.

Debemos centrarnos ahora en la regulación en materia de asistencia sanitaria de los extranjeros no comunitarios en la Comunidad Autónoma de Andalucía. En el año 1981, entró en vigor el anterior Estatuto de Autonomía para Andalucía a través de la derogada Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre, el cual garantizaba la competencia exclusiva de Andalucía en sanidad (artículo 13.21) pero teniendo como límite el ya mencionado artículo 149.1.16 CE, así como la competencia en el desarrollo de la legislación básica estatal en sanidad interior (artículo 20.1). Actualmente la LO 6/1981, de 30 de diciembre, se encuentra derogada por la Ley Orgánica 2/2007, de

19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. En esta nueva regulación, es el artículo 55 el cual regula la competencia autonómica exclusiva de organización del funcionamiento de servicios sanitarios y la competencia compartida en sanidad interior. En lo que respecta a la competencia exclusiva autonómica en sanidad (artículo 55.1), a la Comunidad Autónoma de Andalucía le compete el funcionamiento interno, la organización, la evaluación, la supervisión y el control de todos los servicios sanitarios, junto con la ordenación de los servicios farmacéuticos. Por otro lado, en relación con la competencia compartida con el Estado (artículo 55.2), autonómicamente le corresponde la estructuración, la ordenación, la determinación, la regulación y la aplicación de los servicios sanitarios en todos los ámbitos, así como la protección y el fomento de la salud pública, y la aplicación de la normativa estatal en prestaciones farmacéuticas (artículo 55.3). Por último, a la Comunidad Autónoma también compete la planificación en coordinación con el Estado en servicios sanitarios y salud pública (artículo 55.4). Igualmente, se debe hacer mención al artículo 84.1, sobre la organización de servicios básicos por parte de la Comunidad Autónoma⁶², entre los que se encuentra la sanidad, ahora bien, dicha competencia no está exenta de la supervisión por parte del Estado.

La primera ley autonómica en materia fue la Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud, la cual, como su nombre indica, creó el SAS (Servicio Andaluz de Salud) en su artículo primero. Además, se debe hacer mención del Decreto 80/1987, de 25 de marzo, de ordenación y organización del Servicio Andaluz de Salud. Posteriormente, en el año

obligación. Véase la redacción del mismo: “La Comunidad Autónoma podrá...”.

⁶² En el artículo 84.1 del Estatuto de Autonomía de 2007, se establece la posibilidad de la Comunidad Autónoma de asumir la competencia de organizar y administrar los servicios básicos, más no

1998, entró en vigor la Ley 2/1998, de 15 de junio, de salud en Andalucía, la cual derogó en su totalidad el Decreto 80/1987, de 25 de marzo, y parte de la Ley 8/1986, de 6 de mayo. Esta ley establece en su artículo tercero la titularidad del acceso al Servicio Andaluz de Salud, remitiendo, en lo que respecta a extranjero no comunitarios, a la regulación de las leyes, tratados y convenios internacionales en materia. Ya en el año 2011, podemos encontrar la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía que mantuvo la misma regulación en materia de extranjería y sanidad.

Con respecto a la actuación ante el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, únicamente resaltar que Andalucía fue una de las Comunidades Autónomas que interpuso recurso de inconstitucionalidad, el cual se resolvió en la sentencia del Tribunal Constitucional 33/2017, de 1 de marzo de 2017 (BOE-A-2017-3874), bajo los mismos argumentos que los de STC 139/2016, sentencia explicada anteriormente. Además, en junio de 2013, el SAS emitió una instrucción para reafirmar el reconocimiento a todos los residentes en Andalucía, sin importar la legalidad de su residencia de su derecho a la asistencia sanitaria en el SAS por un periodo de máximo un año, pero prorrogable (Conserjería de salud y bienestar social, 2013: pág. 3; Conserjería de igualdad, salud y políticas sociales, 2014: pág. 14). Por tanto, Andalucía siguió ofreciendo asistencia sanitaria a los extranjeros no comunitarios en situación irregular en todo el periodo de vigencia del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, hasta que, a nivel estatal, se volvió a incluir a este grupo de personas como titulares del derecho a la asistencia sanitaria

mediante el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio.

Por último, se debe exponer brevemente el procedimiento de acceso al SAS por parte de los extranjeros no comunitarios en situación irregular. Este empezará con una solicitud inicial en el centro de salud más cercano al lugar de residencia del interesado. En dicha solicitud, la persona deberá aportar la Solicitud de Alta, pasaporte o algún documento oficial que acredite su identidad⁶³, certificado de empadronamiento con una antigüedad mínima de tres meses, certificado de no exportación desde su país de origen de cobertura de la asistencia sanitaria y declaración responsable de la ausencia de terceros obligados al pago. Posteriormente, pasados tres meses desde su residencia efectiva en Andalucía, podrá además solicitar la tarjeta sanitaria (Servicio Andaluz de Salud [SAS], 2025).

3. Grupos vulnerables de extranjeros no comunitarios

El acceso a la asistencia sanitaria para los extranjeros no comunitarios en España puede suponer un desafío para los mismos en muchas ocasiones, lo cual, sumado a posibles barreras significativas que puedan sufrir determinados colectivos, hace necesaria una intervención específica para éstos con el fin de atenuar su situación de vulnerabilidad. Es por tal razón que en este TFG se aborda de forma específica la regulación de los siguientes colectivos.

3.1. Extranjeros menores de edad

Los menores extranjeros no comunitarios que se encuentran en territorio español representan un grupo especialmente vulnerable y que precisan de una mayor protección para acceder al SNS. Así lo

⁶³ En el supuesto que la persona interesada sea menor de edad y no cuente con identificación

oficial, se aceptará certificado de nacimiento o libro de familia.

estableció nuestra Carta Magna en su artículo 39.4 al consagrar la protección de los niños según los derechos establecidos en los acuerdos internacionales, siendo un buen ejemplo de esto el artículo 24 de la Convención sobre Derechos del Niño de la ONU (1990): “Los Estados Parte se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”. Y así lo cumplió España con su normativa estatal, pues incluso cuando se limitó el acceso a la asistencia sanitaria para los inmigrantes en situación irregular, los menores seguían teniendo acceso en igualdad de condiciones que los españoles, sin importar su situación administrativa⁶⁴. Algo que volvió a confirmar la Resolución del Consejo de 26 de junio de 1997 relativa a los menores no acompañados nacionales de países terceros (97/C 221/03), cuyo artículo segundo de esta resolución estableció la obligatoriedad del acceso a “instalaciones sanitarias y cuidados médicos”.

Ahondando con la asistencia sanitaria de los menores extranjeros no acompañados, el artículo 35 de la LO 4/2000, de 11 de enero, fija su regulación, así como el procedimiento ante la localización por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad de Estado de un menor indocumentado no acompañado con el objetivo de verificar su minoría de edad. Ante esta situación, y según lo dispuesto en el apartado tercero del citado artículo, el Ministerio Fiscal será el encargado de autorizar las pruebas médicas pertinentes, tras el consentimiento informado del menor.

Para comprender mejor el protocolo de actuación sanitaria ante menores migrantes, obsérvese el protocolo del Servicio Canario de la Salud⁶⁵. Primeramente, a su

llegada a territorio español se les realiza una consulta médica antes de que trascurra un mes de su llegada para los menores de 6 años o antes de los tres meses para los mayores de 6 años. Una vez ocurrido este primer acercamiento del menor con la asistencia sanitaria, se determinará cuál es su situación y cuáles son sus necesidades a nivel médico con el objetivo de intervenir sobre las mismas. Por último, con respecto al trámite para la obtención de la tarjeta sanitaria, dependerá de distintos factores: primeramente, para los menores extranjeros acompañados de familiares, en la tramitación, deberán presentar pasaporte y certificado de nacimiento, identificación de los adultos responsables y la duración de su tarjeta será hasta los 18 años; en segundo lugar, los menores extranjeros acompañados que llegaron a España en pateras deberán presentar informe con sus datos de la Cruz Roja, la Policía o del centro de acogida, sin embargo, la duración de su tarjeta será de una año, pudiendo renovarla anualmente hasta los 18; en último lugar, los menores extranjeros no acompañados que llegan en pateras deberán proporcionar fecha de nacimiento, país de origen e informe del centro de acogida con sus datos y, al igual que el caso anterior, la duración de su tarjeta sanitaria de un año, renovable hasta la edad de 18 (Servicio Canario de la Salud, 2025: págs. 3-10).

En síntesis, los extranjeros menores de edad, aunque no cuenten con permiso de residencia, tienen plenamente garantizado su acceso a los servicios sanitarios españoles en virtud de la normativa internacional aplicable y la respectiva normativa estatal, desarrollada por las Comunidades Autónomas.

⁶⁴ Véase de nuevo el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, en su modificación por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril.

⁶⁵ Según el INE, Canarias es la quinta comunidad autónoma con más inmigrantes de entre 16 a 19 años (INE, 2025).

3.2. Mujeres Embarazadas, Víctimas de Violencia de Género y de Trata

El acceso a la asistencia sanitaria de las mujeres extranjeras es esencial para garantizar la dignidad y los derechos fundamentales de este grupo que ya de por sí es objeto de discriminaciones por su origen, por su situación administrativa y por su género, pero puede verse sometido a barreras adicionales debido a situaciones específicas que no hacen sino aumentar su vulnerabilidad.

La primera de esas situaciones específicas que pueden aumentar la vulnerabilidad de la mujer migrante es su embarazo. El artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de la ONU (1979), en su primer apartado, prohíbe cualquier tipo de discriminación hacia la mujer en la asistencia médica y, en su apartado segundo, más específicamente, establece la obligación de los Estados Partes de garantizar la atención sanitaria necesaria durante el embarazo, parto y posparto de cualquier mujer, precisando la gratuidad de los servicios médicos cuando así se requiera. Al igual que sucede en el régimen aplicable a los menores extranjeros, España adoptó la normativa internacional a su normativa estatal y, aún con la reforma que introdujo el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, la asistencia sanitaria a las mujeres embarazadas estaba garantizado por el artículo 3 ter, apartado b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, en su modificación por el decreto-ley. Este derecho se vincula directamente con el artículo 39.2 de la Constitución Española que consagra la obligación de los poderes públicos de garantizar la protección integral tanto de las madres como los hijos.

Con respecto a normativa de extranjería, esta también busca proteger la figura de la mujer extranjera embarazada en los casos que puedan poner en riesgo su

salud o la del nasciturus. La LO 4/2000, de 11 de enero, en sus artículos 57.6 y 58.4 limitan la expulsión o devolución del territorio español de mujeres embarazadas cuando pueda verse afectada su integridad física.

Se debe entender que la asistencia sanitaria que precisan las mujeres migrantes embarazadas debe ser específica a sus características, necesidades y obstáculos. Su perfil difiere un poco del perfil de una mujer española embarazada, pues la edad media de embarazado en la población migrante desciende 5 años, además consumen menos tabaco y sufren en menor medida de sobrepeso, aunque sí patologías como el VIH. A su vez, su acceso a la sanidad puede verse mermado por barreras culturales y sociales como una menor autonomía, una mayor dependencia al cónyuge o una inferioridad cultural por su posición social en el país de origen (Martín et al., 2014: págs. 30-34).

En relación esta cuestión, en el marco de la salud reproductiva y sexual de las mujeres migrantes, es preciso abordar la problemática sanitaria que supone la mutilación genital femenina (en adelante, MGF). Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la MGF se refiere a “todos los procedimientos que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos de la mujer u otras lesiones en los órganos genitales femeninos con fines no médicos” (UNICEF, 2023). Esta práctica responde a causas sociales, culturales, estéticas y sexuales pertenecientes a 28 países en el mundo, principalmente en África central y tienen un efecto muy negativo en la salud de las niñas, pudiendo incluso causarles la muerte (Martín et al., 2014: págs. 35-37).

En España, esta práctica está tipificada como delito en el artículo 149.2 del Código Penal y existen distintos protocolos de actuación aplicables ante un posible

caso de MGF, tanto a nivel estatal (véase el Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar o el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante violencia de género 2012) como a nivel autonómico (véase el Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina de Cataluña de 2007 o el Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra de 2013). En estos protocolos se incluyen servicios de asistencia sanitaria específicos para las niñas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015: págs. 54-58).

Como segunda situación específica se debe hacer mención a las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género (en adelante, VG), pues estas representan el 30,9% del total de mujeres que denunciaron VG en España durante el año 2017 y el 32% de las mujeres asesinadas por VG en España entre los años 2003 y 2017 (Monteros Obelar, S.; Rematozo, Quintana, T., 2018: pág. 5). Se puede observar una alta presencia de la mujer inmigrante en las estadísticas de VG y, sin embargo, la normativa específica como la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género⁶⁶, solo mencionan a las mujeres migrantes al establecer actuaciones especiales para colectivos vulnerables a sufrir VG, mas no desarrollan en profundidad (artículo 32.4 de la LO 1/2004, de 11 de enero). Para ello, debemos remitirnos a protocolos específicos como el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género de 2024 donde se desarrolla un marco de actuación

concreto para las características de esta población. Con respecto a la normativa de extranjería, la LO 4/2000, de 11 de enero, recoge en su artículo 31 bis⁶⁷ la regulación específica de permisos de residencia y de trabajo para las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género.

Por último, se debe hacer mención a las mujeres migrantes víctimas de trata de personas por encontrarse en una situación de mayor vulneración por su situación migratoria. Según la Cruz Roja, el 96% de las mujeres víctimas de trata que atendió esta organización eran migrantes, de las cuales, el 70% se encontraban en situación administrativa irregular (Cruz Roja, 2024). Ante esta alta prevalencia de las mujeres migrantes resulta indispensable contar con planes de actuación específicos, así como garantizarles el acceso sanitario para proteger su integridad.

A nivel internacional, es preciso aludir al Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos (Convenio n°197 del Consejo de Europa), hecho en Varsovia el 16 de mayo de 2005, más conocido como el Convenio de Varsovia. A nivel estatal, destacar el Anexo al Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud (SNS): Actuación Sanitaria frente a la Trata con Fines de Explotación Sexual, el cual asegura el acceso a los servicios sanitarios de todas las víctimas de trata por ser uno de los mejores medios para la prevención y detección de este tipo de delitos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017: pág. 11). A nivel autonómico, se debe mencionar la Guía para examen de salud inicial de

⁶⁶ Véase también la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual que modificó la LO 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. En esta ley, a pesar de que sí se introducen más menciones a las mujeres

inmigrantes, sigue sin haber una actuación específica para ello.

⁶⁷ Este artículo fue introducido por la LO 2/2009, de 11 de diciembre, no existiendo en la redacción original de la Ley de Extranjería.

menores extranjeros no acompañados (MENAs) de la Conserjería de salud y familias, SAS, en la cual se recoge la actuación específica por parte del personal sanitario para detectar posibles víctimas infantiles de trata (Conserjería de Salud y Familias, 2019: pág. 22).

3.3. Extranjeros internos en los CIES

Es importante discutir sobre la situación de las personas extranjeras internadas en los CIES dado que representan un grupo vulnerable, especialmente aquellas que enfrentan un proceso de expulsión o retorno. En este contexto de internamiento y de incertidumbre en cuanto a su futura situación migratoria, se hace esencial garantizar el derecho a la protección de la salud y, en particular, el acceso a la asistencia sanitaria.

En primer lugar, la regulación de los CIES viene recogida en la LO 4/2000, de 11 de enero, cuyo artículo 60.2 establece el carácter no penitenciario de los centros, lo que supone que el trato a los internos en ningún supuesto puede equipararse al que reciben las personas en los centros penitenciarios, dado que a ellos se les ha impuesto una sanción administrativa, mas no penal. El único derecho de las personas extranjeras en los CIES que se ve restringido es su derecho ambulatorio por un máximo de 60 días, en virtud de artículo 62.2 de la LO 4/2000, de 11 de enero. Asimismo, a partir del artículo 1.2 del Real Decreto 162/2014, de 14 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de funcionamiento y régimen interior de los centros de internamiento de extranjeros, se puede definir los CIES como instituciones no penitenciarias bajo la supervisión del Ministerio del Interior, destinadas a brindar custodia preventiva y cautelar a personas extranjeras con el objetivo de asegurar su expulsión, retorno o devolución según la legislación de extranjería aplicable, así como

para los extranjeros a los que la pena privativa impuesta se le haya sustituido por la expulsión, en virtud del artículo 89.6 del Código Penal. Al encontrarse los extranjeros internos en una relación de especial sujeción con la Administración Pública, esta debe garantizar el derecho a la vida y a la integridad física de las personas bajo su vigilancia (Álvarez et al., 2014: pág. 13).

Con respecto a su derecho a la asistencia sanitaria, el artículo 62 bis de la LO 4/2000, de 11 de enero, en su apartado d), consagra como derecho de los extranjeros internos el recibir asistencia sanitaria y médica. De la misma manera lo establece el artículo 16 del citado real decreto. Y ahondando más en este derecho, el artículo 14.1 del Real Decreto 162/2014, de 14 de marzo, establece la obligación de todo CIE de contar con servicio de asistencia sanitaria formado por un médico de la Administración General del Estado, así como de un ayudante técnico sanitario o enfermero. Dicho servicio sanitario se encargará de la atención sanitaria y médica de los internos, pero además de la atención farmacéutica, así como de los servicios de higiene, lo que incluye, entre otros, el buen estado de los alimentos, de los aseos o de las dependencias (artículo 14.2 del Real Decreto 162/2014, de 14 de marzo).

Además, según lo dispuestos en el artículo 30 del real decreto, al ingresar al centro, las personas extranjeras serán evaluadas por el servicio médico con el propósito de identificar el posible padecimiento de enfermedades físicas o psíquicas o cuadro de toxicomanía, para posteriormente aplicar el tratamiento apropiado. En caso de necesaria hospitalización por recomendación del servicio médico, será el director del centro, quien, informando al Juez, autorizará su salida del centro para su ingreso hospitalarios.

Este precepto de remitir al director la decisión con respecto al ingreso

hospitalario de los internos ha suscitado controversias pues algunos autores consideran que la toma de dicha decisión debería estar exclusivamente en manos del personal médico. A su vez, si bien el artículo 7.4 del real decreto establece “la atención permanente y de urgencia de los internos” por el servicio médico, la ausencia de una determinación más explícita con respecto al horario, supone la remisión de esa decisión al director de cada centro, por lo que el acceso a servicios médicos las 24 horas del día puede no estar garantizado. De hecho, en la práctica, en la mayoría de CIES, a excepción del de Madrid, solo hay un médico en el centro entre semanas y en horario de mañana y enfermeros durante todo el día de lunes a viernes. En este contexto, debemos hablar del caso de Idrissa Diallo, un chico guineano de 21 años que murió en el CIE de Zona Franca en Barcelona en el año 2012. La causa de la muerte se debió a un infarto de miocardio, aunque el desarrollo de esta trágica situación difiere entre la versión oficial y la aportada por internos del centro dónde se encontraba. Pues, pese a que la versión oficial de los hechos aseguraba una atención rápida y sin esperas, los internos aseguran que Idrissa solicitó asistencia médica por la tarde, pero no se le atendió hasta después de la medianoche cuando la Policía Nacional de guardia solicitaron una ambulancia, esto debido a la falta de una asistencia sanitaria y médica permanente en el centro (Álvarez et al., 2014: pág. 17, 26-34).

En definitiva, la asistencia sanitaria en los CIES es un derecho esencial

⁶⁸ En el momento de ratificación por España del Convenio de aplicación del Acuerdo de Schengen de 14 de junio de 1985, solo formaban parte Alemania, Francia, la Unión Económica Belenux (formada por Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo) e Italia. En la actualidad, está conformado por 29 países, aquellos que pertenecen a la Unión Europea

garantizado sin importar la situación administrativa de los extranjeros, pero que, a pesar de su reconocimiento normativo, se evidencia la necesidad de reforzar la atención sanitaria permanente y urgente en pos de proteger la integridad física y mental, así como salvaguardar el bienestar de los extranjeros en situación de vulnerabilidad.

4. EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN FRONTERAS EXTERIORES

Desde la adhesión de España en 1994 al Convenio de aplicación del Acuerdo de Schengen de 14 de junio de 1985 relativo a la supresión gradual de los controles en las fronteras comunes ⁶⁸, España ha experimentado una transformación significativa en la configuración y protección de sus fronteras. Al hablar de fronteras españolas debemos distinguir entre fronteras interiores y fronteras exteriores (o comunitarias) establecidas en el artículo primero de dicho acuerdo. Primeramente, las fronteras ⁶⁹ interiores son aquellas que les son comunes a los Estados parte. Por otro lado, a contrario sensu, se definen las fronteras exteriores como toda frontera que no sea considerada frontera interior.

A partir de esta distinción, el Convenio de aplicación del Acuerdo de Schengen de 14 de junio de 1985 establece en su Título II, la libre circulación por las fronteras interiores de los nacionales de los Estados parte (Capítulo I) y el control y vigilancia de las fronteras exteriores (Capítulo II). En el contexto de control de las fronteras

(con la salvedad de Chipre e Irlanda) y Noruega, Islandia, Liechtenstein y Suiza.

⁶⁹ En el Convenio de aplicación del Acuerdo de Schengen de 14 de junio de 1985 se incluye dentro del término “frontera” a las fronteras terrestres, marítimas, los puertos marítimos y los aeropuertos (artículo 1).

comunitarias, se crea en el año 2004 la Agencia Europea de la Guardia de Fronteras y Costas (en adelante, Frontex) por el Reglamento (CE) n° 2007/2004 del Consejo, de 26 de octubre de 2004, por el que se crea una Agencia Europea para la gestión de la cooperación operativa en las fronteras exteriores de los Estados miembros de la Unión Europea. En el artículo segundo del citado reglamento, se establecen las funciones de Frontex, entre las que destacan la coordinación de la gestión fronteriza exterior (artículo 2.1 a), el apoyo para la formación de la guardia nacional fronteriza de cada Estado (artículo 2.1 b), analizar los riesgos en las fronteras exteriores (artículo 2.1 c) o asistir a los Estados parte en situaciones que precisen de una operación o de un apoyo técnico reforzado en sus fronteras (artículo 2.1 e). Con esta Agencia, se pretende asegurar un estándar alto y uniforme de supervisión y control de las fronteras exteriores.

Por otro lado, en el año 2009, 24 personas fueron interceptadas en las costas italianas y devueltas con inmediatez, sin identificación ni aviso, a su país de origen. Esta situación desencadenó una oleada de críticas y la interposición de una denuncia ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, el cual, en la Sentencia *Hirsi Jamaa E.A contra Italia* 27765/09 de 23 de febrero de 2012, determinó mediante unanimidad que la expulsión de este grupo de personas supuso la violación del artículo tercero (prohibición de la tortura y de tratos inhumanos y degradantes) del Convenio Europeo de Derecho Humanos y del artículo cuarto (prohibición de las expulsiones colectivas) del Protocolo n° 4 al Convenio para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, reconociendo ciertos derechos y libertades. La citada sentencia supuso la creación del Reglamento (UE) 656/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de mayo de 2014 por el que se

establecen normas para la vigilancia de las fronteras marítimas exteriores en el marco de la cooperación operativa coordinada por la Agencia Europea para la Gestión de la Cooperación Operativa en las Fronteras Exteriores de los Estados miembros de la Unión Europea. La creación de este reglamento cumplió con la necesidad de establecer una obligación de cumplimiento de la normativa internacional en derechos humanos (Martínez Cristóbal, 2022: pág. 163).

No obstante, el Reglamento (CE) n° 2007/2004 del Consejo, de 26 de octubre de 2004 fue derogado por el Reglamento (UE) 2016/1624 del Parlamento Europeo y del Consejo de 14 de septiembre de 2016 sobre la Guardia Europea de Fronteras y Costas, por el que se modifica el Reglamento (UE) 2016/399 del Parlamento Europeo y del Consejo y por el que se derogan el Reglamento (CE) n° 863/2007 del Parlamento Europeo y del Consejo, el Reglamento (CE) n° 2007/2004 del Consejo y la Decisión 2005/267/CE del Consejo. Este último reglamento crea la Guardia Europea de Fronteras y Costas, conformada por Frontex y las autoridades nacionales competentes (artículo tercero).

Sin embargo, el Reglamento (UE) 2016/1624 del Parlamento Europeo y del Consejo de 14 de septiembre de 2016 no tuvo una amplia vigencia, pues tres años más tarde, entró en vigor el Reglamento (UE) 2019/1896 del Parlamento Europeo y del Consejo de 13 de noviembre de 2019 sobre la Guardia Europea de Fronteras y Costas y por el que se derogan los Reglamentos (UE) n° 1052/2013 y (UE) n° 2016/1624. Mediante este reglamento, se fortaleció el funcionamiento de la Guardia Europea de Fronteras y Costas, concediéndole una mayor autonomía jurídica, administrativa y financiera y una mayor

independencia técnica y operativa (Considerando nº 105).

La ya mencionada actuación por parte de Frontex en las costas italianas que fue condenada por la Sentencia *Hirsi Jamaa E.A contra Italia* 27765/09 de 23 de febrero de 2012, no fue la única situación en la que se vulneraron derechos humanos. En el año 2006, tuvo lugar “la crisis de los cayucos” con la llegada de miles de personas migrantes a las Islas Canarias, crisis caracterizada por la falta de ayuda humanitaria y la muerte de una cifra importante de personas. Esta actuación de Frontex fue catalogada de inexperta e insuficiente. Asimismo, en el año 2013, el hundimiento de un barco proveniente de Libia con unas 500 personas, resultó en el fallecimiento de más de 300 personas cerca de la isla italiana de Lampedusa, ante lo cual, se denunció la actuación de Frontex por diversas organizaciones, aunque la Agencia negó su responsabilidad en el incidente (Martínez Cristóbal, 2022: págs. 159-162).

En definitiva, la evolución del control fronterizo en España y en los demás países parte del Acuerdo Schengen está marcado por: la creación de la Guardia Europea de Fronteras y Costas y; por la tensión entre la seguridad y la militarización de las fronteras para responder ante las crisis migratorias y la protección de los derechos humanos de las personas migrantes llegadas a las fronteras exteriores. Esto ha ocasionado la necesidad de garantizar un equilibrio entre ambos objetivos, así como la creación de unos protocolos específicos en la atención sanitaria permitiendo la ayuda humanitaria en las situaciones que lo necesiten, asegurando así los derechos humanos, sin dejar de lado la seguridad fronteriza europea.

5. EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL CONTEXTO DEL COVID-19

Al hablar de asistencia sanitaria de los extranjeros no comunitarios, inevitablemente debemos mencionar uno de los sucesos que desafió los sistemas sanitarios a nivel global y que evidenció todavía más las diferencias existentes en el acceso a la asistencia sanitaria: la pandemia del COVID-19.

Si bien esta crisis sanitaria tuvo repercusiones para toda la población, las personas migrantes de bajos recursos sufrieron mayores dificultades debido, por ejemplo, a la barrera idiomática para encontrar, en ese entonces, información fiable en su idioma, a las barreras financieras o a las barreras burocráticas dependiendo de su situación administrativa en el país (Rodríguez, 2021: pág. 500; Varga, 2022: págs. 49-50).

En este contexto, se debe hacer mención a dos normativas europeas en materia. Primeramente, el Reglamento (UE) 2016/369 del Consejo, de 15 de marzo de 2016, relativo a la prestación de asistencia urgente en la unión, el cual regula la provisión de asistencia humanitaria urgente dentro de la Unión Europea ante situaciones de catástrofes naturales o humanas. Este reglamento subraya el importante papel de la solidaridad y la actuación conjunta de los Estados miembros.

En segundo lugar, el Reglamento (UE) 2020/521 del Consejo de 14 de abril de 2020 por el que se activa la asistencia urgente en virtud del Reglamento (UE) 2016/369, cuyas disposiciones se modifican considerando el brote de COVID-19. A pesar de que el primer reglamento citado no estaba diseñado específicamente para las circunstancias vividas durante la pandemia, la activación de las medidas establecidas en éste por el Reglamento (UE)

2020/521, de 14 de abril de 2020, permitió una mayor movilización de los recursos necesarios.

Por otro lado, a nivel estatal, con el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, se declaró en España el estado de alarma para la gestión de crisis sanitaria. No obstante, en ninguna de la normativa mencionada hasta ahora hacían mención explícita de medidas para las personas migrantes, para lo cual, debemos remitirnos a normativa específica.

En primer lugar, encontramos la Orden SND/421/2020, de 18 de mayo, por la que se adoptan medidas relativas a la prórroga de las autorizaciones de estancia y residencia y/o trabajo y a otras situaciones de los extranjeros en España, en aplicación del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo de 2020. Dicha orden fue creada con el objetivo de garantizar seguridad jurídica a las personas extranjeras que, debido a las circunstancias, no pudieran renovar sus permisos de residencia o trabajo y acabasen en “situación de irregularidad sobrevenida”. Para evitar esta situación, se estableció la prórroga de todas las autorizaciones cuya fecha de caducidad coincida con el periodo de estado de alarma o que hayan caducado hasta tres meses antes de su declaración por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo de 2020, dicha prórroga terminará a los 6 meses de la finalización del estado de alarma (artículo 1 de la Orden). A su vez, se estableció la prórroga de las tarjetas de familiar de ciudadano de la Unión (artículo 2), de las tarjetas de identidad de las personas extranjeras con residencia de larga duración (artículo 3), de las estancias de menos de 90 días (artículo 4) y de los visados de larga duración (artículo 5), aunque en el caso de las prórrogas de los artículos 4 y 5 caducarán a los 3 meses de finalizado el estado de alarma. Por último, se establece la no computación para la acreditación de la continuidad de residencia, las ausencias en España por los

cierres de fronteras por la pandemia (artículo 7).

En segundo lugar, las Instrucciones DGM 5/2020 sobre la renovación de las autorizaciones de residencia y/o trabajo en el contexto del COVID-19, la cual pretendía garantizar aún más todavía la seguridad jurídica de los extranjeros para evitar la irregularidad sobrevenida con medidas como: la efectiva cotización del periodo de suspensión temporal de los contratos laborales de los extranjeros (ERTE), o el acceso excepcional al subsidio por desempleo para los trabajadores extranjeros cuyo contrato temporal haya terminado después del estado de alarma y no cumplan los requisitos para obtener las prestaciones por desempleo.

En cambio, lo que más nos atañe en el ámbito sanitario en este contexto es el acceso de las personas extranjeras en situación irregular a las vacunas, como estrategia de protección y propagación frente al virus. En España, se optó por utilizar la vacuna de Janssen a este colectivo vulnerable social, económica y laboralmente, siempre que fueran mayores de 18 años. Esta decisión se justifica por la dificultad de identificación y captación de este colectivo, por lo que, esta vacuna, al solo requerir una dosis, facilita mucho la estrategia de vacunación en cierta parte de la población (Consejo Interterritorial, 2021: pág. 9).

En último término, y con respecto a los migrantes y refugiados en centro de recepción y detección en la Unión Europea, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades redactó una guía para la prevención del virus en este difícil contexto. Primeramente, afirmar que no existe ninguna evidencia de una mayor transmisión del COVID-19 entre migrantes y refugiados, sin embargo, debido a las condiciones que pueden presentarse en dichos centros, sí se puede observar una mayor propagación dentro de los

mismos por las dificultades para cumplir con las medidas de distanciamiento y de aislamiento. Ante esta problemática, se establecen medidas adicionales como una estricta higiene respiratoria y de manos, el suministro de equipo de tratamiento y detección gratuito, así como de una prioridad a la hora de realizar test de COVID-19 debido al rápido contagio en los centros y una buena comunicación de los riesgos y modos de prevención de contagio adaptada a los diferentes idiomas y culturas para que sean de la comprensión de todos (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2020: pág. 1).

Por tanto, se puede concluir afirmando que por parte de la Unión Europea, el gobierno español y las distintas comunidades autónomas se procuró la inclusión de los extranjeros no comunitarios en las medidas sanitarias contra el COVID-19, en consonancia con la normativa europea y estatal al respecto.

IV. CONCLUSIONES

En base a los análisis desarrollados en los previos apartados de este TFG sobre el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros no comunitarios en España, se puede concluir con cuatro principales conclusiones.

Primeramente, el análisis normativo realizado demuestra el gran avance que ha acontecido a la regulación estatal en lo que respecta a la universalidad en el acceso a la sanidad de los extranjeros con independencia de su situación administrativa, lo que sitúa a España como una de las sanidades más inclusivas de Europa. Se ha podido comprobar que, en dicha búsqueda por la universalidad, la normativa estatal en materia ha ido suprimiendo las distintas barreras legales que comprometían el acceso a una parte de la población a los servicios sanitarios. No obstante, persisten desafíos pendientes de regulación que

revela la necesaria consolidación de esta universalidad de las prestaciones sanitarias para evitar retrocesos en la misma.

A su vez, el análisis normativo realizado con respecto a derecho de la Unión Europea resalta la ausencia de normativa comunitaria específica sobre el acceso a la sanidad transfronteriza de las personas extranjeras en situación administrativa irregular, lo que conlleva una evidente incertidumbre jurídica y desigualdad, remitiendo su acceso a la normativa específica en materia de cada Estado Miembro. Esto se traduce en una falta de armonía normativa en la Unión Europea que puede dejar a este grupo en una situación de mayor vulnerabilidad.

Por su parte, a través del análisis de la normativa a nivel autonómico, se ha podido inferir el ámbito competencial en materia de sanidad y extranjería que corresponde al Estado y a las Comunidades Autónomas. A partir de esto, se puede deducir una regulación desigual en el territorio español, lo cual implica un acceso dispar y descentralizado a los servicios sanitarios por la población extranjera, y que precisa de una cooperación entre los poderes públicos estatales y autonómicos para la efectiva garantía del derecho a la asistencia sanitaria.

En lo que respecta a la normativa en la Comunidad Autónoma de Andalucía, se puede observar igualmente la evolución constante hacia la universalidad del derecho a la asistencia sanitaria. La creación y consolidación del Servicio Andaluz de Salud y las sucesivas reformas legales han permitido mantener una cobertura sanitaria inclusiva, incluso durante periodos de restricciones estatales. No obstante, persisten retos derivados de la necesidad de una mayor coordinación con el Estado y la eliminación de distintas barreras que dificultan el acceso efectivo a los servicios sanitarios dentro del territorio andaluz.

En segundo lugar, mediante la exposición de normativa aplicable a grupos vulnerables de extranjeros destacan varios puntos importantes. La protección total sanitaria que las personas menores de edad de nacionalidad extranjera tienen en España, cuyo acceso se equipara al de los nacionales menores de edad, es decir, se asegura su atención sanitaria integral sin restricciones. La protección de la mujer extranjera en distintas situaciones de vulnerabilidad (embarazo, víctimas de violencia de género y víctimas de trata) en normativa de extranjería, sanitaria y penal, garantizando su acceso a los servicios sanitarios cuando por su situación lo precise, garantizando su integridad. Y la evidente necesidad de garantizar una atención sanitaria efectiva en los CIES, asegurando los estándares normativos establecidos de atención médica permanente y urgente.

En tercer lugar, al hablar de asistencia sanitaria de los extranjeros no comunitarios, fue necesario analizar brevemente la regulación comunitaria de las fronteras exteriores, partiendo de su diferenciación con las fronteras interiores. En tal análisis, se aborda la creación y la evolución de la Agencia Europea de la Guardia de Fronteras y Costas (Frontex). A partir de ello, se evidencia la necesaria creación de protocolos específicos en asistencia sanitaria con el fin de garantizar la integridad física y mental de las personas llegadas a las fronteras, así como la necesidad de encontrar un equilibrio entre una seguridad efectiva de las fronteras comunitarias y el cumplimiento con la normativa internacional en derechos humanos, como la prohibición de devoluciones colectivas.

En cuarto lugar, tras el análisis del acceso a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras en el contexto del COVID-19, queda evidenciado la efectiva atención sanitaria por parte del SNS y los servicios autonómicos hacia la población migrante en situación irregular. En este sentido, se

demuestra la necesidad y la importancia de garantizar una inclusión efectiva en las medidas sanitarias en situaciones de emergencia que debe contemplar campañas de vacunación cuyo alcance abarque a esta población y la colaboración entre instituciones para asegurar la atención sanitaria, para así proteger, no solo a esta población en específico, sino también a la población en general.

En conclusión, el acceso a la sanidad para los extranjeros no comunitarios en España es un aspecto clave para el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, recogido en el artículo 43 de nuestra Constitución, siendo imprescindible a tal fin, la aprobación por parte de los poderes públicos de una normativa que garantice la universalidad de la prestación sanitaria y que se promueva una sanidad inclusiva para todas las personas, independientemente de su situación migratoria.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Guasco, R.; Fernández Domingo, N.; Seguí Casas, L. (2014): *La asistencia sanitaria en los Centros de Internamiento de Extranjeros. Clínica Jurídica per la Justícia Social*, Universidad de Valencia. Disponible desde Internet en: <https://turia.uv.es/index.php/clinicajuridica/articulo/view/15584> [con acceso el 23-3-2025].
- Arrese Iriondo, M. (2016): *Competencia de las comunidades autónomas en materia de sanidad y asistencia sanitaria a las personas migrantes en situación irregular*. Revista Aragonesa de Administración Pública, núm. 47-48, págs. 210-243. Disponible desde Internet en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5728765> [con acceso el 8-4-2025].
- Borrajo Dacruz, E. (1984): “Artículo 43: Protección de la Salud” en O. Alzaga Villaamil, O. (Dir.): *Comentarios a las Leyes Políticas*, Tomo IV, págs.

- 149- 196., Editorial Revista de Derecho Privado, Madrid.
- Bosch Marco, B. (2012): *Inmigración en el Estado Autonómico*, en: Garrido Mayol, V. (coord.): *La Solidaridad en el Estado Autonómico*. Valencia, Fundación Profesor Manuel Broseta, 151-204. Disponible desde Internet en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3982052> [con acceso el 7-4-2025].
- Bruquetas Callejo, C.; Sánchez Rodríguez, F. (2014): *Situación de la población inmigrante ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Informe Ejecutivo*. Junta de Andalucía. Conserjería de Salud. Disponible desde Internet en: www.researchgate.net [con acceso el 8-4-2025].
- Cantero Martínez, J. (2014): *A vueltas con el Real Decreto-ley 16/2012 y sus medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*. Gaceta Sanitaria, vol. 28, núm. 5, págs. 351-353.
- Criado Sánchez, L. (2021): *El derecho fundamental a la protección de la salud* [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid] Disponible desde Internet en: <https://docta.ucm.es/entities/publication/a97ebd03-e147-4d76-9140-e7703b1e0ce5> [con acceso el 24-3-2025]
- Delgado del Rincón, L. (2019): *El derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros: limitaciones y problemas*. Valencia, Tiran Lo Blanch. Disponible desde Internet en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=739691> [con acceso el 28-3-2025].
- Escobar Roca, G. (2012): “El derecho a la protección de la salud” en G. Escobar Roca (dir.) *Derechos sociales y tutela antidiscriminatoria*. Aranzadi, Thomson Reuters, Navarra, págs. 1073-1178. Disponible desde Internet: <https://pradpi.es/libros/DSTA.pdf> [con acceso el 5-5-2025].
- Fernández Alles, J. (coord.); Fernández Alles, M.; Ayala García, S.; Sánchez Gonzalo de Quevedo, A., et al. (2024): *Manual de derecho español de extranjería y cooperación al desarrollo*. Manuales del Grupo de Investigación SEJ-058, Cátedra de Estudios Jurídicos y Económicos “Francisco Tomás y Valiente”. Disponible desde Internet en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=981170> [con acceso el 9-4-2025]
- Martín, E.; Martínez, M.; Martínez, J. (2014): *Materiales didácticos: migraciones, interculturalidad y servicios sanitarios*. Universidad de Sevilla, Junta de Andalucía.
- Martínez Cristóbal, D. (2022): *La Frontera Exterior Europea, entre la ayuda humanitaria y la política de seguridad de la Unión Europea*. Revista Universitaria Europea, núm. 37, págs. 155-182. Disponible desde Internet en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8798224> [con acceso el 14-5-2025].
- Martínez de Pisón, J. (2006): *El derecho a la salud: Un derecho social esencial*. Derechos y Libertades, núm. 14, 129-150. Disponible desde Internet en: <https://e-archivo.uc3m.es/entities/publication/678f67e8-83d8-48f2-b381-c4c58696f59d> [con acceso el 30-3-2025].
- Menéndez Rexach, A. (2003): *El derecho a la asistencia sanitaria y el régimen de las prestaciones sanitarias públicas*. Extraordinario XI Congreso Derecho y Salud. Disponible desde Internet en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=500299> [con acceso el 25-3-2025].
- Monteros Obelar, S.; Rematozo, Quintana, T. (coord.) (2018): *Mujeres migrantes*

víctimas de violencia de género en España: Documento de análisis en el marco de la ley orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género. Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI), Madrid.

:Rodríguez García de Cortázar, A.; Leralta Piñán, O.; Jiménez Pernet, J.; Ruiz Azarola, A. (2021): *COVID-19 en migrantes y minorías étnicas.* Gaceta Sanitaria, vol. 35, núm. 5, págs. 499-501. Disponible desde Internet en: <https://www.scielosp.org/article/gs/2021.v35n5/499-501/es/> [con acceso el 14-4-2025].

Sánchez-Rodas Navarro, C. (2018): *Tribuna: Externalización de la asistencia sanitaria española y derecho de la Unión Europea: (In)aplicación a los inmigrantes irregulares.* Revista Internacional de la Protección Social, Vol. III, Nº2, 1-13. Disponible desde Internet en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6774089> [con acceso el 11-4-2025].

Sánchez Sagrado, T. (2016): *La atención primaria en Bélgica.* Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Elsevier España. Disponible desde Internet en: <https://www.elsevier.es/es-revista->

medicina-familia- semergen-40-articulo-la-atencion-primaria-belgica-S113835931600109X [con acceso el 11-4-2025].

Sangüesa Ruiz, N. (2015): *El derecho a la salud de los extranjeros residentes en situación irregular: sobre la legitimidad constitucional del RD-Ley 16/2012.* REDUR, núm. 13, págs. 233-247. Disponible desde Internet en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5365508> [con acceso el 20-3-2025].

Varga, B. (2022): *Acceso a los servicios sanitarios para los gitanos y los inmigrantes indocumentados en la UE a la luz de la Pandemia COVID-19.* O.Tchatchinen: revista trimestral de investigación gitana, núm. 117, págs. 44-56.

Zapata, P. (2013): *Un destacado modelo: el Sistema de Salud Holandés.* Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Disponible desde Internet en: <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2013/01/Sistema-de-Salud-Holand%C3%A9s.pdf> [con acceso el 29-3-2025].

RECIBIDO: 30 de septiembre de 2025.

ACEPTADO: 29 de octubre de 2025.