

INFORME SOBRE EL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA Y GRATUITA POR LOS ABOGADOS

El presente informe tiene por objeto analizar la situación en que se encuentran los abogados respecto a la asistencia sanitaria pública y gratuita.

Si bien la asistencia sanitaria pública en España viene configurada, constitucional (art. 43 CE) y legalmente (entre otras, Ley General de Sanidad de 1986 y Ley General de Salud Pública de 2011), como un **derecho universal y gratuito**, lo cierto es que siguen existiendo ciertos colectivos que no gozan de gratuidad a la hora de acudir al sistema público de salud, dado que, tradicionalmente, el reconocimiento de la asistencia sanitaria se vincula a la afiliación a la Seguridad Social.

Así ocurre con **los abogados que ejercen su actividad por cuenta propia y que cotizan exclusivamente en las mutualidades de previsión específicas de nuestro colectivo**, que, salvo excepciones que más adelante comentaremos, **quedan excluidos del sistema nacional de salud.**

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

Y esta **situación claramente discriminatoria y atentatoria del derecho de igualdad** (art. 14 CE) se produce a pesar de que, ya con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la asistencia sanitaria dejó de ser una prestación

contributiva del Sistema de Seguridad Social para considerarse un derecho de todos los ciudadanos residentes en España y que, con la Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de la Seguridad Social y la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999, la asistencia sanitaria dejó de financiarse con las cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores y pasó a serlo con los impuestos, todo lo cual debería llevar al reconocimiento a todos los abogados del derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita, con independencia del tipo de aseguramiento por el que hayan optado, y en cuanto ciudadanos que son.

Hasta hace poco, **sólo algunas Comunidades Autónomas (como Galicia, Cataluña, Castilla y León y Extremadura) habían adoptado medidas para solucionar, en mayor o menor medida, tal agravio que se producía para nuestro colectivo:**

GALICIA

Con fecha **11 de marzo de 2008**, se suscribió un **CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA, ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y JUSTICIA, LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD Y LOS PROFESIONALES DE ABOGADOS Y PROCURADORES DE GALICIA, PARA LA COBERTURA DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS PROFESIONALES INCLUIDOS EN EL TURNO DE OFICIO.**

El objeto del referido Convenio es el otorgamiento de la prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia por un período de cinco años, a los abogados/as y procuradores/as mutualistas que, no teniendo reconocida la cobertura asistencial pública, estén incluidos en el turno de oficio en su colegio profesional.

La Consejería de Sanidad, a través del Servicio Gallego de Salud, prestará la asistencia a los abogados/as y procuradores /as, y a los miembros de su unidad familiar que dependan económicamente de ellos, siempre que cumplan los siguientes **requisitos**:

- a) Estar colegiados/as como ejercientes en el colegio profesional respectivo.
- b) Estar empadronados/as en cualquiera de los municipios de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- c) Tener la condición de mutualista y no tener reconocida la cobertura asistencial pública en concepto de titular.
- d) Estar inscritos en el turno de oficio en el correspondiente colegio profesional.

El Colegio Profesional emitirá las correspondientes certificaciones, para los efectos de la prestación de la asistencia sanitaria a los/as profesionales indicados/as, relativas a la condición de abogado/a o procurador/a, la fecha de colegiación como ejerciente, y la inscripción del/la profesional en el turno de oficio.

Sin perjuicio del cumplimiento de los requisitos ya indicados, el acceso a la prestación de la asistencia sanitaria requerirá la previa **tramitación del alta correspondiente**. Ésta se realizará mediante la presentación en el Centro de Salud de la siguiente documentación:

- Solicitud, para los efectos del presente convenio, de número de afiliación a la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Certificado colegial en los términos indicados anteriormente.
- Certificado de empadronamiento en cualquiera de los municipios de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Relación de miembros de la unidad familiar que dependan económicamente del abogado/a o procurador/a beneficiarios. Este extremo se acreditará mediante presentación de copia compulsada del Libro de Familia o certificado de convivencia.

El seguimiento y control de lo previsto en el presente convenio, así como la resolución de las dudas que pudiera plantear su interpretación y ejecución, corresponderá a una Comisión de Seguimiento, compuesta por un representante de cada una de las entidades firmantes. En el supuesto de desacuerdo entre las partes en el seno de la Comisión de Seguimiento, las cuestiones litigiosas se someterán a la jurisdicción contencioso-administrativa.

Son causas de resolución del presente convenio:

- El cumplimiento total o parcial de sus cláusulas.
- El mutuo acuerdo de las partes.
- El transcurso del plazo de vigencia previsto.
- La denuncia expresa del convenio, formulada por cualquiera de las partes firmantes.

El presente convenio desplegará sus efectos desde su firma y tendrá un período de vigencia de cinco años. Transcurrido el plazo de vigencia inicialmente previsto, el convenio se podrá prorrogar por períodos anuales, de no mediar denuncia expresa de cualquiera de las partes realizada con un mes de antelación al vencimiento del plazo pactado o de cualquiera de las prórrogas sucesivas.

Con posterioridad a la firma del Convenio citado, la Comunidad Autónoma de Galicia dictó la **Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud**, que, en su artículo 4, garantiza el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia y de cobertura universal a todas las personas que residan en los ayuntamientos de esta Comunidad Autónoma, sin que esta declaración haya tenido efectividad práctica para los mutualistas.

La Ley 21/2010, de 7 de julio, tiene por objeto determinar las personas que en Cataluña disfrutan del derecho a la asistencia sanitaria pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud (conocido como CatSalut), de modo que todo el mundo pueda acceder a los servicios sanitarios públicos en condiciones de igualdad y gratuidad.

Así, en el artículo 2 de dicha Ley, se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria de los colectivos que ya disfrutan de este derecho porque están incluidos en la acción protectora de la seguridad social, como las personas empadronadas en Cataluña que tienen derecho a la asistencia sanitaria de acuerdo con la normativa básica del Estado, los nacionales de estados que no son miembros de la Unión Europea, de conformidad con lo establecido por la Ley Orgánica 4/2000, y las personas que tienen acceso al derecho mencionado en virtud de lo establecido por la normativa europea o por las Leyes o convenios internacionales.

Como novedad, el apartado segundo del mismo artículo reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a los colectivos a los que las normas vigentes aún no habían hecho efectiva la extensión de la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud, en caso de que acrediten que residen en Cataluña y que no tienen derecho a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo de otra entidad distinta al Servicio Catalán de la Salud. Es decir, **se amplía el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud a unos colectivos entre los que se incluyen, fundamentalmente, a los profesionales liberales que no tienen la obligación de cotizar a la seguridad social.**

Asimismo, también se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria de las personas pertenecientes a colectivos en situación de riesgo de exclusión social o de marginalidad, aunque no estén empadronados en Cataluña.

Con esta Ley, el sistema sanitario catalán garantiza la asistencia sanitaria universal ya que todos los ciudadanos y ciudadanas de Cataluña son o pueden ser asegurados del CatSalut.

Incluso las personas que se encuentran en Cataluña y que no pertenecen a ninguno de los colectivos definidos anteriormente tienen derecho, en cualquier caso, a la asistencia sanitaria de urgencia si contraen enfermedades graves o tienen accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de esta atención hasta la situación de alta médica, sin perjuicio de que estas personas o, en su caso, los terceros obligados legalmente o contractualmente a asumir estos gastos deban hacerse cargo del pago del coste de la asistencia recibida (art. 3 de dicha Ley).

Como único requisito para acceder a los centros y servicios de la red sanitaria pública catalana se requiere **poseer la tarjeta sanitaria individual o TSI**, la cual identifica a la persona y la acredita como asegurado o asegurada del Servei Català de la Salut. De esta manera se puede acceder de forma gratuita a toda su red de ambulatorios y hospitales. Cada ciudadano residente en Cataluña tiene derecho a una. Esta tarjeta es personal, gratuita, no transferible y posee una banda magnética con información sobre el usuario.

Para obtener dicha tarjeta, hay que pedirla al centro de atención primaria (CAP) correspondiente por domicilio o en el que se haya escogido por libre elección, rellenando un formulario de solicitud y aportando la siguiente documentación (aunque se puede autorizar al CatSalut para que consulte estos datos en línea a la administración correspondiente): Documento de identificación (DNI, NIE o pasaporte); Certificado de empadronamiento con fecha de de emisión inferior a tres meses; Fotocopia del documento de afiliación en la Seguridad Social, MUFACE, MUGEJU o ISFAS.

Las personas que no tengan esta tarjeta sólo tienen derecho a la asistencia sanitaria de urgencias, ya sea en el centro de atención primaria o en el hospital. Las únicas excepciones son los menores de edad, las mujeres embarazadas y las personas que se encuentran en riesgo de exclusión social, que tienen garantizada la cobertura sanitaria total aunque no estén empadronadas.

CASTILLA Y LEÓN

En virtud de los acuerdos alcanzados en **Febrero de 2011** por el Consejo de la Abogacía de Castilla y León y la Consejería de Salud, los **abogados jubilados** podrán solicitar la asistencia sanitaria pública, si cumplen los siguientes requisitos:

- Haber cumplido 69 años o más.
- Estar empadronado en cualquiera de los municipios que integran la Comunidad Autónoma de Castilla y León.
- Estar o haber estado colegiado en alguno de los Colegios de Abogados de Castilla y León.
- Encontrarse en situación de baja en la actividad profesional por jubilación.
- Tener la condición de mutualista.
- No tener reconocida la cobertura asistencial pública por ninguna otra vía.
- Suscribir un formulario de solicitud.

Igualmente podrán obtener la tarjeta de la asistencia sanitaria pública quienes constituyan su unidad familiar, el cónyuge viudo y los hijos menores de abogados que habiendo pertenecido a alguno de los Colegios de Abogados de Castilla y León se encuentren de baja por jubilación, incapacidad o hayan fallecido.

La solicitud se tramitará por el propio Colegio de Abogados donde tenga su residencia el solicitante, junto con una certificación de empadronamiento en el territorio de Castilla y León, que deberá certificar sobre los siguientes extremos: que el abogado solicitante tiene la condición de mutualista; que está empadronado en un municipio de Castilla y León; y que no tiene reconocida cobertura asistencial pública.

EXTREMADURA

Por Orden de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, de fecha 7 de abril de 2011, se regula el procedimiento de obtención de la Tarjeta Sanitaria en el ámbito de Extremadura y **se contempla expresamente al colectivo constituido por los profesionales colegiados (como los abogados) que no están afiliados a la seguridad social, sino en Mutualidades** constituidas antes del 10 de noviembre de 1995 al amparo de lo dispuesto en el artículo 1 del Reglamento de Entidades de Previsión Social, a las que se refiere la DA 15ª de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Para la obtención de la tarjeta sanitaria, los abogados que utilicen a la Mutualidad como sistema de previsión alternativo al régimen de autónomos, deberán presentar un documento acreditativo de su afiliación a la misma.

A nivel estatal, recientemente se han producido ciertos avances con la **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**, cuya Disposición Adicional Sexta previó la **extensión del derecho a acceder a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento**, si bien remitiendo a un posterior reglamento la fijación de los

términos y condiciones de la extensión de dicho derecho para quienes ejercieran una actividad por cuenta propia, en atención a la evolución de las cuentas públicas.

Finalmente, por **Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto**, se incluye como asegurado a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud, a los **abogados encuadrados en una mutualidad de previsión social alternativa al régimen de autónomos de la Seguridad Social siempre que no tenga ingresos superiores a 100.000 € en cómputo anual y que estén en alguno de los siguientes supuestos**: tener nacionalidad española y residir en España; ser nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros; o ser nacionales de un país distinto de los anteriores y tener autorización para residir en territorio español.

La condición de **beneficiarios** la ostentarán, según el artículo 3 de dicho Real Decreto, siempre que residan en España, el cónyuge o pareja de hecho, el ex cónyuge o persona separada judicialmente a cargo del asegurado, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que, siendo mayores, tengan una discapacidad igual o superior al 65%.

El **procedimiento** para el reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario se tramitará y resolverá por el Instituto Nacional de la Seguridad Social a través de sus direcciones provinciales. En la mayoría de los casos (trabajadores por cuenta propia o ajena, pensionistas, desempleados) el reconocimiento se hará de forma automática de oficio (artículo 5). Para los restantes supuestos (como el de los mutualistas) deberá presentarse una solicitud conforme al artículo 6 de dicho Real Decreto, debiendo resolverse y notificarse al interesado en el plazo de 30 días.

Aunque supone un importante avance, este Real Decreto contempla todavía algunas **situaciones de discriminación al no considerar como asegurados** a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud, **a los residentes con ingresos superiores a 100.000 euros anuales**, a pesar de que estas personas también contribuyen al mantenimiento del Sistema Nacional de Salud a través del pago de sus impuestos.

Conforme a la Disposición Adicional Tercera de dicho Real Decreto, tales personas podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

Sin duda una situación que debería solventarse a fin de evitar la vulneración del derecho a la igualdad (art. 14 CE) y para que la universalización del derecho a la salud y a la asistencia sanitaria sea efectivamente una realidad para nuestro colectivo.



Antonia Conde López
- Vicepresidenta Comisión Ejecutiva y Coordinadora Comisión de Igualdad,
Conciliación y Derechos Humanos de CEAJ-

Este informe se ha elaborado con la colaboración de las abogadas Celia Martínez Ibáñez (de AJA Murcia), Cristina Llop Velasco (de AJA Zaragoza), Eva Ojea Pazos (de AJA Pontevedra) y Elena Sáenz de Jubera Higuero (de AJA La Rioja).