

INFORME sobre las consecuencias jurídicas y prácticas del Real Decreto 1192/212, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Tal y como se dice en el artículo 1 del Real Decreto, su objeto es establecer qué personas tienen la condición de asegurado (y de beneficiario de éste) de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, así como regular el procedimiento para su reconocimiento de dicha condición.

Este Real Decreto viene a desarrollar lo establecido en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2001, de 24 de octubre, General de Salud Pública, donde se extendía el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico.

Y, en consecuencia, viene a colmar una importante reclamación que desde la Abogacía, y otros colectivos, se ha venido realizando desde hace años, dado que si bien la universalidad de la sanidad está reconocida constitucionalmente, ésta no era una realidad en nuestro sistema sanitario. Se reconoce por fin el acceso de la sanidad con cargo a fondos públicos para los profesionales encuadrados en una mutualidad de previsión alternativa al régimen de la seguridad social, aunque se establece como límite para dicho acceso la no superación de ingresos anuales de la cantidad de 100.000 euros.

Desde la perspectiva de la Abogacía, en aplicación del nuevo régimen creado por el Real Decreto, todo **abogado** que se encuentre dado de alta en una mutualidad de previsión social alternativa al régimen de autónomos de la Seguridad Social debe ser incluido como asegurado a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud, si bien debe cumplir los siguientes requisitos:

1º- Tener nacionalidad española y residir en España; o ser nacional 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.

2º.- No tener cobertura obligatoria de la prestación por otra vía. El apartado 4º del artículo 2.b) del Real Decreto señala que no tendrá consideración de cobertura obligatoria de la prestación sanitaria el estar encuadrado en una mutualidad de previsión social alternativa al régimen correspondiente a la seguridad social.

3º.- No percibir unos ingresos anuales superiores a 100.000 euros. Para poder calcular este límite la norma misma establece que debe tenerse en consideración los ingresos íntegros, no sólo obtenidos por rendimiento del trabajo (por la actividad de abogado), sino también los de capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales; y en el caso de haberse presentado la declaración del Impuesto de la Renta, debe tenerse en cuenta que lo reflejado en el sumatorio de las casillas 620 y 630 del citado impuesto no exceda de 100.000 euros; en esta casilla se suman todos los ingresos obtenidos, y no únicamente los de rendimiento del trabajo, descontando los gastos sufridos.

Todo abogado que cumpla estos tres requisitos podrá y deberá tener acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, incluidos los **compañeros ya jubilados**.

Respecto de la condición de **beneficiarios**, no existe ninguna diferencia con el resto de asegurados, ostentando ésta: los cónyuges o convivientes en relación de afectividad análoga; los ex-cónyuges o cónyuges separados judicialmente si se percibe una pensión compensatoria; los descendientes o persona asimilada, de la persona asegurada o de su cónyuge, aunque se hubiera dictado sentencia de separación, o de su pareja de hecho, hasta los 26 años, a partir de esa edad debe tener reconocida una discapacidad en un grado igual o superior al 65%; los menores sujetos a tutela o acogimiento legal, las hermanas y hermanos; los menores emancipados y los mayores de edad deben depender económicamente del asegurado, no disponiendo de unos ingresos anuales que superen el doble de la cuantía del Iprem.

En relación con el **procedimiento** para solicitar el reconocimiento de asegurado, este consiste en presentar una solicitud en la oficina provincial del INSS correspondiente al lugar donde se tenga establecido el domicilio. En algunas oficinas es necesario rellenar el formulario, y en otras, el formulario es rellenado directamente por el funcionario, facilitando el interesado los datos. Se ha de acudir con el DNI original en vigor, y se está exigiendo diversa documentación como es el certificado de empadronamiento, declaración responsable de no tener cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, copia de la declaración de la renta o declaración responsable de no superar el límite de ingresos de 100.000 euros; en algunas oficinas, los interesados están prestando su consentimiento para que los datos de identidad, domicilio y residencia puedan ser consultados directamente por la Administración a través de los sistemas de Verificación de Datos de Identidad y Residencia. También debe ser facilitada la documentación que acredite la condición de los beneficiarios, como por ejemplo el libro de familia.

El INSS puede, además, recabar los datos que necesite de las Administraciones Públicas para verificar que concurren los requisitos aludidos, sin necesidad del consentimiento de los interesados.

Una vez presentada la solicitud y la documentación, el funcionario entrega en el momento al interesado una resolución provisional de reconocimiento del derecho a asistencia sanitaria, con el que debe acudir a su centro de salud para que le designen un médico de familia. Esta resolución deberá presentarse cada vez que se quiera ejercer el derecho a la asistencia sanitaria, y hasta que le sea facilitada la correspondiente tarjeta sanitaria, que le será remitida por correo dentro de los tres siguientes meses.

En el caso de que finalmente el reconocimiento sea denegado, si se ha hecho uso de algún servicio de asistencia sanitaria, el INSS emitirá la correspondiente factura, y el interesado podrá interponer los correspondientes recursos contra la resolución denegatorias.

Finalmente, debe hacerse referencia a los **Convenios de Asistencia Sanitaria**. La suscripción a uno de estos convenios no constituye ni una cobertura obligatoria de la prestación sanitaria, ni uno de los supuestos comprendidos en el artículo 1.a) del Real Decreto, y por lo tanto, no es un elemento de exclusión del reconocimiento a ser asegurado en aplicación del Real Decreto que aquí se estudia. El carácter de estos convenios es voluntario, y permitía a los abogados gozar de la asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud mediante un doble pago (impuesto y el propio convenio).

La entrada en vigor del Real Decreto no supone la derogación de estos Convenios, pues nada se dice en sus disposiciones al respecto, y además su razón de ser se mantiene para aquellos compañeros cuyos ingresos anuales superen el límite de los 100.000 euros.

En el caso de los compañeros que tenga suscrito estos Convenios, y por lo tanto, ya tenga la tarjeta sanitaria, deben acudir a su centro de salud para que les realicen la pertinente modificación, así como comunicar al Colegio de Abogados su baja en el Convenio de Asistencia Sanitaria.

Madrid, 24 de septiembre de 2012.