Revista de Derecho de la Seguridad Social

Laborum

Economía y Sociología de la Seguridad Social y del Estado Social
nº 47 (2º Trimestre 2026)
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370
Págs. 307-331

El derecho a la asistencia sanitaria universal: especial referencia a las personas extranjeras en situación irregular

The Right to Universal Healthcare: Special Reference to Foreign Nationals in an Irregular Situation

Víctor Maneiro Hervella[1] *Profesor Ayudante Doctor de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)
https://orcid.org/0000-0003-3634-0800

Sumario

1. Evolución normativa del derecho a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras
2. El derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria: el modelo universal del RDL 7/2018
2.1. La titularidad del derecho a la asistencia sanitaria
2.2. La gestión del derecho a la asistencia sanitaria
3. Barreras administrativas en el acceso a la asistencia sanitaria por parte de población migrante en situación irregular
3.1. El empadronamiento: un laberinto kafkiano
3.2. La denegación de atención médica a personas en situación administrativa de estancia temporal
3.3. La facturación de la asistencia médica de urgencia
3.4. La denegación de la atención primaria y la facturación de tratamientos médicos a menores, mujeres embarazadas, pacientes crónicos y pacientes con enfermedades infecciosas
3.5. Las dificultades de acceso a los medicamentos
3.6. Las familias reagrupadas y las personas solicitantes de asilo
4. Novedades incorporadas por el Real Decreto 180/2026, de 11 de marzo, por el que se regula el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español
4.1. Documentación exigida para el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos: la declaración responsable
4.2. El procedimiento
4.3. Los colectivos de especial protección
5. El nuevo tope máximo de aportación previsto en el Real Decreto-ley 11/2026, de 12 de mayo, por el que se modifica la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria
6. Conclusiones
Bibliografía

Cita Sugerida: MANEIRO HERVELLA, V.: «El derecho a la asistencia sanitaria universal: especial referencia a las personas extranjeras en situación irregular». *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*. 47 (2026): 307-331.

[1] Este trabajo forma parte del proyecto de investigación "Transformación digital y relaciones laborales: de la flexiseguridad a la tecnoseguridad" (PID2024-160574OB-C21).

Resumen

En este artículo se analizarán, primero, las modificaciones introducidas por el RDL 7/2018, relativas a la titularidad y al reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos. A continuación, a partir de informes de distintos organismos sociales, se reflexionará sobre los déficits normativos y se identificarán distintas barreras de acceso a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas migrantes en situación irregular. Finalmente, se analizará el Real Decreto 180/2026, de 11 de marzo, por el que se regula el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español, y el Real Decreto-ley 11/2026, de 12 de mayo, por el que se modifica la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria, que buscan dar respuesta a estos problemas y garantizar un auténtico acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

Palabras clave

RDL 7/2018; RD 180/2026; RDL 11/2026; asistencia sanitaria universal; migración irregular; salud pública

Abstract

This article will first examine the amendments introduced by Royal Decree-Law 7/2018 concerning entitlement to and recognition of the right to health protection and publicly funded healthcare. It will then reflect, on the basis of reports by various social organisations, on existing regulatory shortcomings and identify different barriers to access to publicly funded healthcare faced by migrants in an irregular administrative situation. Finally, the article will analyse Royal Decree 180/2026, of 11 March, which regulates the recognition of the right to health protection and publicly funded healthcare for foreign nationals who are in Spain without legal residence status, and Royal Decree-Law 11/2026, of 12 May, which amends user contributions to outpatient pharmaceutical benefits. These measures seek to address the identified problems and to ensure genuine universal access to the National Health System.

Keywords

Royal Decree-Law 7/2018; Royal Decree 180/2026; Royal Decree-Law 11/2026; universal healthcare; irregular migration; public health

1. EVOLUCIÓN NORMATIVA DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA DE LAS PERSONAS EXTRANJERAS

La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar. El Sistema Nacional de Salud es un modelo configurado como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración General de Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas, que garantiza la protección de la salud y se sustenta con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios.

En este contexto, debemos puntualizar que nos referimos en este texto al derecho a la protección de la salud o derecho a la asistencia sanitaria, no al derecho a la salud, pues los seres humanos no disponemos del derecho a la salud, sino a unas determinadas prestaciones sanitarias, con las que se intenta conseguir la preciada salud. No se tiene tanto un derecho a la salud en sí misma considerada sino a procurar la curación con los medios disponibles[1].

De esta forma, el derecho a la protección a la salud y a la asistencia sanitaria se erige como un pilar fundamental del constitucionalismo democrático-social mundial y europeo, de ahí que se configure el derecho a la salud como un derecho humano fundamental de carácter primario y esencial para el logro de una ciudadanía inclusiva[2].

El derecho a la asistencia sanitaria constituye una de las manifestaciones más concretas del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española. Aunque este derecho se ha ido configurando históricamente como una prestación dentro del sistema de la Seguridad Social, la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999 dispuso que sería el Estado, a través de las transferencias presupuestarias a las comunidades autónomas, el que asumiría totalmente la financiación pública de la asistencia sanitaria, desvinculándose con ello la asistencia sanitaria de las aportaciones a la Seguridad Social. Esta separación de fuentes de financiación entre el Sistema Nacional de Salud y la Seguridad Social llevó "a un entendimiento diferente del principio de universalidad, conforme al cual el acceso al Sistema Nacional de Salud, con cargo a fondos públicos, no debía quedar limitado a quienes estaban afiliados a la Seguridad Social o, no estándolo, carecían de recursos económicos suficientes, sino extenderse a todos los ciudadanos que, con sus impuestos, contribuían a su sostenimiento"[3].

En lo que respecta a las personas extranjeras, la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (LOEx), en la redacción dada por la Ley Orgánica 2/2009, regulaba el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros en su art. 12. Establecía que los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. Por su parte, los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto. En consecuencia, "cualquier extranjero que

[1] Alonso-Olea García, B., *Derecho de la protección social. Derecho a la Seguridad Social, Derecho a la asistencia sanitaria y derecho a los servicios sociales*, Navarra, Aranzadi, 5ª ed., 2024.

[2] Monereo Pérez, J. L., "Fundamentos del derecho fundamental a la salud en los sistemas europeos", *Revista de derecho de la seguridad social. Laborum*, nº. Extra 4, 2022, pp. 13-54; Monereo Pérez, J. L., "La salud como derecho humano fundamental", *Relaciones Laborales*, nº 9, 2014, pp. 53-88.

[3] Proyecto de Real Decreto por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

se encontrara en el territorio nacional, con independencia de su situación legal, podría empadronarse y, con ello, acceder a la asistencia sanitaria y a otras prestaciones de carácter social"[4]. En 2012, se modificó esta disposición, que desde entonces se limita a decir que "los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria".

Esta gran reforma sanitaria, un giro "abrupto y regresivo"[5], se realizó a través del 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 (en adelante RDL 16/2012). Este instrumento y las reformas que contiene se justificaron en la exposición de motivos en la falta de adecuación de las normas en materia de sanidad "a la realidad socioeconómica", en un contexto de una "grave dificultad económica", sin precedentes desde la creación del Sistema Nacional de Salud, debido a la "crisis financiera y económica" de aquella época. El "insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias" exigía "reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala".

Todo ello se tradujo en la configuración de restricciones de acceso al Sistema Nacional de Salud[6], que era universal, con las salvedades de lo dispuesto en el art. 12 LOEx. Por un lado, la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizaba a aquellas personas que ostentaban la condición de asegurado. Por otro lado, se vinculaba la condición de asegurado a la situación laboral del trabajador, de forma que sólo se consideraba asegurados a los trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliados a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta; a los pensionistas; a quienes percibían una prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo; y a quienes agotaron la prestación o el subsidio por desempleo y figuraban inscritos en la oficina correspondiente como demandantes de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título (art. 3.2 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en adelante LCCSNS).

En aquellos casos en que no se cumplía ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente (art. 3.3 LCCSNS). El inciso "siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente" fue declarado inconstitucional por la STC 139/2016, de 21 de julio.

De esta forma, las personas extranjeras en situación irregular quedaron extramuros de la condición de asegurados y, por tanto, fuera del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos. Para este colectivo se crea un régimen especial ("asistencia sanitaria en situaciones especiales"), conforme el art. 3 ter LCCSNS. Así, los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: a) de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica; b) de asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Este régimen modifica sustancialmente el anterior, previsto en el art. 12 LOEx, que reconocía a los extranjeros el derecho

[4] Delgado Del Rincón, L. E., *El derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros: limitaciones y problemas competenciales*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2019, p. 38.

[5] *Ibidem*, p. 43.

[6] Delgado Del Rincón, L. E., "El derecho de los extranjeros a la asistencia sanitaria de los extranjeros en situación administrativa irregular: la exclusión de la condición de asegurado por el Real Decreto 16/2012", *Revista de Estudios Políticos*, nº. 163, 2014, pp. 189-231.

a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles con el simple requisito del empadronamiento.

Aunque el RDL 16/2012 fue objeto de numerosos recursos de inconstitucionalidad interpuestos por órganos ejecutivos y legislativos de diversas Comunidades Autónomas, el Tribunal Constitucional los desestimó[7]. De esta forma, el Tribunal Constitucional avala la primacía de una racionalidad económica antes que el respeto a una racionalidad social[8], postura que aunó una importante crítica doctrinal[9].

De acuerdo con la doctrina del TC sobre el derecho a la protección de la salud, se trata de "un derecho de configuración legal, que corresponde regular al legislador respetando los valores y los principios constitucionales, así como el contenido que se desprende del art. 43 CE en lo que atañe a las condiciones de acceso a las prestaciones sanitarias. Es, por tanto, un derecho susceptible de ser modulado en su aplicación a los extranjeros". Por tanto, "el derecho de los extranjeros a beneficiarse de la asistencia sanitaria será determinado y podrá ser limitado por las normas correspondientes. El legislador puede tomar en consideración el dato de su situación legal y administrativa en España, y, por ello, exigir a los extranjeros la autorización de su estancia o residencia como presupuesto para el ejercicio de algunos derechos constitucionales que "por su propia naturaleza hacen imprescindible el cumplimiento de los requisitos que la misma ley establece para entrar y permanecer en territorio español"[10]. El TC concluye que "dentro del margen del legislador de establecer sus prioridades, la norma examinada no responde a una opción arbitraria, sino a la preservación de bienes o intereses constitucionalmente protegidos, como el mantenimiento del sistema sanitario público, sin desconocer las posibilidades del sistema en un momento de intensas complicaciones económicas, observándose, en la distinción entre extranjeros con autorización de residencia y los que carecen de ella, la debida proporcionalidad y dando cumplimiento a las obligaciones internacionales en la materia"[11].

A su vez, la competencia exclusiva del Estado sobre las bases y la coordinación general de la sanidad interior conlleva que sea el legislador estatal quien defina el campo de aplicación personal del Sistema Nacional de Salud, esto es, quiénes son asegurados y/o beneficiarios, de forma que las Comunidades Autónomas no tienen margen legislativo en esta cuestión ya que "la normativa básica estatal cierra toda posibilidad a las normas autonómicas de desarrollo para configurar un sistema de acceso a las prestaciones sanitarias que no atienda a los conceptos de asegurado o de beneficiario que han establecido las bases recogidas en el artículo 3 de la Ley 16/2003"[12].

---

[7] SSTC 139/2016, de 21 de julio; 33/2017, de 1 de marzo; 63/2017, de 25 de mayo; 64/2017, de 25 de mayo; 98/2017, de 20 de julio.

[8] Monereo Pérez, J. L., Ortega Lozano, P. G, "La universalidad del derecho social fundamental a la asistencia sanitaria en cuestión y el derecho al autogobierno autonómico", *Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum*, nº 16, 2018, p. 33.

[9] V. Miñarro Yanini, M., "La regresividad del derecho a la asistencia sanitaria: la pérdida de la universalidad se ceba en los 'inmigrantes irregulares' (Comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional 139/2016, de 21 de julio)", *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, nº. 404, 2016, pp. 145-150; Monereo Pérez, J. L., Triguero Martínez, L. A., "Un revés en la evolución progresiva del *workfare state*: la regresión en la tendencia hacia la universalidad del Derecho Constitucional a la asistencia sanitaria. A propósito de la STC 139/2016", *Derecho de las Relaciones Laborales*, nº. 2, 2017, pp. 177-186; Monereo Pérez, J. L., Ortega Lozano, P. G, "El retroceso social en materia sanitaria: la regresión del derecho a la salud avalada por el Tribunal Constitucional", *Derecho de las Relaciones Laborales*, nº. 6, 2018, pp. 590-616; Cabeza Pereiro, J., "Para el Tribunal Constitucional, 'lo básico' es denegar la asistencia sanitaria y farmacéutica a los extranjeros irregulares", *Revista de Derecho Social*, nº 81, 2018, pp. 153-166.

[10] STC 236/2007, de 7 de noviembre.

[11] STC 139/2016, de 21 de julio.

[12] STC 134/2017, de 16 de noviembre.

No es fácil cuantificar el impacto de esta reforma. En el primer año en vigor, en una pregunta de control parlamentario, el Gobierno respondió que "el número de registros dados de baja en la Base de Datos de la Tarjeta Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, por no estar reconocida por el Instituto Nacional de Seguridad Social su condición de asegurado o beneficiario, se sitúa en 748.835"[13]. El propio Gobierno, en el Programa Nacional de Reformas de 2013 que remitió a la Comisión Europea, cifró el impacto del RDL 16/2012 en "873.000 tarjetas de extranjeros no residentes en España dadas de baja"[14]. No se ha actualizado esta cifra.

En este contexto, se aprobó el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (en adelante RDL 7/2018), que obedece fundamentalmente a la necesidad de garantizar la universalidad de la asistencia, es decir, a garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español. Además de atender a una exigencia ética como es la protección de la salud, la universalidad de la atención no solo redunda en la mejora de la salud individual, sino también en la salud colectiva de toda la población[15].

En este escenario, el RDL 7/2018 entiende el acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad como un derecho primordial de toda persona. La garantía del ejercicio de este derecho y la protección efectiva de la salud de la ciudadanía cobra aún mayor importancia cuando quienes se ven privados de una asistencia sanitaria normalizada son colectivos de una especial vulnerabilidad, amenazados por la exclusión social, como es el caso de la población extranjera no registrada ni autorizada a residir en España. La entrada en vigor del RDL 16/2012, supuso, de facto, una vulneración de este derecho. La norma dejaba fuera de la atención sanitaria con cargo a fondos públicos a personas adultas no registradas ni autorizadas a residir en España y desvirtuó el derecho a la protección de la salud al anular su vocación universal (exposición de motivos RDL 7/2018). La vocación del RDL 7/2018 es, en definitiva, corregir el modelo de exclusión sanitaria del RDL 16/2012.

2. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA ATENCIÓN SANITARIA: EL MODELO UNIVERSAL DEL RDL 7/2018

El RDL 7/2018 tiene por objeto garantizar la universalidad de la protección de la salud y la atención sanitaria. Esto se lleva a cabo mediante la recuperación de la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas, independientemente de su nacionalidad, que tengan establecida su residencia en el territorio español, incluyendo aquellas que en aplicación de los reglamentos comunitarios o convenios bilaterales tengan acceso a la misma en la forma que estas disposiciones lo indiquen.

[13] Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, "Pregunta al Gobierno con respuesta escrita: Número de personas extranjeras en situación irregular que han dejado de contar con tarjeta sanitaria desde la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. (184/029780)", serie D, número 387, 14 de enero de 2014, p. 445. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/BOCG/D/BOCG-10-D-387.PDF

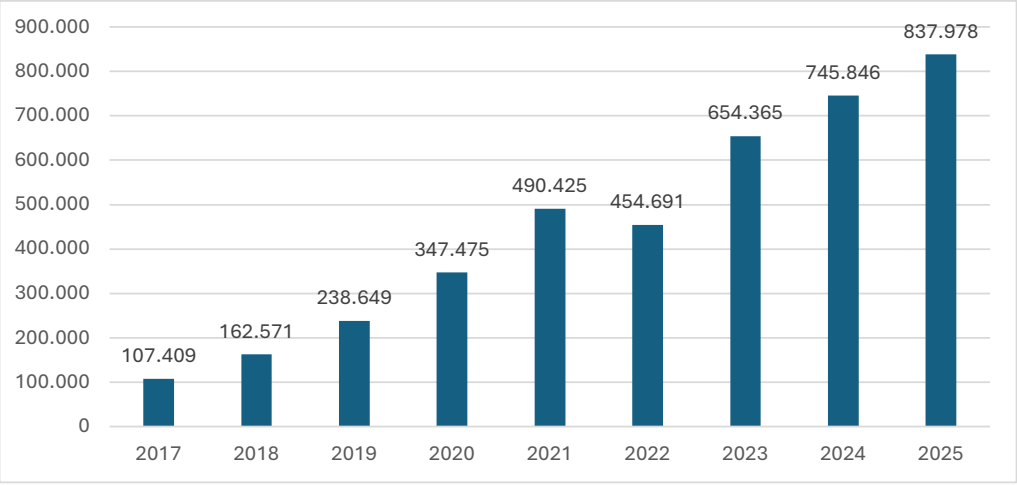
[14] Programa Nacional de Reformas, Reino de España, 2013, p. 113. Disponible en: https://www.hacienda.gob.es/CDI/ProgramaNacionaldeReformas/PNR_2013.pdf

[15] V. Lomas Hernández, V., "Comentario de urgencia sobre el Real Decreto Ley 7/2018 de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud: principales novedades", *Aranzadi digital*, nº 1, 2018; López Insua, B., "La recuperación de la universalidad de la asistencia sanitaria tras el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio", *Lex social: Revista de los Derechos Sociales*, vol. 9, nº. 1, 2019, pp. 295-337; Sirvent Hernández, N., "De vuelta con el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros irregulares", *Revista de Derecho Social*, nº 85, 2019, pp. 97-119; Delgado Del Rincón, L. E., "Nuevos avances en la universalización de la asistencia sanitaria en España: a propósito de la reforma apresurada, imprecisa e incompleta introducida por el Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio", *Revista de Estudios Políticos*, nº 186, 2019, pp. 105-136.

El nuevo modelo desliga el aseguramiento con cargo a los fondos públicos de la Seguridad Social y se vincula a la residencia en España, así como a aquellas personas que, sin residir habitualmente en el territorio español, tengan reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, tal sería el caso, por ejemplo, de aquellas personas que bajo la acción protectora de la seguridad social tienen derecho a la asistencia sanitaria, así como la de los trabajadores y pensionistas a los que el Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados, les reconoce su derecho a la asistencia sanitaria. Todo ello redunda en un fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud como derecho vinculado a la ciudadanía.

El impacto subjetivo de la reforma, que sustituye el criterio de la residencia legal por la residencia de hecho en España, con vocación de universalidad, es significativo y creciente. Aunque lógicamente no existen estadísticas oficiales sobre la población en situación administrativa irregular, un reciente estudio estimaba que la cifra de extranjeros residentes en España en situación administrativa irregular podría haber alcanzado, a 1 de enero de 2025, las 840.000 personas[16]. Esto constituye un importante crecimiento en la última década. Si, cuando se aprobó el RDL 7/2018, había 162.571 personas en situación irregular como potenciales beneficiados, en 2025 esta cifra se multiplica por cinco, de acuerdo con los datos del gráfico 1. No obstante, es importante precisar que la reforma beneficiaría a un número ligeramente inferior, ya que el RDL 16/2012 mantenía la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles para los menores de dieciocho años.

Gráfico 1. Estimación de población extranjera no comunitaria en situación administrativa irregular



Elaboración propia a partir de los datos del informe de coyuntura social de Funcas (2026).

El RDL 7/2018, en su artículo primero, modificó los artículos 3, 3 bis y 3 ter LCCSNS, regulando tanto la titularidad como el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.

[16] Funcas, "La población extranjera en situación irregular en España a comienzos de 2025: una estimación", *Notas de coyuntura social*, enero 2026. Disponible en: https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2026/01/Nota-Coyuntura-Social_Enero-2026.pdf

2.1. La titularidad del derecho a la asistencia sanitaria

La regulación básica de los titulares del derecho a la asistencia sanitaria se encuentra en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LGS) y en la LCCSNS, en la redacción dada por el RDL 7/2018. Conforme el art. 1.2 LGS y art. 3.1 LCCSNS, "son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español".

El art. 3.1 LCCSNS, en su párrafo segundo, establece, "sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas", es decir, se ha de aplicar la Seguridad Social Internacional, en virtud de la cual, si el tratado o convenio internacional contempla las prestaciones sanitarias de seguridad social, dentro de su campo de aplicación material, habrá de aplicarse las normas sobre determinación de legislación aplicable contenidas en los mismos cuando sus titulares (campo de aplicación personal) residan o se desplacen temporalmente a territorio nacional.

Así pues, son titulares los españoles y los extranjeros que residan en España, cualquiera que sea su situación, regular o irregular. El RDL 7/2018 adopta el criterio de la residencia de hecho frente a la de derecho al garantizar el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros en situación irregular, puesto que "la asistencia sanitaria que se presta a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España viene a reforzar las políticas europeas, que en materia de asistencia social, buscan proteger a aquellos colectivos más vulnerables". En lo que respecta a las prestaciones farmacéuticas, su justificación es el necesario acceso a las mismas "en igualdad de condiciones" que los españoles.

2.1.1. Las personas de nacionalidad española y las personas extranjeras con residencia legal

Por una parte, los españoles y extranjeros con residencia legal y habitual en España, porque residan y/o residan y trabajen (por cuenta ajena o propia), y hayan obtenido la pertinente autorización de residencia temporal o de larga duración según la LOEx, están equiparados y se les aplican las reglas generales del art. 3 LCCSNS.

El artículo 3, apartado segundo, establece que para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, sus titulares de los citados derechos deberán encontrarse en alguno de los siguientes supuestos: a) tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español; b) tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia; c) ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía. En este último caso, se trata de un extranjero en situación regular en posesión de la correspondiente autorización administrativa de residencia, de residencia y trabajo (por cuenta ajena y/o propia), temporales o de residencia de larga duración en aplicación de la LOEx[17].

A tenor del artículo 3.3 LCCSNS, si estas personas (titulares), no tuvieran derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, "podrán obtener dicha prestación mediante el pago de

[17] Alonso-Olea García, B., *Derecho de la protección social…, op. cit.*

la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial", que se regula en 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 (en adelante RDCEAS). El convenio especial de prestación de asistencia sanitaria será suscrito con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria o con la administración pública autonómica que corresponda, en función del municipio en el que la persona se encuentre empadronada (art. 2.1 RDCEAS). Su celebración le permitirá al suscriptor acceder a las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud (art. 2.2 RDCEAS), pero no a la cartera suplementaria (que incluye la prestación farmacéutica). Las comunidades autónomas podrán, en el ámbito de sus competencias, incorporar en el convenio especial otras prestaciones asistenciales propias de la cartera de servicios complementaria de su comunidad, distintas a las incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (art. 2.2 RDCEAS).

Los requisitos exigidos para poder concertarlo son los establecidos en el art 3 RDCEAS: a) acreditar la residencia efectiva en España durante un período continuado mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud del convenio especial; b) estar empadronadas, en el momento de presentar la solicitud de suscripción del convenio especial, en algún municipio perteneciente al ámbito territorial al que extienda sus competencias la administración pública competente para su suscripción; c) no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título, ya sea por aplicación de la normativa nacional, de los reglamentos comunitarios en materia de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que en dicha materia hayan sido suscritos por España con otros países.

La contraprestación económica que tiene que abonar su suscriptor es una cuota mensual de 60€, si el suscriptor tiene menos de 65 años; o de 157€ si el suscriptor tiene 65 o más años. Esta cuota mensual puede ser incrementada por las Comunidades Autónomas cuando incorporen en el convenio especial otras prestaciones asistenciales de la cartera de servicios complementaria de la misma (artículo 6.1 RDCEAS).

2.1.2. Las personas extranjeras en situación irregular

Por otra parte, los extranjeros en situación irregular también tienen derecho a la asistencia sanitaria cumpliendo ciertos requisitos previstos en el art. 3 ter LCCSNS que establece que "las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española". Ahora bien, la citada asistencia será con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes siempre que dichas personas cumplan todos los siguientes requisitos: a) no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable; b) no poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia; c) no existir un tercero obligado al pago. Estos requisitos son acumulativos (art. 3 ter 2 LCCSNS).

Se regula también su inexportabilidad, de forma que esta asistencia sanitaria "no genera un derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio español financiada con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas internacionales en materia de seguridad social aplicables" (art. 3 ter 2 LCCSNS).

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, fijarán "el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras

para poder recibir la prestación asistencial" (art. 3 ter 3 LCCSNS). Si el extranjero se encuentra en situación de estancia temporal (no de residencia) de acuerdo con lo previsto en la LOEx "será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas" (art. 3 ter 3 LCCSNS). Las comunidades autónomas "deberán comunicar al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, mediante el procedimiento que se determine, los documentos certificativos que se expidan" en aplicación de lo expuesto (art. 3 ter 4 LCCSNS).

Adicionalmente, el RDL 7/2018 añade un nuevo párrafo e) al apartado 5 del art. 102 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (en adelante LMPS), de forma que el porcentaje de aportación del usuario en la prestación farmacéutica ambulatoria será de "un 40 % del PVP para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo" (se trata del mismo porcentaje que las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y cuya renta sea inferior a 18.000 euros).

2.1.3. Beneficiarios

Para determinar quiénes son los beneficiarios de los titulares indicados en los apartados anteriores, hay que acudir a la disposición adicional única del RDL 7/2018, que los regula pero solo para dos supuestos: cuando se trata de Derecho Internacional de la Seguridad Social (de normas internacionales de coordinación de los sistemas de Seguridad Social) y/o de normativa interna referida a las prestaciones farmacéuticas (esto es, la LMPS). En este escenario, la doctrina ha criticado que no se ha superado del todo el binomio asegurado/beneficiario, pues sigue vigente en el acceso a la prestación farmacéutica[18].

A estos efectos, tienen la condición de beneficiarios el cónyuge, o la persona con análoga relación de afectividad que acredite la inscripción oficial correspondiente, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65 %, siempre que cumplan todos los siguientes requisitos: a) que tengan su residencia legal y habitual en España, salvo que la misma no sea exigible en virtud de la norma internacional correspondiente, o que se trate de personas que se desplacen temporalmente a España y estén a cargo de trabajadores trasladados por su empresa fuera del territorio español en situación asimilada a la de alta en el correspondiente régimen de la Seguridad Social, y b) que no se encuentren en alguno de los siguientes supuestos de los regímenes de la Seguridad Social: 1) ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado y en situación de alta o asimilada a la de alta; 2) ostentar la condición de pensionista de dichos regímenes en su modalidad contributiva; o 3) ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de dichos regímenes.

Cumplidos los 26 años, el sujeto pasará a ser titular del derecho a la asistencia sanitaria y prestaciones farmacéuticas porque éstas se han convertido en universales y se trataría de un nacional con residencia habitual en el territorio español (artículo 3.2 LCCSNS)[19].

2.2. La gestión del derecho a la asistencia sanitaria

Históricamente, las prestaciones sanitarias del Sistema de la Seguridad Social estaban gestionadas por el INSALUD y el Instituto Social de la Marina (ISM), como Entidades Gestoras de

[18] Fernández Collados, M. B., "Avances y retrocesos en la universalización de las prestaciones de asistencia sanitaria: especial atención a las personas extranjeras", *Revista Derecho Social y Empresa*, nº 10, 2019, p. 41.

[19] Alonso-Olea García, B., *Derecho de la protección social…, op. cit.*

la Seguridad Social (art. 66 LGSS). Las funciones y servicios de una y otra fueron sucesivamente traspasados a las Comunidades Autónomas en virtud del artículo 149.1.17 y 16 de la Constitución, Estatutos de Autonomía y decretos de transferencia[20] (excepto Ceuta y Melilla que las gestiona el INGESA), de tal forma que las instituciones sanitarias de la Seguridad Social quedaron integradas en el Sistema Nacional de Salud junto a las que tenían y han ido desarrollando las Comunidades Autónomas.

Por ello, el Sistema Nacional de Salud está configurado por "el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas" (art. 44 LGS) y está integrado en él "todas las funciones y prestaciones sanitarias" que sean "responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud" (artículo 45 LGS). El Sistema Nacional de Salud se concibe como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados. Adicionalmente, pervive una asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social prestada, por un lado, por entidades Gestoras de la Seguridad Social, cuyas funciones y servicios no han sido traspasados a las Comunidades Autónoma: la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MGJ); y por otro lado, por entidades colaboradoras, esto es, las Mutuas colaboradoras con la seguridad social y, en menor medida, las empresas. Así, la protección de la asistencia sanitaria por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales corre a cargo de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social o de la Entidad Gestora que cubra estos riesgos (arts. 80 y 82 LGSS).

Aunque las funciones y servicios del INSALUD (e ISM) fueron sucesivamente traspasados a las Comunidades Autónomas lo que comporta que sean gestionadas por los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, el reconocimiento del derecho a las mismas lo tiene atribuido el Ministerio de Sanidad (artículo 3 bis LCCSNS). El reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad con la colaboración de las entidades y administraciones públicas imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos de acceso al derecho [INSS e ISM], en la forma en que se determine reglamentariamente (art. 3 bis 1 LCCSNS). No obstante, en tanto que no entre en vigor este desarrollo reglamentario, se mantendrán los procedimientos vigentes y las bases de datos existentes antes de la entrada en vigor del RDL 7/2018, y el reconocimiento y control del derecho corresponde al INSS.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo anterior, la gestión de los derechos de asistencia sanitaria derivados de las normas internacionales de coordinación de los sistemas de seguridad social, así como las demás funciones atribuidas por dichas normas a las instituciones competentes y organismos de enlace, corresponderán al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Por tanto, la regla general del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria corresponde al Ministerio de Sanidad. En el supuesto especial de la gestión de los derechos de asistencia sanitaria derivados de las normas internacionales de coordinación de los sistemas de Seguridad Social corresponde al INSS.

En los supuestos de asistencia sanitaria a las personas extranjeras no registrados ni autorizados como residentes en España, solicitantes de protección internacional, víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión, así como a las suscriptoras del convenio especial

[20] Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio (Cataluña); Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero (Andalucía); Real Decreto 1536/1984, de 6 de noviembre (País Vasco); Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre (Comunidad Valenciana); Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre (Navarra); Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre (Galicia); Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo (Canarias); y, finalmente, los Reales Decretos 1471/2001 a 1480/2001, todos ellos de 27 de diciembre (Asturias, Cantabria, La Rioja, Murcia, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Illes Balears, Comunidad de Madrid y Castilla y León).

regulado en el RD 576/2013, de 26 de julio, la competencia para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria corresponde a las Comunidades Autónomas a través de sus servicios públicos de salud (art. 3 ter 3 LCCSNS).

El derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual (art. 3 bis 3 LCCSNS). Por tanto, una vez reconocido el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, éste se hace efectivo por las administraciones de las comunidades autónomas, con la salvedad de Ceuta y Melilla, donde el INGESA gestiona la prestación sanitaria.

3. BARRERAS ADMINISTRATIVAS EN EL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA POR PARTE DE POBLACIÓN MIGRANTE EN SITUACIÓN IRREGULAR

Tras la publicación y entrada en vigor del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, se ha podido observar la persistencia de situaciones de falta de homogeneidad en la aplicación de dicha norma en los diferentes territorios, así como la presencia de barreras administrativas añadidas a los elementos señalados en la ley para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria. Estos hechos, además, han sido ratificados por colectivos pertenecientes a la sociedad civil y que trabajan en el ámbito de la inclusión sanitaria de la población migrante (exposición de motivos RD 180/2026).

A pesar de la manifiesta vocación de universalidad del RDL 7/2018, todavía perviven en nuestro Sistema Nacional de Salud importantes barreras de acceso para personas migrantes en situación irregular. En este escenario, es importante destacar los informes sobre esta cuestión elaborados por distintos colectivos sociales y ONG[21]. También se ha preocupado por este tema el Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España[22] y el Defensor del Pueblo[23].

3.1. El empadronamiento: un laberinto kafkiano

En primer lugar, debemos hacer referencia a lo que Médicos del Mundo denomina la "burocratización del derecho de acceso al sistema sanitario" que engloba "aquellas situaciones en las que las personas, aun cuando cumplen los requisitos exigidos en la ley, deben superar otra serie

[21] Gentium, *Barreras en el acceso al Sistema Nacional de Salud a personas migrantes en situación irregular y en otras circunstancias de desprotección. Una contribución jurídico-práctica desde la perspectiva del marco normativo internacional y europeo*, 2025. Disponible en: https://gentium.org/wp-content/uploads/2025/01/Informe-juridico-barreras-de-acceso-salud-publica.-31.1.25-GENTIUM-1.pdf; Yo sí Sanidad Universal, *El derecho a la asistencia sanitaria en las comunidades autónomas: Un derecho hecho pedazos. Informe acerca de la trasposición y aplicación del RDL 7/2018 a nivel autonómico entre 2018 y 2022*, noviembre 2022. Disponible en: https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/materiales/informes/informe-derecho-asistencia-sanitaria-comunidades-autonomas/1837562004-1669587030/informe_derecho-a-la-asistencia-sanitaria-en-ccaa-un-derecho-hecho-pedazos.pdf

[22] Instituto de Salut Global de Barcelona, *La atención sanitaria y sociosanitaria a las personas migrantes en España: acceso, coordinación y equidad*, Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España, 2026. Disponible en: https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2026/02/2026-Informe-Estudio-Atencion-Sociosanitaria-Personas-Migrantes-en-Espana-DEF.pdf

[23] Defensor del Pueblo, *Recomendaciones sobre Atención sanitaria a personas extranjeras sin residencia legal en España*, 2023. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/atencion-sanitaria-a-personas-extranjeras-sin-residencia-legal-en-espana/

de trámites discriminatorios, exclusivamente previstos para ellas, que dilatan sin justificación el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria"[24].

Conforme el art. 16 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local (LBRL), "el Padrón municipal es el registro administrativo donde constan los vecinos de un municipio. Sus datos constituyen prueba de la residencia en el municipio y del domicilio habitual en el mismo". Lo que para cualquier ciudadano español es un trámite sencillo (si consiguen cita previa o lo gestionan por medios telemáticos –a los que las personas en situación irregular tienen difícil acceso–), constituye una enorme barrera para las personas extranjeras en situación irregular. De hecho, son el único colectivo al que se le exige la renovación periódica del padrón cada dos años.

Aunque no existe en la LCCSNS una referencia expresa al certificado de empadronamiento para acceder a la asistencia sanitaria, varias comunidades autónomas lo exigen. Ello a pesar de que el Tribunal Supremo reitera que el padrón no puede utilizarse como un mecanismo de control de irregularidad de la estancia de personas, ya que es un mero censo de la población realmente existente[25]. Sin embargo, el empadronamiento se convierte en la condición previa para obtener la tarjeta sanitaria individual[26].

A las dificultades comunes a cualquier ciudadano para empadronarse, como el colapso del sistema de citas (que ha dado lugar a prácticas ilegales como la venta de citas[27]), se añaden para las personas migrantes en situación irregular importantes obstáculos vinculados a la crisis de vivienda: escasa oferta de alquiler, precios elevados y exigencias de solvencia difíciles de cumplir (contrato indefinido, ingresos mínimos o avales). A ello se suma la exposición a otros negocios ilícitos, como el cobro por facilitar el empadronamiento[28]. Estas barreras afectan de forma especialmente intensa a colectivos vulnerables (familias con menores, personas desempleadas o sin hogar), para quienes empadronarse resulta en muchos casos inviable debido a la ausencia de un documento de identidad válido, la residencia en alquileres informales o asentamientos precarios, o situaciones de sinhogarismo[29], configurando un auténtico laberinto kafkiano[30].

3.2. La denegación de atención médica a personas en situación administrativa de estancia temporal

En segundo lugar, varias comunidades autónomas no permiten el acceso a la asistencia sanitaria a las personas que no acrediten que han transcurrido más de 90 días desde su entrada en España porque la literalidad del RDL 7/2018 no garantiza el acceso a la prestación sanitaria a los extranjeros en situación de estancia temporal[31].

---

[24] Médicos del Mundo, *III Informe sobre barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS) en poblaciones vulnerabilizadas*, 2024, p. 7. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/10/informe-barreras-2024-DIGITAL.pdf

[25] STS, contencioso-administrativo, de 25 de abril de 2022 (rec. 4787/2021).

[26] Coordinadora Estatal Padrón por Derecho, *Informe sobre las barreras en el acceso al empadronamiento en el estado español*, 2025, p. 7. Disponible en: https://cgt.es/wp-content/uploads/2026/02/INFORME-FINAL-Padron-2-12-25-completo-ok_260220_192615.pdf

[27] Hidalgo, C., Santos Moya, A., "Colapso en las citas del padrón por culpa de las mafias de extranjería: «He pagado a un marroquí de un locutorio para conseguir una»", *ABC*, 19 de enero de 2026. Disponible en: https://acortar.link/hGdtHA

[28] Franco, L., Rojas Castillo, D., "Nuevo gran negocio ilegal en Madrid: empadronar a extranjeros en domicilios o locales por hasta 300 euros", *El País*, 13 de noviembre de 2025. Disponible en: https://acortar.link/F6vLCi

[29] Gentium, *Barreras…, op. cit.,* p. 36; Médicos del Mundo, *III Informe…,op. cit, pp. 6-7.*

[30] Mesa, S., *Silencio administrativo: la pobreza del laberinto burocrático*, Barcelona, Anagrama, 2019, p. 28.

[31] Fernández Collados, M. B., "Avances y retrocesos…", *op. cit.*, p. 41.

Por una parte, el art. 29 LOEx establece que los extranjeros podrán encontrarse en España en las situaciones de estancia o residencia. Estancia es la permanencia en territorio español por un período de tiempo no superior a 90 días. Transcurrido dicho tiempo, para permanecer en España será preciso obtener o una prórroga de estancia o una autorización de residencia (art. 30 LOEx). Por otra parte, conforme el art. 3 LCCSNS, son titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria las personas extranjeras que tengan establecida su *residencia* en el territorio español. Si durante los primeros noventa días en España el extranjero se encuentra en situación de *estancia*, no de *residencia*, en algunas comunidades autónomas esto se interpreta denegando la asistencia sanitaria hasta que se superen los citados noventa días en España.

Médicos del Mundo alerta de que el empadronamiento como medio de prueba de que la persona reside en España, unido a la exigencia de demostrar que dicha residencia es superior a tres meses, se erigen como las principales barreras de acceso al sistema nacional de salud[32]. Como resultado, colectivos vulnerables, incluyendo mujeres embarazadas y menores, quedan especialmente expuestos al no tener un acceso continuo y equitativo a la atención médica en algunas regiones[33].

Si bien la legislación prevé que aquellas personas que no lleven tres meses en España podrán acceder a la atención sanitaria mediante un informe favorable de los servicios sociales de las comunidades autónomas (art. 3 ter, apdo. 3 LCCSNS), "en la práctica esta es una vía que se ha demostrado ciertamente inoperativa. El colapso de los servicios sociales y de trabajo social, así como la imposibilidad en muchas comunidades autónomas de solicitar cita con trabajo social si la persona no está empadronada convierte esta salvaguarda en una auténtica vía muerta"[34]. Esta situación "deja a muchas personas en un estado de desprotección"[35].

3.3. La facturación de la asistencia médica de urgencia

En tercer lugar, debemos detenernos en la facturación de servicios médicos de urgencias a personas en situación administrativa irregular que no han sido consideradas beneficiarias del derecho a asistencia médica regulado en el artículo 3.ter LCCSNS. Actualmente, "en la mayoría de las comunidades existe la posibilidad de facturación sin tarjeta sanitaria o documento ante el contacto con el sistema sanitario, incluida la atención en urgencias"[36]. Los informes de distintas ONG denuncian arbitrariedad en los procedimientos y un aumento de frecuencia de facturación en los últimos años[37].

En algunos casos, además, se ha identificado que se exige a la persona la firma de un compromiso de pago antes de recibir la atención. En la mayoría de las comunidades autónomas, una vez se desestima el acceso al derecho, se envía un preaviso de facturación. En algunos supuestos se procede a comunicar oficialmente la obligación de pago y al embargo de cuentas bancarias. Se han detectado casos donde se exige el pago por adelantado como condición para acceder a ciertas prestaciones sanitarias[38].

Como advierte en una actuación de oficio el Defensor del Pueblo de Navarra, donde se solicitaba evitar la expedición de facturas relativas al coste de servicios prestados, aunque no lleguen a cobrarse, estas facturas ejercen un efecto disuasorio sobre colectivos particularmente vulnerables[39].

[32] Médicos del Mundo, *III Informe sobre barreras de acceso…, op. cit, p. 6.*
[33] Gentium, *Barreras en el acceso, op. cit.,* p. 55.
[34] Médicos del Mundo, *III Informe sobre barreras de acceso…, op. cit, p. 7.*
[35] Gentium, *Barreras en el acceso, op. cit.,* p. 56.
[36] Instituto de Salut Global de Barcelona, *La atención sanitaria…, op. cit.,* p. 10.
[37] Yo sí Sanidad Universal, *El derecho a la asistencia sanitaria…, op. cit.,* pp. 29-30.
[38] Gentium, *Barreras en el acceso, op. cit.,* pp. 41-42.
[39] Actuación de Oficio del Defensor del Pueblo de Navarra (O18/21), de 6 de febrero de 2019.

3.4. La denegación de la atención primaria y la facturación de tratamientos médicos a menores, mujeres embarazadas, pacientes crónicos y pacientes con enfermedades infecciosas

En cuarto lugar, el RDL 7/2018 suprimió, en relación con las personas migrantes que no residen legalmente en España, la mención explícita al derecho de acceso a la asistencia sanitaria para menores, mujeres embarazadas y personas en situaciones de especial vulnerabilidad (art. 3 ter en la redacción dada por el RDL 16/2012). Para estos colectivos, se presta una atención sanitaria urgente sin coste directo, pero restringiendo el acceso a servicios de atención primaria y especializada.

Por una parte, al carecer de tarjeta sanitaria, las mujeres no pueden contar con un médico de cabecera ni realizar el seguimiento adecuado de su embarazo. En este supuesto, se han identificado casos de elevadas facturas por servicios de parto o de derivación de la interrupción voluntaria del embarazo a centros privados, donde la mujer debe asumir el coste del procedimiento[40].

Por otra parte, esta situación afecta también a personas con enfermedades crónicas, como pacientes oncológicos, o enfermedades infecciosas, como el VIH[41], la tuberculosis o la sarna, que no disponen de un tratamiento continuo y se ven limitados a recibir solo atención en urgencias. Estos hechos colocan a las personas que migran de manera irregular en una situación compleja y peligrosa respecto a su salud e integridad física, puesto que estar tres meses sin recibir tratamiento antirretroviral puede tener graves consecuencias en el desarrollo de patologías asociadas al VIH, lo que puede constituir también un riesgo para la salud pública[42].

Esta situación, además de ser injusta, es económicamente absurda. Al final, se atiende a estas personas en urgencias, que es un servicio más caro, o se disuade el acceso a las prestaciones sanitarias, con el consiguiente riesgo de que empeore la enfermedad y, ahora sí, acudan a urgencias con una patología mucho más grave. Adicionalmente, dejar sin vigilancia y control a personas con enfermedades infecciosas es un riesgo para la salud pública de toda la población.

La doctrina científica ya había criticado, en relación con el RDL 16/2012, la limitación del derecho de las personas migrantes en situación irregular a la atención de urgencias y la incorrecta interpretación de su alcance. Así pues, los que presenten procesos crónicos o los que deben completar el diagnóstico y tratamiento "puedan verse obligados a acudir de nuevo a los servicios de urgencias hospitalarios con el consiguiente coste económico más gravoso que si fueren atendidos en la atención primaria a la que se quiere derivar". Además, se recuerda que "retrasar la atención y el diagnóstico, que en ocasiones se produce en estados avanzados de la patología, limita las expectativas de curación. Ante la aparición de cualquier tipo de sintomatología el extranjero en situación irregular en esta situación tiende a aguardar hasta que se produce un agravamiento que hace inevitable la asistencia hospitalaria de urgencia". En fin, se concluye que "el ahorro económico que pudiera pretenderse con la limitación de cobertura asistencial a la atención sanitaria de urgencias no resulta apreciable, sino que, muy al contrario, provoca a la larga un incremento del coste de la asistencia, que resulta de la necesidad de aplicar tratamientos curativos, frente al menor coste de las medidas de prevención y

[40] Gentium, *Barreras en el acceso, op. cit.,* pp. 48-49.

[41] Granés L, Polo R, López L, Del Amo J., *Barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España*, División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Ministerio de Sanidad, marzo 2022. https://www.sanidad.gob.es/gl/areas/DCVIHT/vihSida/documentosInformes/docs/acceso-migrantes-vih-print.pdf

[42] Gascón Cuenca, A. y otros, "La garantía del derecho a la sanidad de las personas en situación administrativa irregular que conviven con VIH: análisis de la regulación de las diferentes CC. AA.", *Clínica Jurídica per la Justicia Social*, Informes, nº 10, 2023, p. 5. Disponible en: https://ojs.uv.es/index.php/clinicajuridica/article/view/26013

diagnóstico temprano en el nivel de atención primaria"[43]. En este escenario, no es aceptable que, a pesar de la clara vocación de universalidad del RDL 7/2018, pervivan las barreras del modelo anterior.

Está claro que, desde el punto de vista de la salud pública, la incorporación de la población migrante en las políticas y servicios de salud pública constituye un elemento esencial para garantizar la equidad, la eficiencia y la protección colectiva. Desde una perspectiva técnica, esta inclusión contribuye a reducir riesgos epidemiológicos y fortalecer la respuesta sanitaria. Asegurar el acceso universal a vacunación, programas de cribado y atención primaria no solo previene la propagación de enfermedades transmisibles, sino que también optimiza la vigilancia epidemiológica al integrar a toda la población en los sistemas de información. Además, la atención preventiva disminuye los costes derivados de urgencias y hospitalizaciones, favorece la integración social y laboral, y contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario en el largo plazo[44].

3.5. Las dificultades de acceso a los medicamentos

En quinto lugar, la denegación del reconocimiento del derecho a recibir asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a las personas en situación irregular limita adicionalmente su capacidad para obtener medicación. Lógicamente, sin atención sanitaria a través de un médico de familia, estas personas no pueden obtener recetas para medicamentos que requieren seguimiento médico. Este problema es particularmente crítico para individuos con condiciones crónicas como el VIH o la diabetes, que necesitan un tratamiento constante[45].

Además, algunas de las personas que consiguen el reconocimiento del derecho siguen teniendo dificultades para el acceso a medicación debido a que el SNS sólo financia el 60% del precio de los medicamentos, conforme el art. 102.5.f LMPS. Además, para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España no se establecen topes máximos de aportación (art. 102.6 LMPS) ni exenciones (art. 102.8 LMPS). En casos de personas con escasos recursos, el coste de algunos medicamentos puede suponer un gasto significativo y difícil de afrontar[46].

3.6. Las familias reagrupadas y las personas solicitantes de asilo

En último lugar, debemos mencionar dos colectivos especialmente vulnerables. Por un lado, los miembros de familias reagrupadas no se consideran como beneficiarios del SNS. Conforme el art. 3 LCCSNS, se supedita el derecho a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras con permiso de residencia a no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía. Efectivamente, la autorización de residencia temporal por reagrupación familiar exige un seguro de enfermedad (art. 67.3 RELOEx) que cubra todos los riesgos en España del familiar, "sin que en ningún caso la residencia de éste pueda generar una carga para la asistencia social"[47]. Esta situación deja como única opción suscribir un convenio especial con los servicios públicos de salud (regulado en el RDCEAS) o afrontar el pago de las pólizas de seguro, con el obstáculo económico que ello conlleva, o directamente la imposibilidad de contratar un seguro privado debido a la edad avanzada de las personas reagrupadas. Adicionalmente, es destacable la dificultad de adquirir medicación en la medida en que el Convenio Especial no incluye la prestación farmacéutica (sólo incluye la cartera común básica, no la suplementaria)[48].

[43] Monereo Pérez, J. L., Rodríguez Iniesta, G., "La asistencia sanitaria y su reforma legislativa", *Revista de derecho de la seguridad social. Laborum*, nº. 4, 2015, pp. 22-23.
[44] Instituto de Salut Global de Barcelona, *La atención sanitaria…, op. cit.,* pp. 5-6.
[45] Gentium, *Barreras en el acceso, op. cit.,* p. 69.
[46] *Idem*.
[47] STS 14 de marzo de 2023 (rec. 956/2020).
[48] Gentium, *Barreras…, op. cit.,* p. 60; Yo sí Sanidad Universal, *El derecho…, op. cit.,* pp. 31-38.

Por otro lado, los solicitantes de protección internacional tienen derecho a recibir asistencia sanitaria conforme a la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, tal como se establece en el artículo 8 bis de la Ley 16/2003 (Disposición Adicional 4ª Real Decreto 1192/2012). Sin embargo, algunas personas solicitantes de protección internacional en España enfrentan dificultades en el acceso al sistema sanitario con cargo a fondos públicos como consecuencia de la imposibilidad para obtener las citas necesarias para renovar y/o solicitar documentación que las habilita para este fin. Es posible que el Documento Acreditativo de la Condición de Solicitante en Tramitación de Protección Internacional caduque antes de que se resuelva el procedimiento, debido a las dificultades de conseguir cita para renovarlo. También se produce discontinuidad de la asistencia sanitaria cuando se deniega la solicitud de protección internacional y la persona se queda en situación irregular[49].

4. NOVEDADES INCORPORADAS POR EL REAL DECRETO 180/2026, DE 11 DE MARZO, POR EL QUE SE REGULA EL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA ATENCIÓN SANITARIA CON CARGO A FONDOS PÚBLICOS DE LAS PERSONAS EXTRANJERAS QUE ENCONTRÁNDOSE EN ESPAÑA NO TENGAN SU RESIDENCIA LEGAL EN EL TERRITORIO ESPAÑOL

Para hacer frente a estos problemas, el Gobierno impulsó un Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud[50] que sustituya al RDL 7/2018. Sin embargo, a pesar de su aprobación en mayo de 2024, la tramitación parlamentaria no avanza debido a la falta de apoyos y se mantiene todavía en el plazo de enmiendas[51]. Por ello, el Gobierno adoptó un Real Decreto que, sin modificar la normativa vigente analizada más arriba, permita solventar los conflictos en torno al derecho a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras en situación irregular.

El nuevo Real Decreto 180/2026, de 11 de marzo, por el que se regula el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español (en adelante, RD 180/2026) tiene por objeto "regular el procedimiento de reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español, así como la forma de acreditación de los requisitos previstos en el artículo 3 ter.2 LCCSNS" (art. 1).

La norma desarrolla reglamentariamente lo previsto en el artículo 3 ter LCCSNS, reforzando la seguridad jurídica, la cohesión territorial y la aplicación homogénea del derecho en todo el Estado. Destaca por eliminar barreras burocráticas, reforzar garantías de grupos vulnerables, suprimir la caducidad del documento de asistencia para migrantes irregulares y garantizar la atención sanitaria con cargo a fondos públicos desde la solicitud. El objeto principal de la norma es establecer un procedimiento homogéneo y efectivo en todo el territorio nacional para reconocer el derecho a la salud de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes. Con esta regulación se busca garantizar la equidad y evitar las desigualdades en este colectivo, lo que permite un mejor control de las enfermedades desde la atención primaria y un uso más eficiente de los recursos públicos.

El RD 180/2026 regula tres importantes cuestiones: la documentación a aportar para obtener el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos

[49] Gentium, *Barreras…, op. cit.,* p. 60; Yo sí Sanidad Universal, *El derecho…, op. cit.,* p. 33.

[50] BOCG, Congreso de los Diputados, Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud. (121/000021), Núm. A-21-1, 24 de mayo de 2024, pp. 1-16. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-21-1.PDF

[51] En el momento de escribir estas líneas, el proyecto de ley acumulaba 57 ampliaciones del plazo de enmiendas.

públicos para personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en el territorio español (art. 2); el procedimiento para solicitar el reconocimiento del cumplimiento de los criterios para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos para personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en el territorio español (art. 3); y reconoce ciertos colectivos de especial protección (art. 4).

4.1. Documentación exigida para el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos: la declaración responsable

Para obtener el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a cargo de fondos públicos, las personas solicitantes deberán aportar una declaración responsable sobre los requisitos del art. 3 ter.2 LCCSNS (no contar con cobertura sanitaria por ninguna otra vía, no poder exportar el derecho desde otro país y no existir un tercero obligado al pago de su asistencia), que queda establecida en el anexo del RD 180/2026, ante las administraciones competentes en las unidades de tramitación habilitadas a tal efecto de las comunidades autónomas e Instituto Nacional de Gestión.

En el anexo del RD 180/2026, se recoge la declaración responsable para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a cargo de fondos públicos. En este documento, las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España deben marcar que declaran responsablemente que no están obligadas a suscribir un seguro médico de enfermedad; no cuentan con cobertura de asistencia sanitaria pública por ninguna otra vía; no pueden exportar el derecho a la asistencia sanitaria a cargo de otro país; no existe un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria; y que no disponen de un visado de estancia en vigor, ni están inscritas en el Registro de Ciudadanos de la Unión Europea ni disponen de Tarjeta de Identificación de Extranjero en vigor.

También deben marcar que han sido informadas de que este documento provisional acreditativo de la solicitud que da acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos no genera derecho a la atención sanitaria fuera del territorio español; que la Administración podrá llevar a cabo las verificaciones necesarias para comprobar la validez y veracidad de la información que aporta; que las Administraciones podrán requerir en cualquier momento que se aporte la documentación que acredite el cumplimiento de los mencionados requisitos y que la persona interesada deberá aportarla: y que, en caso de detectarse inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore en esta declaración responsable, el documento provisional acreditativo de la solicitud que da acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos quedará sin efecto desde el momento en que se tenga constancia de estos hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar, entre las que se encuentra el reintegro del importe de las prestaciones sanitarias recibidas desde la solicitud del mismo.

Se incluye una especial referencia para las personas con discapacidad en el art. 2 RD 180/2026. Para la firma de la declaración responsable, las personas con discapacidad que precisen apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica contarán con las medidas de apoyo que resulten precisas, de conformidad con la legislación civil y procesal. La Administración facilitará la comprensión de su contenido y consecuencias, proveyendo la información en formatos accesibles, y admitirá la intervención de las personas que presten apoyo a la persona con discapacidad para la toma de decisiones.

En caso de proceder de un país con el que España aplica una norma internacional de seguridad social que incluya la cobertura sanitaria, para acreditar el requisito previsto en el artículo 3 ter 2.

b) LCCSNS, la persona solicitante deberá aportar adicionalmente un certificado emitido por la institución competente en materia de asistencia sanitaria de dicho país, acreditativo de que no procede la exportación de la cobertura sanitaria a su cargo.

Para presentar esta declaración responsable, la persona solicitante deberá acreditar su identidad y su residencia habitual en territorio español. Por una parte, para acreditar la identidad de la persona solicitante, deberá aportarse el pasaporte o el documento oficial de identidad, expedido por la Administración de su país de origen. En ausencia de los anteriores, será válida la presentación de otro documento emitido por la Administración de su país de origen que pueda acreditar la identidad de la persona conteniendo al menos una fotografía. En el caso de personas menores de edad sin pasaporte o documento oficial de identidad, la identidad se podrá acreditar a través del certificado de nacimiento, el libro de familia emitido por el organismo competente del país de origen o de la Administración General del Estado o mediante la documentación oficial que acredite la tutela o guarda por parte de una entidad pública de protección de menores o de un tutor legal designado judicialmente (art. 2.3 RD 180/2026).

Por otra parte, para acreditar la residencia habitual en territorio español de la persona solicitante, deberá aportarse certificado o volante de empadronamiento actualizado en un municipio de una comunidad autónoma o de las ciudades de Ceuta y Melilla. En el caso de que la persona solicitante no pueda acreditar su residencia habitual mediante el correspondiente volante de empadronamiento, se considerará acreditada aportando cualquiera de los siguientes documentos: 1.º certificado de matriculación en un centro educativo público o concertado de la comunidad autónoma o de las ciudades de Ceuta y Melilla; 2.º certificado de escolarización de personas menores de edad a cargo en un centro educativo público o concertado de la comunidad autónoma o de las ciudades de Ceuta y Melilla; 3.º carta de viaje expedida por el consulado; 4.º certificado de registro de visitas emitido por un servicio social de base de una entidad local, de una comunidad autónoma o ciudad autónoma, o por trabajadores sociales colegiados que presten sus servicios en organizaciones no gubernamentales declaradas de utilidad pública en virtud con lo establecido en la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación; 5.º facturas de suministros de luz, gas, agua, telefonía o Internet, a nombre de la persona solicitante, que acrediten un domicilio; 6.º la cédula de inscripción emitida por la Policía Nacional o resolución de Fiscalía sobre determinación de la edad; 7.º documento de inscripción consular; 8.º certificado emitido por un centro de la red pública de centros de migraciones (art. 2.4 RD 180/2026).

De esta forma, la primera, y principal, barrera administrativa identificada en el apartado anterior, el empadronamiento, queda resuelta. El RD 180/2026 establece un listado cerrado de documentos alternativos (hasta ocho) que permiten acreditar la residencia habitual en defecto de empadronamiento. Se trata, por tanto, de una importante flexibilización del requisito de residencia, ya que se admiten documentos más accesibles, como un certificado de matriculación o facturas de suministros.

4.2. El procedimiento

En segundo lugar, el art. 3 RD 180/2026 regula el procedimiento para acreditar los requisitos anteriores. El reglamento es, además, especialmente sensible con la accesibilidad de los procedimientos de solicitud del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria. Todos los procedimientos, formularios, plataformas telemáticas, canales de comunicación y oficinas de asistencia en materia de registros deberán ser plenamente accesibles, proveyendo, cuando sea preciso, formatos de lectura fácil, sistemas de comunicación aumentativos y alternativos, interpretación en lengua de signos,

bucles magnéticos y la asistencia personal necesaria para asegurar la igualdad de condiciones en el ejercicio del derecho (DA 4ª RD 180/2026).

4.2.1. Iniciación del procedimiento

Primero, el procedimiento se iniciará mediante solicitud de la persona interesada, o tercero expresamente autorizado, y su tramitación se ajustará a las previsiones establecidas en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC) con las especificidades que resulten de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (art. 3.1 RD 180/2026).

Asimismo, el procedimiento deberá iniciarse de oficio cuando, por la naturaleza de la atención sanitaria, la persona estuviera impedida de hacerlo (art. 3.3 RD 180/2026). Adicionalmente, los servicios sanitarios y sociales deberán informar y asistir, en la medida de lo posible, en la tramitación y deberán garantizar que, desde la primera atención que se preste a la persona interesada, ésta tenga la posibilidad efectiva de iniciar el procedimiento de acreditación del derecho previsto en el artículo 3 ter LCCSNS, en el propio centro (art. 3.3 RD 180/2026).

Conforme la disposición adicional tercera, se prevé la colaboración de las instituciones con las personas en estado de necesidad en la tramitación de las solicitudes. Por tanto, los servicios sanitarios y sociales informarán y asistirán, en la medida de lo posible, en la tramitación de las solicitudes, especialmente cuando las personas solicitantes no hablen la lengua castellana o la lengua cooficial de la comunidad autónoma donde se encuentre, así como en el caso de que presenten alguna discapacidad.

4.2.2. El documento provisional acreditativo de la solicitud permitirá acceso a asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos

En el momento de presentación de la solicitud, se entregará a la persona solicitante un documento provisional acreditativo de que su solicitud ha sido presentada, con independencia de los posteriores requerimientos de la documentación que se pudieran realizar. Este documento provisional acreditativo de la presentación de la solicitud permitirá, con carácter provisional hasta que el expediente se resuelva, el acceso a asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos (art. 3.2 RD 180/2026).

Por tanto, queda también resuelta la segunda barrera administrativa identificada en el apartado anterior: la denegación de atención médica a personas en situación administrativa de estancia temporal. Como este documento provisional acreditativo permite el acceso a asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, esta asistencia comienza a prestarse de forma inmediata. No es necesario, por tanto, superar el periodo de estancia de 90 días, porque desde la solicitud se accede a la asistencia sanitaria.

4.2.3. El supuesto especial de desplazamiento temporal entre comunidades autónomas

En los supuestos de desplazamiento temporal entre comunidades autónomas, se equiparará el traslado del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos regulado en este real decreto a la adscripción temporal que se realiza en el caso de personas aseguradas. En ninguno de estos casos será necesario tramitar de nuevo el derecho a la asistencia sanitaria en la nueva comunidad autónoma ni se facturará ningún tipo de atención previa a la formalización de la adscripción (art. 3.4 RD 180/2026).

4.2.4. La resolución del procedimiento: silencio administrativo positivo y vigencia indefinida

La resolución del expediente deberá dictarse y notificarse a las personas interesadas en el plazo máximo de tres meses, computado, en los procedimientos iniciados a instancia de la persona interesada, desde la fecha de entrada de la solicitud en el registro electrónico de la Administración competente, y en los iniciados de oficio, desde la fecha del acuerdo de iniciación. Transcurrido dicho plazo, la solicitud iniciada por la persona interesada se entenderá estimada por silencio administrativo (positivo) en virtud del artículo 24.1 LPAC y cualquier resolución posterior solo podrá ser confirmatoria según lo establecido en el artículo 24.3 LPAC. En las solicitudes iniciadas de oficio el sentido del silencio será desestimatorio conforme el artículo 25.1.a) LPAC (art. 3.5 RD 180/2026).

En los casos en los que la resolución sea favorable, se procederá a la emisión de la tarjeta sanitaria o el documento acreditativo de la asistencia sanitaria de la persona interesada. En el caso de resolución desfavorable, la notificación se ajustará a lo dispuesto en la LPAC.

El documento acreditativo del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos no tendrá caducidad, manteniéndose su vigencia hasta que la persona interesada alcance por otra vía el derecho a la asistencia sanitaria (art. 3.6 RD 180/2026). De esta forma, la vigencia indefinida del documento que da acceso al sistema sanitario facilitará la protección de la salud de la población migrante evitando el riesgo de caducidad del documento y la correspondiente exclusión sanitaria debido a las barreras burocráticas analizadas en el apartado anterior, como la saturación del sistema de citas en la administración.

4.2.5. Cláusula de cierre sobre la facturación de las atenciones sanitarias recibidas en caso de resolución denegatoria

Los casos de resolución denegatoria no conllevarán la facturación de las prestaciones dispensadas con anterioridad, incluidas las realizadas antes de la presentación de la solicitud, si la persona interesada acredita posteriormente que, en la fecha de su prestación, concurrían los requisitos materiales del artículo 2.1. En los demás supuestos se procederá a la facturación de las atenciones sanitarias recibidas, que se ajustará a los procedimientos vigentes en cada comunidad autónoma y, en su caso, por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (art. 3.5 RD 180/2026).

De esta forma, también queda resuelta la tercera barrera identificada en el apartado anterior, relativa a la facturación de la asistencia sanitaria, supuesto que queda delimitado de forma mucho más restrictiva.

Por un lado, no se admite la posibilidad de facturar las prestaciones dispensadas con el documento provisional acreditativo, aún en el caso de resolución denegatoria del derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, si la persona acredita posteriormente que, en la fecha de su prestación, concurrían los requisitos materiales, esto es, no contar con cobertura sanitaria por ninguna otra vía, no poder exportar el derecho desde otro país y no existir un tercero obligado al pago de su asistencia (art. 3 ter 2 LCCSNS).

Por otro lado, en los supuestos en que se deniegue la solicitud y que no se cumplan alguno de estos requisitos en la fecha de la prestación sanitaria, sí que se procederá a la facturación de las atenciones sanitarias recibidas, que se ajustará a los procedimientos vigentes en las administraciones sanitarias competentes. Aunque no figura expresamente en el RD, en caso de detectarse inexactitud o falsedad en la declaración responsable, lógicamente, la administración podrá exigir el reintegro del importe total de las prestaciones sanitarias obtenidas desde el inicio de la solicitud.

4.2.6. Un régimen transitorio sólo para trasplantes

La disposición transitoria única establece un periodo mínimo para el acceso a la lista de espera de trasplantes de las personas extranjeras. Para acceder a la lista de espera de trasplantes, las personas extranjeras contempladas en el artículo 3 ter LCCSNS deberán acreditar un periodo mínimo de residencia en España de dos años mediante el certificado o volante de empadronamiento actualizado en un municipio de una comunidad autónoma o de las ciudades de Ceuta y Melilla, o mediante cualquiera de los documentos contemplados en el art. 2.4.b) RD 180/2026 que permitan acreditar dicha antigüedad. Esta disposición quedará sin efecto en el momento de entrada en vigor de la orden recogida en la disposición final segunda del RDL 7/2018. El objetivo de esta disposición es claro: evitar el llamado "turismo de trasplantes"[52].

4.3. Los colectivos de especial protección

En último término, el RD 180/2026 establece que el derecho a la asistencia sanitaria de los siguientes colectivos de especial protección se reconocerá y hará efectivo de conformidad con su normativa específica: a) personas menores de 18 años (incluyendo menores extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España); b) mujeres extranjeras embarazadas no registradas ni autorizadas como residentes en España (incluyendo asistencia al embarazo, parto y postparto); c) personas solicitantes de protección internacional (sólo incluye la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud del art. 8 bis LCCSNS), que recibirán asistencia sanitaria desde la solicitud de protección internacional y atención adicional si tienen necesidades especiales; d) personas solicitantes del estatuto de apatridia (asistencia desde la presentación de la solicitud); e) personas con protección temporal; f) víctimas de violencia de género y sus hijos e hijas; g) víctimas de trata de seres humanos, durante el periodo de restablecimiento y reflexión (sólo incluye la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud del art. 8 bis LCCSNS); h) víctimas de violencias sexuales; i) personas afectadas por enfermedades de declaración obligatoria; j) mujeres extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España que soliciten la interrupción voluntaria del embarazo; k) aquellas personas que tengan reconocido un régimen de protección específico para el acceso al derecho a la asistencia sanitaria por otras normas.

5. EL NUEVO TOPE MÁXIMO DE APORTACIÓN PREVISTO EN EL REAL DECRETO-LEY 11/2026, DE 12 DE MAYO, POR EL QUE SE MODIFICA LA APORTACIÓN DE LOS USUARIOS Y SUS BENEFICIARIOS EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA AMBULATORIA

En último lugar, debemos hacer una especial mención al recientemente aprobado Real Decreto-ley 11/2026, de 12 de mayo, por el que se modifica la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. Esta nueva regulación, que mantiene el modelo vigente de copago farmacéutico, configurado en torno a porcentajes de aportación vinculados a tramos de renta y a la condición de asegurado, con topes máximos mensuales para determinados colectivos, y que responde a la finalidad de promover un uso racional de los medicamentos y de reforzar la corresponsabilidad en su utilización, introduce una importante novedad para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.

Por una parte, el RDL 11/2026 introduce una mayor progresividad en los porcentajes de copago, evitando saltos bruscos entre tramos de renta, y crea un nuevo tramo que reduce ligeramente el porcentaje de aportación del usuario (del 50% al 45%) para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta consignada en la casilla de base liquidable general

[52] Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes, 2008.

y del ahorro de la declaración del IRPF esté entre 18.000 y 60.000 euros. En cambio, mantiene en un 40 % del PVP la aportación del usuario para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el artículo 3 ter LCCSNS (art. 102.5.f LMPS). Por tanto, no hay novedades en el porcentaje de aportación.

Por otra parte, se instauran topes máximos mensuales de aportación también para las personas aseguradas activas y sus beneficiarios ya que, hasta ahora, sólo se aplicaban a pensionistas. De esta forma, para los usuarios que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea inferior a 9.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF o para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a las que se refiere el artículo 3 ter LCCSNS, los porcentajes generales estarán sujetos a un tope máximo de aportación mensual de 8,23 euros (art. 102.6.b LMPS).

Así pues, queda resuelta a última barrera de acceso identificada en este estudio, las dificultades de acceso a los medicamentos, cuyo coste es difícil de afrontar para personas sin recursos. Esta situación no sólo afectaba al bienestar del paciente, sino que podía generar mayores costes para el sistema sanitario debido a complicaciones evitables y hospitalizaciones. El nuevo tope de aportación máxima mensual de 8,23 euros para las personas extranjeras en situación irregular evita que tengan que soportar una carga financiera excesiva, especialmente aquellos con enfermedades crónicas o infecciosas, lo que incrementaba el riesgo de incumplimiento terapéutico y el consiguiente riesgo para la salud pública.

6. CONCLUSIONES

En primer lugar, debemos valorar positivamente la aprobación del RD 180/2026 que permite reforzar, por fin, el modelo de asistencia sanitaria universal concebido en el RDL 7/2018, pero cuyo despliegue se ha visto obstaculizado. La mejorable configuración legal del derecho a la asistencia sanitaria, especialmente para las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español, junto con las dificultades añadidas por las distintas administraciones autonómicas, han contribuido a una injusta burocratización del derecho de acceso al sistema sanitario. Así pues, la exigencia no prevista legalmente del empadronamiento, con las dificultades que este trámite conlleva, o la exclusión de personas migrantes durante los primeros noventa días en España, constituyen barreras que el RD 180/2026 permite solventar. A su vez, es positivo que se atiendan las demandas de los distintos colectivos sociales que llevaban años alertando de las barreras de acceso al sistema sanitario, lo que muestra una importante sensibilidad social.

El RD 180/2026 elimina barreras burocráticas, refuerza garantías de grupos vulnerables, suprime la caducidad del documento de asistencia para migrantes irregulares y garantiza la atención sanitaria con cargo a fondos públicos desde la solicitud. Se trata de medidas adecuadas, ya que el colapso del modelo de citas de la administración impide acceder a ciudadanos a trámites que antes eran imprescindibles (como el empadronamiento o el informe de servicios sociales). La posibilidad de acreditar la residencia con documentos distintos al padrón y la vigencia indefinida del documento que da acceso al sistema sanitario facilitarán la protección de la salud de la población migrante y, en general, la salud pública. Además, el establecimiento de un procedimiento homogéneo y efectivo en todo el territorio nacional para reconocer el derecho a la salud de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes acaba con la actual disparidad entre comunidades autónomas, garantizando la equidad y evitando las desigualdades en este colectivo, lo que permite un mejor control de las enfermedades desde la atención primaria y un uso más eficiente de los recursos públicos.

En segundo lugar, también se considera un acierto la eliminación de las dificultades de acceso a los medicamentos a través del nuevo tope de aportación máxima mensual de 8,23 euros para las personas extranjeras en situación irregular instaurado por el RDL 11/2026, ya que evita que tengan que soportar una carga financiera excesiva, especialmente aquellos con enfermedades crónicas, lo que incrementaba el riesgo de incumplimiento terapéutico y el consiguiente riesgo para la salud pública.

En tercer lugar, pese al acierto del RD 180/2026, es necesario culminar la aprobación del Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud. Este proyecto incluía propuestas de gran interés para fortalecer la universalidad del sistema, como la reforma de la LCCSNS para recuperar la cartera común de servicios única del SNS, clarificar y concretar sus prestaciones y evitar que puedan introducirse nuevos copagos. Para implementar estas medidas se exige una intervención legislativa con rango de ley, no basta un real decreto. Se trata, en definitiva, de una iniciativa tendente a fortalecer un acceso al sistema sanitario realmente universal.

A modo de cierre, cabe realizar una última reflexión: el RD 180/2026 supone un avance indudable en la medida en que trata de superar algunas de las barreras que han dificultado el acceso de las personas migrantes a la asistencia sanitaria, pero ello no significa que el camino esté definitivamente despejado. La efectividad real de la norma dependerá en gran medida de su aplicación práctica y de la capacidad del sistema para detectar y corregir nuevas trabas que puedan aparecer. La sanidad pública universal no es sólo un marco jurídico, sino un objetivo político y social que plantea importantes retos cuando se traslada al funcionamiento cotidiano de un servicio público complejo y descentralizado. Su alcance es, además, un concepto político en disputa, condicionado por las divergencias políticas y organizativas entre las comunidades autónomas, que pueden introducir particularidades en el reconocimiento y la prestación de la asistencia sanitaria facilitando o dificultando el acceso efectivo. Del mismo modo que se exigía el empadronamiento, a pesar de que este requisito no estaba previsto en la LCCSNS, será necesario observar con atención cómo se aplica esta nueva norma para evitar interpretaciones restrictivas que vacíen de contenido su vocación universal.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso-Olea García, B., *Derecho de la protección social. Derecho a la Seguridad Social, Derecho a la asistencia sanitaria y derecho a los servicios sociales*, Navarra, Aranzadi, 5ª ed., 2024.

Cabeza Pereiro, J., "Para el Tribunal Constitucional, 'lo básico' es denegar la asistencia sanitaria y farmacéutica a los extranjeros irregulares", *Revista de Derecho Social*, nº 81, 2018, pp. 153-166.

Delgado Del Rincón, L. E., "El derecho de los extranjeros a la asistencia sanitaria de los extranjeros en situación administrativa irregular: la exclusión de la condición de asegurado por el Real Decreto 16/2012", *Revista de Estudios Políticos*, nº 163, 2014, pp. 189-231.

Delgado Del Rincón, L. E., "Nuevos avances en la universalización de la asistencia sanitaria en España: a propósito de la reforma apresurada, imprecisa e incompleta introducida por el Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio", *Revista de Estudios Políticos*, nº 186, 2019, pp. 105-136.

Delgado Del Rincón, L. E., *El derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros: limitaciones y problemas competenciales*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2019.

Fernández Collados, M. B., "Avances y retrocesos en la universalización de las prestaciones de asistencia sanitaria: especial atención a las personas extranjeras", *Revista Derecho Social y Empresa*, nº 10, 2019, pp. 18–41.

Lomas Hernández, V., "Comentario de urgencia sobre el Real Decreto Ley 7/2018 de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud: principales novedades", *Aranzadi digital*, nº 1, 2018.

López Insua, B., "La recuperación de la universalidad de la asistencia sanitaria tras el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio", *Lex social: Revista de los Derechos Sociales*, vol. 9, nº 1, 2019, pp. 295-337.

Miñarro Yanini, M., "La regresividad del derecho a la asistencia sanitaria: la pérdida de la universalidad se ceba en los 'inmigrantes irregulares' (Comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional 139/2016, de 21 de julio)", *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, nº. 404, 2016, pp. 145-150.

Monereo Pérez, J. L., "La salud como derecho humano fundamental", *Relaciones Laborales*, nº 9, 2014, pp. 53-88.

Monereo Pérez, J. L., "Fundamentos del derecho fundamental a la salud en los sistemas europeos", *Revista de derecho de la seguridad social. Laborum*, nº. Extra 4, 2022, pp. 13-54.

Monereo Pérez, J. L., Ortega Lozano, P. G, "El retroceso social en materia sanitaria: la regresión del derecho a la salud avalada por el Tribunal Constitucional", *Derecho de las Relaciones Laborales*, nº. 6, 2018, pp. 590-616.

Monereo Pérez, J. L., Ortega Lozano, P. G, "La universalidad del derecho social fundamental a la asistencia sanitaria en cuestión y el derecho al autogobierno autonómico", *Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum*, nº 16, 2018, pp. 23-47.

Monereo Pérez, J. L., Rodríguez Iniesta, G., "La asistencia sanitaria y su reforma legislativa", *Revista de derecho de la seguridad social. Laborum*, nº. 4, 2015, pp. 11-23.

Monereo Pérez, J. L., Triguero Martínez, L. A., "Un revés en la evolución progresiva del *workfare state*: la regresión en la tendencia hacia la universalidad del Derecho Constitucional a la asistencia sanitaria. A propósito de la STC 139/2016", *Derecho de las Relaciones Laborales*, nº. 2, 2017, pp. 177-186.

Sirvent Hernández, N., "De vuelta con el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros irregulares", *Revista de Derecho Social*, nº 85, 2019, pp. 97-119.