

MESA REDONDA: INMIGRANTES IRREGULARES Y PRESTACIONES SOCIALES Y SANITARIAS

LA ASISTENCIA SANITARIA DESDE LA PERSPECTIVA CONSTITUCIONAL Y SUPRANACIONAL

Alfredo Montoya Melgar

Catedrático de Derecho del Trabajo

La ordenación jurídica de la asistencia sanitaria pública puede ser contemplada desde diversas perspectivas: la que corresponde a la normativa constitucional, la supranacional, la formada por la legislación nacional y la integrada por las disposiciones de las comunidades autónomas. Nuestra exposición tiene por finalidad referirse a las dos primeras de ellas, y a examinar en su contexto el supuesto específico de la asistencia sanitaria de los inmigrantes en situación irregular.

La Constitución dedica un breve artículo –el 43- a la protección de la salud, que, pese a su importancia, no se incluye entre los derechos fundamentales en sentido estricto (Título I, Capítulo II, Sección 1ª) y ni siquiera entre los derechos de los ciudadanos (Título I, Capítulo II, Sección 2ª), sino que se configura como un mero principio rector de la política social y económica (Título I, Capítulo III), dotado como tal de una fuerza vinculante limitada.

En efecto, la ubicación de dichos principios en el sistema de la CE significa, como es bien sabido, que el derecho a la protección de la salud no puede invocarse directamente en vía judicial y tampoco a través del recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional (art. 53.2 CE), de modo que sólo puede ser alegado ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que lo desarrollen. El art. 53.3 CE reconoce un valor jurídico limitado a esos principios cuando dispone que “[e]l reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo tercero informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos” (aplicando esta norma, SSTC 19/1982, 126/1994 y 203/2000).

Por ello, precisamente, el art. 43.2 CE termina disponiendo que “la ley establecerá los derechos y deberes de todos” (esto es, de los poderes públicos protectores y los sujetos protegidos). Se confirma así que el derecho a la protección de la salud es un derecho de configuración legal, condición que también tiene en cuanto que es, como los demás

derechos albergados en los principios rectores del Título I, Capítulo III, un “derecho prestacional”. Como recuerda la STC 126/1994, insistiendo en doctrina consolidada del alto Tribunal, “los derechos sociales de prestación que implican una carga financiera considerable son de contenido legal y requieren ineludiblemente de intermediación legislativa”; y continúa la sentencia citada: “[e]sta característica de derechos prestacionales que requieren una base financiera sólida y una administración de recursos escasos permiten al legislador una amplia libertad de configuración...”. Esa amplia libertad de configuración –añadimos nosotros- se extiende por supuesto al establecimiento de requisitos razonables y proporcionados para garantizar de modo realista el devengo de las referidas prestaciones, en nuestro caso, de asistencia sanitaria.

Volviendo al art. 43 CE, sus tres apartados se dedican sucesivamente a disponer: a) en primer lugar, que “[s]e reconoce el derecho a la protección de la salud”; b) en segundo lugar, que “[c]ompete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”, a lo que añade que “[l]a ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”, y c) en tercer lugar, que “[l]os poderes públicos fomentarán la educación sanitaria” y otros derechos que no afectan a nuestro estudio.

En este art. 43, como puede verse, la CE se refiere, desde el punto de vista objetivo, directamente al sistema de salud pública y sólo implícita y derivadamente al sistema de asistencia sanitaria que, dado el momento en que se promulgó nuestra Ley Fundamental, se encontraba incluido fundamentalmente en el marco de la Seguridad Social (art. 41 CE; concordante con él, art. 38.1.a LGSS de 1994; y, en la medida en que sigue vigente, Cap. IV del Título II de la Ley de la Seguridad Social de 1974).

Desde el punto de vista subjetivo, esto es, el relativo a los titulares del derecho a la protección de la salud, el art. 43 CE lo reconoce impersonalmente (“se reconoce”), sin especificar quienes son esos titulares, y menos aún sus posibles beneficiarios. Evidentemente, esa fórmula deja libertad al legislador para concretar dicha titularidad.

Una interpretación sistemática, esto es, comparando el precepto (y más ampliamente, el contenido del Título I, Capítulo III CE (principios rectores de la política social y económica) con los que se dedican a los derechos fundamentales (Título I, Capítulo II, Sección 1ª) y a los derechos de los ciudadanos (Título I, capítulo II, Sección 2ª), lleva a

la conclusión de que la CE ha querido referir los citados principios rectores no a “todos” sino sólo a los ciudadanos españoles. A éstos se refieren, en efecto, de modo expreso varios artículos del citado Capítulo III: el 41 (Seguridad Social), el 42 (trabajadores en el extranjero), el 47 (derecho a la vivienda) y el 50 (protección a la tercera edad). Si la Sección 2ª del Capítulo II del Título I CE se dedica expresamente a los derechos de los ciudadanos (y no de toda persona, a diferencia de lo que ocurre con la mayoría de los derechos fundamentales; así, arts. 15, 16, 17, 24, 25 y 27), carecería de sentido que la titularidad de derechos de menos voltaje constitucional (como son los derivados de los principios rectores de la política social y económica) se atribuyera a toda persona. Con gran claridad, la STC 32/1983, tras expresar que del art. 43 CE “se infiere la exigencia constitucional de que exista un sistema normativo de la sanidad nacional”, afirma que “los derechos que en tal sentido reconoce la Constitución en los arts. 43 [protección de la salud] y 51 [protección de la salud de los consumidores] (...) pertenecen a *todos los españoles...*”.

Más aún: la doctrina más autorizada –por todos, Luis Mª Díez-Picazo, Presidente de la Sala 3ª del TS y Catedrático de Derecho Constitucional, en su *Sistema de Derechos Fundamentales*, 3ª ed., p. 138-, y Joaquín García Murcia, Catedrático de Derecho del Trabajo, en su estudio “Derechos laborales y de protección social en la Ley de Extranjería”, TS, nº 133, 2002, p. 31-, coincide en rechazar una interpretación literal de los términos “todos” o “todas las personas” que utilizan para reconocer derechos la CE y los tratados internacionales. Así, razonan estos autores, respectivamente, que no cabe “atribuir al dato puramente gramatical un peso decisivo”, y que las declaraciones y tratados internacionales se dirigen a los Estados miembros para “conseguir el reconocimiento de unos derechos básicos *en relación con sus ciudadanos*”.

A estas consideraciones se suma otra regla delimitativa, ésta contenida en el art. 13.1 CE, según el cual “[l]os extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título [se refiere al Título I, regulador de los “derechos y deberes fundamentales”] *en los términos que establezcan los tratados y la ley*”.

Estas facultades del legislador de delimitar el ámbito subjetivo de los derechos fundamentales tiene aún más razón de ser en el caso de los meros principios rectores de la política social y económica, entre los que se encuentra el derecho a la protección de la salud.

En suma, la CE se centra en reconocer, como principio socioeconómico dirigido a los poderes públicos, el derecho a la protección de la salud, cuyo concreto establecimiento encomienda a la ley. En consecuencia, ésta se encuentra también facultada (junto con los tratados) para delimitar la protección que corresponde a los extranjeros, al tiempo que encarga a los poderes públicos (en este caso, el legislativo y el ejecutivo) la organización de los servicios, medidas y prestaciones necesarios para hacer efectivo aquel derecho.

* * *

Por otra parte, la organización territorial del Estado diseñada en el Título VIII de la CE, conlleva una distribución de competencias entre el propio Estado y las comunidades autónomas, según la cual, al Estado compete en exclusiva la sanidad exterior y las bases y coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos (art. 149.1.16° CE), mientras que las comunidades autónomas pueden asumir competencias en materia de sanidad e higiene (art. 148.1.21° CE).

La Constitución atribuye, pues, al Estado una competencia “plena”, como la califica la STC 252/1988, esto es, tanto normativa como de ejecución, en materia de sanidad exterior (v.g.: sobre control e información epidemiológicos y sobre organización de los servicios sanitarios precisos: STC 329/1994). En materia de sanidad interior, la competencia del Estado se contrae, por una parte, a la fijación de “bases” de carácter general (SSTC 43/1983, 98/2004 y 22/2012) aplicables a todo el territorio nacional; se trata, pues, de una competencia normativa que se traduce en la aprobación de leyes y reglamentos.

En virtud, precisamente, de este reparto de competencias, el Estado ha dictado Leyes como la Ley 14/1986, General de Sanidad, la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley 33/2011, General de Salud Pública, el RDL 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y otras muchas normas legales y reglamentarias sobre la materia.

Por otra parte, el Estado recibe de la CE la competencia para establecer la “coordinación general” de dicha sanidad interior, esto la integración en una unidad de todas las partes del sistema, lo que es garantía de su buen funcionamiento (SSTC 32/1983 y 22/2012). En fin, la competencia estatal se extiende, asimismo con carácter exclusivo, a la

legislación sobre productos farmacéuticos (ejemplos de esta legislación son las Leyes 28/2009 y 10/2013, y el RDLg 1/2015).

Dadas las competencias que ostenta el Estado, la CE permite a las comunidades autónomas asumir otras en materia de sanidad interior, referidas tanto a la potestad de dictar leyes y reglamentos destinados al desarrollo de las bases aprobadas por el Estado, como a la de ejercer funciones de ejecución (organización, inspección y sanción, etc.)

* * *

La CE, además de encomendar a los tratados (y a la ley) la configuración de los derechos fundamentales de los extranjeros en España (art. 13.1), traza un puente entre la propia Constitución y las normas supranacionales, disponiendo en su art. 10.2 que “[l]as normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”. Aunque esta regla hermenéutica está prevista para la interpretación de los derechos fundamentales, nada impide que el derecho a la protección de la salud, aun no estando incluido por la CE entre ellos, admita ser interpretado bajo dicho canon interpretativo, máxime teniendo en cuenta que dicha Declaración y no pocos tratados se ocupan de reconocer expresamente ese derecho. A una y otros hacemos a continuación una sucinta referencia.

La Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948) incluye, entre los derechos y libertades cuyo “reconocimiento y aplicación universales y efectivos” propone, el derecho de “toda persona” a “un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud ...” (art. 25.1) . Como se ve, no hay aquí un reconocimiento directo del derecho a la asistencia sanitaria (menos aún, a la asistencia sanitaria pública) sino un reconocimiento reflejo, consecuencia del derecho a disfrutar de ese “nivel de vida adecuado”, que según la norma debe también asegurar la alimentación, el vestido, la asistencia médica, la vivienda y los servicios sociales. Dentro de su heterogéneo contenido, el citado art. 25.1 hace asimismo referencia al derecho a una serie de seguros (que no califica de sociales, mientras que el art. 22 sí alude al derecho a la Seguridad Social), entre ellos el de enfermedad. El reconocimiento de estos derechos tiene mucho de programático, pues es evidente que, en tanto derechos “prestacionales”, para su efectividad no basta la voluntad del que los declara (en este caso, la Asamblea General

de las Naciones Unidas) sino que es necesaria, como vimos que recuerda nuestro TC, la aportación de abundantes y costosos recursos materiales y personales, que no ha logrado reunir nunca de modo pleno ningún país.

Estos derechos son, en efecto, tan programáticos y definidores de una meta a alcanzar como el enunciado en el art. 28 de la Declaración de 1948, según el cual “[t]oda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos”.

La misma aspiración universalista aparece en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966), en el que los Estados Partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (art. 12.1), a cuyo efecto se comprometen a adoptar las medidas necesarias, entre ellas “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Refiriéndose ya en concreto a la situación de los inmigrantes, la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (ONU, 1990) reconoce a los trabajadores inmigrantes el derecho a la salud laboral en los mismos términos que a los trabajadores nacionales (art. 25.1.a), y a sus familiares el derecho al acceso a los servicios de salud (art. 45.1.c); ahora bien, esa equiparación sólo opera “a condición de que se cumplan los requisitos para la participación en los planes correspondientes”. El art. 28 de la Convención reconoce por su parte el derecho de los trabajadores inmigrantes y sus familiares a la “atención médica urgente”, esto es, la que “resulta necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud”. Esta asistencia médica de urgencia debe prestarse en igualdad de trato con los nacionales y –regla importante ésta- con independencia de que el inmigrante se encuentre o no en situación legal; como concluye el citado art. 28, “[e]sa atención médica no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo”).

Sin salir del marco de la ONU, y dentro del de la OIT, agencia especializada de aquélla, cabe destacar la regulación contenida en el Convenio 102 sobre “Seguridad Social. Norma mínima” (1952), cuya Parte II, dedicada a la Asistencia Médica, ordena a cada Miembro garantizar a las “personas protegidas” la asistencia preventiva o curativa que

precise. El concepto de “persona protegida” es, evidentemente, más restrictivo que el de “toda persona” utilizado en la Declaración Universal de 1948 y en el Pacto de 1966, pues va referido a las “categorías prescritas” (básicamente, de asalariados) por las legislaciones nacionales. Por añadidura, el Convenio permite a los países “insuficientemente desarrollados” acogerse a las excepciones previstas en el propio pacto, que alcanzan a la asistencia médica. Por otra parte, el Convenio de la OIT 97 (1949) encomienda a los Estados Miembros el mantenimiento de “servicios médicos apropiados” para velar por la salud de los trabajadores migrantes –el Convenio se está refiriendo a emigrantes en situación legal- y sus familias durante la salida, viaje y llegada al lugar de destino.

* * *

En el ámbito europeo, la Carta Social Europea (Consejo de Europa, 1961) ofrece una regulación detallada del derecho de “toda persona” a la protección de la salud. Así, desarrollando lo anticipado en la Parte I.11 y 13 de la Carta, la Parte II concreta el contenido de ese derecho en su art. 11 (eliminación de las causas de una salud deficiente, establecimiento de servicios para mejorar la salud y prevenir enfermedades); derecho que, por cierto, se separa del derecho a la Seguridad Social (art. 12) y se conecta con el derecho a la asistencia médica prevista para “toda persona que no disponga de recursos suficientes” (art. 13). Por su parte, el art. 19.2 de la Carta regula el derecho de los trabajadores migrantes (se entiende que en situación legal) y sus familias a ser atendidos durante su viaje mediante “los servicios sanitarios y médicos necesarios”.

Más recientemente, las Partes Contratantes del Convenio Europeo nº 93 relativo al Estatuto jurídico del trabajador migrante (Consejo de Europa, 1977) se comprometen a prestar asistencia médica “a los trabajadores migrantes y a los miembros de sus familias que residan legalmente en su territorio (...) sobre las mismas bases que a sus nacionales”. Los trabajadores en situación irregular quedan, evidentemente, fuera de esta protección.

* * *

Por lo que se refiere al Derecho de la Unión Europea, el Tratado de Funcionamiento de ésta (versión consolidada, 2010) dedica su Título XIV (art. 168) a la Salud Pública, encargando a la UE de complementar las políticas nacionales de salud pública y de

fomentar la cooperación entre Estados. El apartado 7 del citado art. 168 declara que la UE respeta la competencia de los Estados en cuanto a la definición de las políticas de salud, organización de los servicios sanitarios y de atención médica y asignación de recursos.

Distinguiendo una vez más entre Seguridad Social y protección de la salud, el art. 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2007) reconoce a “toda persona” el derecho a la prevención y asistencia sanitarias, aunque inmediatamente concreta el alcance de esta declaración añadiendo que ello ocurrirá “en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales”, que en todo caso deben garantizar “un nivel elevado de protección de la salud humana” (art. 35).

Por su parte, la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores (1989) reconoce a “todo trabajador” (y por tanto al trabajador migrante, se sobreentiende que en situación legal) el derecho a proteger su salud y seguridad en el lugar de trabajo (art. 19).

En fin, numerosas Directivas de la Unión Europea se destinan a la protección de inmigrantes en diversas situaciones jurídicas; de ellas cabe destacar aquí las siguientes, que, como puede verse, coinciden en reconocer el derecho a una asistencia sanitaria de urgencia:

- La Directiva 2001/55/CE, sobre protección temporal en caso de afluencia masiva de personas desplazadas, encomienda a los Estados miembros la asistencia sanitaria a dichas personas, que comprenderá como mínimo “los cuidados de urgencia y el tratamiento esencial de enfermedades”, así como la asistencia médica para “necesidades particulares” (de menores no acompañados, personas torturadas o violadas, etc.) (art. 13).

- La Directiva 2003/110/CE, sobre asistencia en tránsito por repatriación o alejamiento por vía aérea, contempla, entre otras medidas de ayuda, “la asistencia médica de urgencia al nacional de un tercer país, y en su caso, al personal de escolta” (art. 5.2.b).

- La Directiva 2008/115/CE, sobre retorno de inmigrantes en situación irregular, dispone que durante el plazo para la salida voluntaria y el aplazamiento de la expulsión dichos inmigrantes recibirán “atención sanitaria de urgencia y tratamiento básico de enfermedades” (art. 14.1.b). La misma atención recibirán, en caso de internamiento a

efectos de expulsión, los referidos inmigrantes cuando sean “personas vulnerables” (menores, ancianos, discapacitados...) (art. 16.3).

- La Directiva 2013/33/UE, sobre acogida de solicitantes de protección internacional (texto refundido), dispone que los Estados miembros deben velar por que los solicitantes de protección internacional tengan un nivel de vida que les permita la promoción de su salud (art. 17.2) y prevé la posibilidad de que los Estados miembros concedan (“podrán conceder”) “todas o algunas” de las condiciones de atención sanitaria a aquellos solicitantes que carezcan de recursos económicos (art. 17.3); en caso contrario, deberán contribuir total o parcialmente a sufragar los costos de la atención sanitaria (art. 17.4). La “atención sanitaria necesaria” cubrirá como mínimo los “cuidados de urgencia y el tratamiento básico de enfermedades o trastornos psíquicos graves” (art. 19.1).

A estas normas básicas podría añadirse una verdadera masa de convenios específicos (de la OIT y bilaterales), de directivas, decisiones, reglamentos y protocolos de los que, por razones de tiempo, no podemos ocuparnos.

* * *

¿Cómo ha desarrollado nuestra legislación los preceptos constitucionales y supranacionales de los que se acaba de tratar?

Ante todo, hay que advertir que la gran variedad de normas, a las que se ha hecho una referencia no exhaustiva, hace muy difícil, si es que fuera posible, deducir unas reglas absolutamente precisas y congruentes. En particular, la multiplicidad de normas supranacionales explica la variedad de sistemas que se observa en los ordenamientos europeos: mientras que en unos los inmigrantes reciben asistencia sanitaria básica (y tampoco hay unanimidad sobre este concepto), en otros reciben asistencia de emergencia o urgencia; mientras que en unos países es el Estado quien presta esa asistencia, en otros ésta corre en la práctica a cargo básicamente de instituciones religiosas y humanitarias.

Por lo que se refiere a nuestro país, y teniendo en cuenta que el estudio de nuestra legislación estatal y autonómica corresponde a otras ponencias, nos limitaremos a decir que en respuesta al requerimiento constitucional, se aprobó la Ley 14/1986, General de Sanidad, que comienza reconociendo como titulares del derecho a la protección de la

salud y la atención sanitaria a “todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional” (art. 1.2). El art. 3.2 de la Ley pasa a una formulación más restringida al disponer que “[l]a asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española”, mandato que la Disp. Trans. 5ª atenúa aún más al disponer que dicha extensión “se efectuará de forma progresiva”.

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, proclama por su parte el principio general de “aseguramiento universal y público por parte del Estado” (art. 2.b). Pese a esa ambiciosa proclamación, el contenido del originario art. 3 de la Ley se encargaba de demostrar que la universalidad no se alcanzaba realmente, pues limitaba la condición de titular de los derechos a la protección de la salud y a la asistencia médica a los españoles y extranjeros (pero éstos, en los términos previstos en la LO 4/2000 y en los tratados suscritos por España).

El RDL 16/2012 modificó este precepto, sustituyendo el concepto de “titular” del derecho por el de “asegurado”, cuyo alcance especifica: trabajadores afiliados y en alta, pensionistas y perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social, y – categoría ésta modificada a su vez por la Ley 22/2013- desempleados que hayan agotado los subsidios o prestaciones, no tengan la condición de asegurados y residan en España.

El propio RDL 16/2012 ha incluido en el art. 3 de la Ley 16/2003 varias reglas relativas a los extranjeros; así, los españoles y los nacionales de Estados de la UE y el EEE y los demás extranjeros autorizados a residir en territorio español pueden considerarse “asegurados” cuando acrediten no superar el límite reglamentario de ingresos. Ello significa que quienes carezcan de dicha condición (y sus beneficiarios) deberán pagar la contraprestación o la cuota correspondiente a la firma de un convenio especial.

Asimismo, el art. 3 ter de la Ley 16/2003, añadido por el RDL 16/2003, considera como “situaciones especiales” a efectos de asistencia sanitaria las de los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes, que recibirán dicha asistencia en caso de accidente o enfermedad grave; embarazo, parto y postparto, y en todo caso cuando el enfermo sea menor de 18 años (supuestos que ya incluía el originario art. 12 de la LO 4/2000).

Un Reglamento General aprobado por RD 1192/2012 regula detalladamente la condición de asegurado y beneficiario de la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Nacional de Salud.

Finalmente, e invocando el art. 43 CE (y el 51), la Ley 33/2011, General de Salud Pública, traza su objeto refiriéndolo a “la población” y a “las personas” (art. 1), aunque de inmediato pasa a reducir esas categorías universales a la de “los ciudadanos” (Título I, Capítulos I y II). El art. 6.1 de la Ley vuelve, sin embargo, al concepto extenso y proclama que “[t]odas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad”.

CONCLUSIONES

1ª. De la formulación contenida en las Declaraciones y normas supranacionales no cabe deducir sin más, como podría entenderse en una interpretación puramente literal de algunas de ellas, que el derecho a la protección de la salud sea un derecho universal, atribuible en consecuencia a toda persona.

2ª. Por el contrario, son las leyes de los distintos Estados las que configuran el alcance y contenido de dicho derecho, que al tener naturaleza prestacional exige para su ejercicio la aportación y organización de cuantiosos recursos humanos y materiales.

3ª. La Constitución Española no es una excepción a esa regla general, y por ello no concibe el derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental, y ni siquiera como un derecho de los ciudadanos, sino como objeto de un principio rector de la política social y económica, que necesita ser desarrollado por la legislación ordinaria para poder ser alegado ante la jurisdicción.

4ª. En congruencia con la normativa supranacional y constitucional, la legislación básica española que desarrolla el citado principio (Ley General de Sanidad, Ley de Cohesión y Calidad, Real Decreto-Ley 16/2013, Ley General de Salud Pública) confirma, con distintos matices, que el referido derecho no se ha configurado hasta ahora como efectivamente universal y que, por tanto, no puede ser invocado por toda

persona con independencia de que ésta sea española o extranjera, residente regular o inmigrante en situación irregular.