

“... la sanidad pública deriva de la condición de persona: oferta los servicios sanitarios sin depender de los ingresos ...”

“...La homologación de las atenciones y prestaciones entre las distintas Comunidades Autónomas todavía no se ha conseguido...”.

Aula Internacional de  
Biomedicina, Ética  
y Derechos Humanos



“...según el panorama económico se complica y en función de la creciente dificultad de financiar la deuda...”

“...la anulación de copago farmacéutico o la vuelta a la asistencia universal ...”

## Incidencia de la crisis económica en el derecho a la asistencia sanitaria

Ana M<sup>a</sup> Marcos del Cano



**Ana M<sup>a</sup> Marcos del Cano** es Catedrática acreditada de Filosofía del Derecho de UNED. Directora del Departamento de Filosofía Jurídica. Licenciada en Derecho por la Facultad de Derecho de la Universidad de León en 1991. Doctora en Derecho por la Facultad de Derecho de la UNED en 1998, con Premio Extraordinario de Doctorado.

Cuenta con una larga actividad investigadora en diversos centros universitarios de España y del extranjero (Bolonía, Stony Brook University de Nueva York, Facoltà di Giurisprudenza di Tor Vergata en Roma). Ha publicado diversas monografías en su área de investigación, sobre bioética, inmigración y multiculturalidad, y teoría del derecho. Ha desempeñado diversos cargos académicos: Secretaria del Departamento de Derecho Público Básico en la Facultad de Derecho de la Universidad de León, desde julio de 1994 hasta enero de 1995; Vicedecana de la Facultad de Derecho de la UNED, desde el 4 de octubre de 2002 hasta el 8 de marzo de 2004; Secretaria de la Facultad de Derecho de la UNED, desde el 9 de marzo de 2004 hasta noviembre de 2004; Tutora del Programa Erasmus de la Facultad de Derecho de la UNED, desde el curso 2001/2002; Responsable de formación en prácticas en empresas de los alumnos de la Facultad de Derecho de la UNED. Miembro del Consejo de Departamento de Filosofía Jurídica de la UNED; Miembro del Claustro Universitario de la UNED desde 2004

Los efectos que está teniendo la crisis económica sobre el sistema de salud y el derecho a la atención sanitaria son evidentes. La tasa interanual de crecimiento del gasto público en Sanidad en todas las Administraciones españolas, que había estado estabilizado en torno al 8-9% nominal en el periodo 2002-2008, lleva cayendo ininterrumpidamente desde 2008 y es negativa, en torno al 2% anual, desde 2009 coincidiendo con lo más profundo de la reciente crisis económica y en respuesta a los recortes introducidos en el sistema de salud.

Hay una seria preocupación en muchos sectores sociales y profesionales respecto al futuro de la sanidad tal y como la conocemos hoy en día. Distintos movimientos y plataformas sociales, las llamadas mareas blancas, están alertando sobre el cambio de modelo en el sistema de salud. La reforma, junto con el proceso de privatización y el recorte, modifica de manera significativa los tres pilares de nuestro sistema: la universalidad, la gratuidad y la titularidad pública.

La pregunta que surge actualmente radica en determinar por un lado, cual es el papel del Estado en la garantía de la salud y, por otro, que tipo de derecho es el derecho a su protección.

Al ser este un tema muy transversal que afecta a muchas disciplinas vamos a hacer un breve repaso a la legislación sanitaria en España que nos permita ver la evolución que se ha producido y valorar los efectos de las medidas legislativas aprobadas a raíz de la crisis económica.

La primera vez que se regularon los problemas de salud de la colectividad en España fue en un código de 1822 que fracasó. La Ley 28 de noviembre de 1855 fue la primera que consagró la Dirección General de Sanidad. Posteriormente, el Real Decreto de 12 de enero de 1904 aprobó la Instrucción General de Sanidad y, por último, la Ley de 1944 de Bases de la Sanidad Nacional, asumió lo anterior y sentó las bases del Sistema Nacional de Sanidad.

Diferenciamos tres etapas dentro del sistema español de Seguridad Social. La primera, entre 1900-1962, fue

de definición prestacional e institucional. Recoge el nacimiento y generalización de los servicios sociales provenientes de los mecanismos de protección que había desarrollado el movimiento obrero.

La segunda etapa fue la de la configuración normativa (1962-1978), en la que se aprueban las bases de un sistema integrado de Seguridad Social de alcance profesional con declaración de universalidad subjetiva y objetiva al intentar amparar toda la población y respecto de todas las prestaciones.

Por último la tercera etapa es la del Estado del bienestar (1978) y la aprobación de la Constitución de 1978, que recoge en el Capítulo III “De los principios rectores de la política social y económica” el principio básico de la Seguridad Social sostenida por parte de los poderes públicos. El art 41 dice que “los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en casos de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”. El art 43 recoge el derecho a la protección a la salud de un modo directo y concreto y señala que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.”

**“...los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones suficientes ante situaciones de necesidad...”**

Los principios sobre los que se asienta este derecho a la protección a la salud en nuestra Constitución son los que a continuación paso a enumerar: la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso. Es importante recordar que aunque la sanidad en el momento del uso sea gratis no es gratis, se financia vía impuestos, la estamos pagando todos. Sería muy

importante concienciar a la ciudadanía de lo que es la financiación pública y el control del gasto.

Los principios del derecho a la protección a la salud recogen también los derechos y deberes definidos para los ciudadanos y los poderes públicos, la descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas, y por último la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Las prestaciones reconocidas con carácter universal son la asistencia sanitaria, los servicios sociales, las pensiones no contributivas de vejez e invalidez, las prestaciones por nacimiento de hijo o adopción, las reconocidas a las familias vulnerables y las prestaciones del sistema de dependencia.

El SNS Integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que de acuerdo con la ley son responsabilidad de los poderes públicos y se organiza en dos niveles asistenciales: Atención primaria (Centros de salud) y Atención Especializada (Centros de especialidades y hospitales). A la hora de hablar de los recursos limitados esta división es importante para ver dónde vehiculamos la asistencia, dónde ponemos los recursos. Cabe incluso preguntarse si la altísima tecnificación de los hospitales está dejando desatendida la Atención Primaria. Los servicios que presta el SNS son fundamentalmente las actividades preventivas y las pruebas diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y de mantenimiento de la salud.

La aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986, conocida como Ley LLuch, instituyó la sanidad pública como hoy la conocemos. Se inspiró en el modelo británico del National Health Service de 1948, que recoge la universalización de la salud para todo ciudadano sin excepción. Se basa en el Modelo Beveridge, vigente en los países nórdicos, Italia, Portugal e Islandia.

Supuso un cambio de mentalidad porque la financiación es pública, a través de los impuestos directos e indirectos. El derecho a la sanidad pública

deriva de la condición de persona: oferta los servicios sanitarios sin depender de los ingresos: no eres asegurado, eres persona.

Ley general de Sanidad 14/1986 incluye medidas de promoción, prevención, curación, asistencia, rehabilitación y fomento de la educación en este ámbito. Los artículos 3.2 y 16 garantizan que el acceso a la sanidad será igual para todos.

La firma en 1995 del Pacto de Toledo, en el que todos los partidos políticos apostaron por la sanidad pública, consolidó y fortaleció el SNS. Es importante subrayar que a nivel legal, institucional y político había una misma línea de pensamiento que llevó a la sanidad pública española a ser una de las mejores del mundo. El informe Bloomberg sitúa a nuestra sanidad en el 5 mejor posición en eficiencia en el ranking mundial.

La ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS establece la universalización del servicio, la garantía de la igualdad substancial de acceso a toda la población, la eficacia y la homologación de las atenciones y prestaciones.

La homologación de las atenciones y prestaciones entre las distintas Comunidades Autónomas todavía no se ha conseguido, hay aún muchas diferencias sobre todo en la atención hospitalaria. La ley 16/2003 establece la cartera de servicios básica que se va actualizando mediante orden ministerial, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS. En este consejo están representadas todas las Comunidades Autónomas y es el que vehicula todas las quejas de desigualdades y toma decisiones para equilibrar las prestaciones que se están dando.

**“...La homologación de las atenciones y prestaciones entre las distintas Comunidades Autónomas todavía no se ha conseguido, hay aún muchas diferencias...”**

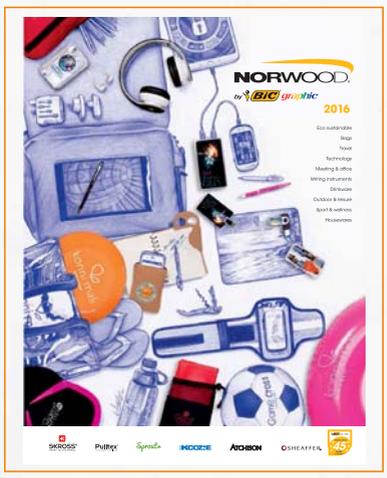
Cerramos este repaso mencionando también el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos y Sociales de 1966, vigente y vinculante,



Distribuidor



**mediación**  
Imagen & comunicación  
Think about it



Solicite nuestros catálogos de  
regalos de empresa y merchandising  
en el mail  
[info@mediacioneimagen.com](mailto:info@mediacioneimagen.com)

según el cual “los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. El Pacto recoge el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente. También la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas.

¿Qué ha ocurrido en estos últimos años para que el modelo esté en riesgo? Debemos situarnos en el marco general de las políticas anti crisis 2010-2013. A partir de mayo de 2010 se empiezan a aplicar paquetes de medidas para reducir el déficit público ante la presión de los medios financieros y los requerimientos de las autoridades económicas y monetarias de la Unión Europea.

### ¿Qué ha ocurrido en estos últimos años para que el modelo esté en riesgo?

En el siguiente año y medio se plantean medidas sanitarias para controlar el coste de medicamentos y se empiezan a tomar acciones de recortes en algunas Comunidades Autónomas con mayores desequilibrios presupuestarios (en primer lugar Cataluña). En un plazo muy breve se inician medidas de austeridad, que se endurecen según el panorama económico se complica y en función de la creciente dificultad de financiar la deuda.

Esta situación tiene unos precedentes claros en las corrientes neoliberales y en las políticas que los Gobiernos de Margaret Thatcher y Ronald Reagan lideraron en el Reino Unido y los Estados Unidos, respectivamente. Se basa en una concepción individualista según la cual el Estado debe tender a una intervención mínima y por ello apoya la privatización del sector sanitario para que los ciudadanos sufragan sus gastos. Este modelo niega el papel de la atención primaria como eje del sistema y se centra en la atención hospitalaria sumamente tecnificada y más cara. Se retorna al médico biologicista, aquel que niega las condiciones sociales de la promoción de la salud.

“...en una concepción individualista según la cual el Estado debe tender a una intervención mínima



Durante los años más duros de la crisis económica se ha abierto la puerta a la privatización. El modelo sanitario se está trasladando al modelo de mercado y competencia. Se está cuestionando el acceso a los servicios sanitarios, vulnerando la atención universal y la equidad. Y es que hay dos modos de concebir la salud: como un derecho a su protección y garantía de un modo universal por parte de los poderes públicos, o como un bien de consumo y por lo tanto, a merced de unos pocos y dejando fuera a los más desfavorecidos y pobres, creando una brecha social y graves desigualdades.

Como estamos viendo el mundo de la salud es muy complejo, es una realidad que abarca grandes sectores y donde todas las afirmaciones deben ser muy matizadas. También es muy importante qué concepto tiene nuestra sociedad sobre lo que es la salud, concepto que ha ido evolucionando a lo largo de los siglos y en las distintas culturas. Hoy la salud es un derecho, únicamente en el mundo desarrollado, un derecho a su protección y a su garantía.

El Informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) 2014 dice que “hay evidencia de la crisis con la salud de la población española, con las desigualdades en salud, con los cambios en algunos estilos de vida y con el acceso a servicios sanitarios”.

En este contexto surge el Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Este Real Decreto ha quebrado todo lo que hemos visto hasta ahora. Se cambia del derecho a la sanidad por ser persona al derecho por ser asegurado. Detalla que tendrán derecho a la asistencia sanitaria gratuita en nuestro país únicamente aquellas personas que ostenten la categoría de “asegurados”, trabajadores afiliados a la seguridad social, pensionistas o quienes hayan agotado la prestación por desempleo y figuren como demandantes. Quienes no entren en ninguna de estas categorías deberán acreditar que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

Este decreto hace prevalecer el principio de sostenibilidad económica por encima del principio de universalización. Pretende racionalizar el gasto sanitario a través de diversas medidas (copago, reducción de la cartera de servicios, no universalidad del sistema). Disminuye el ámbito de las prestaciones al establecer una nueva categorización de la cartera de servicios del SNS.

Instaura la revisión del sistema de aportación al pago farmacéutico por parte del usuario: a tal efecto, ordena a las oficinas de farmacia, la prescripción de medicamentos y productos sanitarios y la aportación de los beneficios en la prestación farmacéutica ambulatoria, también conocida como copago farmacéutico.

Esta norma se justificó en tres razones. Por ahorro económico, que no se ha cuantificado, para evitar el turismo sanitario y para excluir a los inmigrantes irregulares y evitar el efecto llamada.

La realidad es que hay poco impacto económico, los inmigrantes, que cada vez son menos, son jóvenes y apenas utilizan los servicios sanitarios y cuando lo hacen van a urgencias, generando más saturación y más coste que si fueran a atención primaria. Además la falta de cobertura podría dar lugar a problemas de salud pública.

“...cuando lo hacen van a urgencias, generando más saturación y más coste...”



En el caso del turismo sanitario hay derecho al reembolso solicitándolo al país de origen. El centro sanitario emite una factura al país de origen y este paga a la Consejería de Hacienda. El problema está en que no hay un procedimiento directo o indirecto que envíe el dinero al centro hospitalario y este no llega a recibirlo.

Por otra parte también se corre el riesgo de impulsar una sanidad de élite, ya que se exime de la sanidad a las rentas más altas, a partir de 100.000€, y se les obliga a ir a seguros privados.

“...también se corre el riesgo de impulsar una sanidad de élite...”

El Real Decreto 16/2012 está socavando los pilares fundamentales de la sanidad pública. De hecho esta norma vulnera la Carta Social Europea. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha instado al Estado español en el caso de los inmigrantes para que se asegure, de conformidad con su observación General nº 14 de 2000 y de acuerdo con el principio de universalidad de las prestaciones sanitarias, que la reforma adoptada no limite el acceso de las personas que residen en el Estado a los servicios sanitarios, cualquiera que sea su situación legal.

Esta situación está revirtiendo en algunos aspectos importantes, por ejemplo, la anulación de copago farmacéutico o la vuelta a la asistencia universal en algunas Comunidades Autónomas.

Las posiciones ideológicas de los partidos políticos se han radicalizado mucho en los últimos meses, pero en un Estado Social y de Derecho como el nuestro tendría que haber determinadas cuestiones que deberían ser consensuadas por todos, a imagen del Pacto de Toledo, esencialmente en temas de Educación y Sanidad.

**“...las posiciones ideológicas de los partidos políticos se han radicalizado mucho en los últimos meses...”**



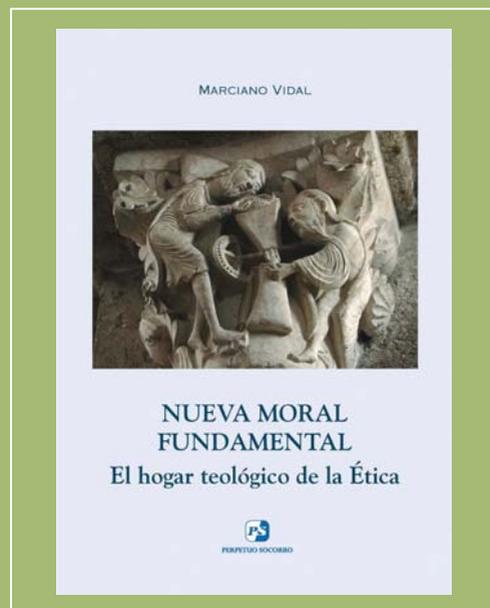
Ahora solo nos queda esperar a los pronunciamientos que el Tribunal Constitucional haga sobre cómo interpretar el derecho a la protección a la salud que recoge el art. 43 de la CE.

## Para leer...

### NUEVA MORAL FUNDAMENTAL

El hogar Teológico de la Ética

Autor: Marciano Vidal, CSsR



Antes del Vaticano II no existía un tratado de Moral Fundamental. La moral católica era concebida sobre todo como una Casuística, es decir, como un sistema para solucionar casos de conciencia en función de la confesión. Después del Vaticano la moral recupera su estatuto teológico, y exigió un nuevo tratado de Moral Fundamental, en el que se exponen las bases racionales y teológicas del obrar moral cristiano.

Esta obra presenta los fundamentos del obrar moral cristiano desde tres núcleos: la teologalidad, la eclesialidad y la mundanidad y, además, se añade una doble exposición acerca de la epistemología teológico-moral y el paradigma teológico-moral con el que pensar las implicaciones éticas de la fe.

\* Editorial Perpetuo Socorro

Puede adquirir el libro en la librería Perpetuo Socorro,  
C/Covarrubias nº 19, 28010 Madrid o en  
[www.pseditorial.com](http://www.pseditorial.com)