

EL DERECHO A LA SALUD Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio Griñán Martínez

Ex-Ministro de Sanidad y Consumo, Ministro de Trabajo.

Conferencia pronunciada en el Curso

"Presente y Futuro de los Derechos Humanos"

Universidad de Alcalá

Llanes, 28 de julio de 1992

Deseo en primer lugar expresar mi agradecimiento a la Facultad de Derecho de la Universidad de Alcalá, y especialmente a su decano Luis García San Miguel, por la invitación que me permite participar en el Curso de Verano "Presente y Futuro de los Derechos Humanos".

Es esta un tema que, desde la perspectiva política e internacional, está de constante actualidad, pero también es un tema de una atención intelectual creciente desde el punto de vista técnico-jurídico.

Doble interés que se incrementa, si cabe, cuando nos referimos al área de los derechos positivos individuales, como es el derecho a la salud que es el objeto de la charla.

Cuando Luis García San Miguel me invitó a participar en el curso y me propuso el título "El Derecho a la Salud y Seguridad Social", acepté de inmediato por varias razones. Primero, porque desde que me licencié en la Facultad de Derecho, el tema forma parte de mi área de interés profesional. Pero además, claro, porque dadas mis actuales responsabilidades, es un tema en el que estoy involucrado de forma directa. Eso sí, sugerí el cambio de título de la ponencia por el de "El Derecho a la Salud y el Sistema

Nacional de Salud", porque me parece que responde más fehacientemente a la realidad actual.

Así las cosas, he de confesarles que al abordar el contenido de la conferencia tengo una doble tentación. Por un lado, tengo la tentación profesional del análisis y el tratamiento técnico-jurídico del tema y por otro, como no podía ser de otra forma, me tienta la dimensión política.

Es verdad, que es éste un curso académico que exige rigor en el abordaje de los temas. Pero supongo que ustedes esperan también algo del conferenciante que denote su compromiso actual como Ministro del Gobierno.

Intentaré, por ello, no defraudarles tomando un poco de cada lado. La perspectiva política y actual del problema me interesa y atrae en la misma, o mayor medida que estoy obligado a considerarla. Sin embargo no puedo olvidar, como acabo de decir, que estamos en un curso de la Universidad y que ustedes se han matriculado en él para recibir la mejor y más amplia información sobre los asuntos que se tratan. Por esta razón me van a permitir que, sin entrar a fondo en ninguna de las dos facetas del tema, me apoye tanto en lo jurídico-histórico como en lo político para poder abarcar una visión lo más amplia posible del problema.

El régimen jurídico de la Sanidad ha adquirido en la actualidad un enorme peso debido, por un lado, a que constituye una respuesta obligada del Estado a la necesidad del individuo de ver "su" salud protegida, y, por otro, a la enorme complejidad económica, técnica, organizativa, ética y humana que caracterizan a los sistemas sanitarios modernos.

Esto ha hecho nacer una nueva rama del Derecho, el "Derecho Sanitario", que, como todo Derecho nuevo, emerge de entre y sobre especialidades ya consolidadas, como el Penal, el Civil, el Administrativo, el Laboral o el Mercantil, lo que crea una compleja situación y condiciona la difícil labor interpretativa que, en muchas ocasiones, ha de

abordarse a la hora de legitimar y fundamentar las reglas jurídicas que fijen, con prudencia y seguridad, los derechos y deberes de los ciudadanos, los límites de las responsabilidades públicas o los intereses profesionales.

Conviene, por ello, aunque sólo sea metodológicamente, partir de lo que dicta nuestra Norma Fundamental sobre el tema que estamos tratando.

La Constitución española regula el derecho a la protección de la salud y a la Seguridad Social en el Título I, dentro del ámbito de los llamados "principios rectores de la política social y económica". En el artículo 41 se establece que "los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad". El artículo 43, por su parte, se ocupa de un modo directo y concreto de la salud, reconociendo el derecho a la protección de la salud y la competencia de los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública "a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios".

Hay que hacer notar que estos principios rectores son los que definen el núcleo del Estado "social" en la Constitución de 1978. Son derechos de segunda generación lo que impide, por tanto, su conceptualización como derechos subjetivos absolutos, ya que su consecución plena, como ocurre con la mayoría de los derechos sociales, nunca se consigue enteramente. Sin embargo, la mención constitucional obliga, eso sí, a una línea de actuación de los poderes públicos que implica una reestructuración constante de la sociedad.

Los principios rectores parten de un estado de cosas sobre el que el Estado viene obligado a actuar a través de una suma de acciones que afectan a la organización y a la estructura misma de la sociedad.

Son, por tanto, principios que obligan al cambio y a la reforma social y que, por ello, se verán condicionados por factores ideológicos, por intereses de grupos y también por elementos exclusivamente económicos que son cambiantes y determinan la evolución y la concreción de estos derechos según esas circunstancias. Son derechos, por tanto, abiertos a la interpretación política y condicionados por las prioridades programáticas del partido o partidos gobernantes y por la propia marcha de la economía.

La salud y su protección, sirve muchas veces de paradigma de esos condicionamientos. Más aun, si se rebasa el nivel de simple conservación de un determinado estado psicofísico, que se identifica sin más con la integridad corporal y mental de la persona, y se busca alcanzar el nivel completo de bienestar físico, mental y social de la persona, de acuerdo con la definición de la O.M.S.

La Constitución española se ocupa, en otros muchos preceptos, de la salud y de las acciones protectoras relativas a las mismas, incluso dentro del Capítulo segundo del Título I, relativo a los derechos y libertades que pueden ser exigidos ante los tribunales, y ante el propio Tribunal Constitucional, mediante el recurso de amparo.

Así, el derecho a la protección de la salud, está directamente vinculado al derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral que se recoge en el artículo 15. El artículo 9.2 incide en ello desde el momento en que corresponde a los poderes públicos remover los obstáculos que impidan o dificulten la vida "digna, sana y plena" y, además promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos sean reales y efectivas.

El alcance de estos preceptos se completa y aclara con la regla del artículo 10.2, que remite a los grandes Tratados y Acuerdos internacionales. Así la Carta Social Europea de 1961 que en su artículo 11 recoge expresamente el derecho a

la protección de la salud "sea directamente, sea en cooperación con las organizaciones públicas o privadas".

Otros preceptos constitucionales son el artículo 50 que trata de los problemas específicos de salud de los ciudadanos en la tercera edad; el 51.1 sobre la defensa de la salud de los consumidores; el 49 sobre previsión, tratamiento y rehabilitación de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos "a los que se prestará la atención especializada que requiera"; el 40.2 sobre seguridad e higiene en el trabajo; el 45.1 sobre medio ambiente; el 47 sobre vivienda adecuada y digna o el artículo 19.1-4 de protección integral de los niños, de los hijos y de las madres.

Vemos, así, que la Constitución española es casi exhaustiva en el tratamiento de los temas relacionados con la salud. Según nuestra Norma Fundamental, no sólo se tiene derecho a vivir, sino que se tiene derecho a vivir sano y en condiciones adecuadas de calidad de vida. Es verdad que lamentablemente el derecho a la salud así expresado es un derecho imposible como lo sería un derecho a la sabiduría. La propia herencia genética determina desigualdades naturales ante la salud y la propia existencia humana es un proceso degenerativo que conduce inexorablemente a la muerte. Así las cosas, los poderes públicos, asumen la responsabilidad no de garantizar la salud, sino de protegerla. Es decir, asumen el compromiso de impedir que se produzcan desigualdades en el estado de salud de los ciudadanos por razones económicas o geográficas y de velar por restablecer la salud, cuando sea posible. De esta forma, cuando la enfermedad aparece debe ser combatida por los poderes públicos con todos los medios a su alcance.

La dimensión positiva de los derechos de la persona, que es la gran aportación histórica del Estado social, supone un cambio radical en la consideración de los derechos fundamentales.

Los llamados derechos económicos, sociales y culturales constituyen la réplica social a los derechos del individuo afirmados en las Revoluciones francesa y americana. Sin embargo, mientras estos principios han encontrado el reconocimiento como tales derechos por parte de las constituciones democráticas, los derechos sociales, como el derecho a la protección de la salud, son aun una novedad constitucional.

Y es una novedad relevante porque, si los derechos y libertades individuales determinan la realidad de un Estado democrático, la formulación de los derechos económicos y sociales obligan a un determinado comportamiento de los poderes públicos que haga posible que la libertad de los individuos y de los grupos en que se integra sea real y efectiva.

El reconocimiento de estos derechos, de segunda generación, echa las llaves a una concepción untraliberal y abstencionista del Estado al hacerle protagonista de intervenciones en lo económico y en lo social.

Un procedimiento próximo lo encontraríamos en el artículo 32 de la Constitución italiana que establece que "la República tutela la salute pubblica come fondamentale diritto dell'individuo e interesse collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti".

A partir de esta declaración la Constitución italiana de 1948, como después lo hizo la española de 1978, establece la existencia de un derecho individual frente al Estado a fin de que éste ponga en funcionamiento los medios necesarios dirigido a garantizar la salud de los individuos, en cuanto prevención, curación y rehabilitación de las situaciones de enfermedad en que puedan encontrarse los ciudadanos.

El derecho a la protección de la salud, en su acepción actual, es un hecho reciente que encuentra sus inicios a principios del pasado siglo y evoluciona en un proceso

histórico hasta nuestros días. El reconocimiento del derecho individual, tal como lo recoge la Constitución, es la fase final del mismo y, como acabo de señalar, endica una transformación del Estado liberal, en Estado social de derecho.

La llegada a este punto es, por lo demás, la consecuencia de una evolución en la propia concepción del Estado. Interesa, por ello, conocer los antecedentes.

A efectos expositivos, podríamos delimitar en esta evolución histórica cuatro grandes sistemas asistenciales que han caracterizado al derecho a la protección de la salud, como derecho asistencial de la persona individual. Estos cuatro sistemas que se corresponden con sendas etapas serían, sucesivamente, la asistencia benéfica, la asistencia profiláctica, los seguros sociales y el Sistema Nacional de Salud.

LA ASISTENCIA BENÉFICA

La primera manifestación de la protección estatal de la salud individual fue la beneficencia pública. El principio inspirador de esta actividad asistencial era el de suplir al individuo en la solución de sus necesidades más vitales. Esta misión de suplencia tiene como presupuesto un estado de necesidad individual o familiar caracterizado por la pobreza. Es decir, la ausencia de medios para mantener por sí mismo la propia existencia. Se ha dicho que la beneficencia es el valor religioso de la caridad convertido en servicio público.

Dado el amplio campo de cobertura del problema de la subsistencia, la salud será, en la beneficencia, un aspecto más entre otros. Pero ni los destinatarios, ni su contenido, convierten a la asistencia benéfica en una actividad del Estado destinada a la protección de la salud de los ciudadanos. Su alcance es, por lo tanto, limitado, pues se dirige a unas pocas personas a las que asiste, parcial y, por las prestaciones que realiza, demasiado amplio, pues entre ellas existe algunas que no van dirigidas a la protección de la salud, sino a la satisfacción de otras

necesidades como la de alimento, vestido, trabajo, cultura, etc.

La legislación sobre Beneficencia pública pone especial énfasis en la cualidad de pobre o menesteroso para obtener la asistencia sanitaria. Hasta tal punto se exige este requisito que la Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849 estableció la prohibición de que los establecimientos de Beneficencia, público o particulares admitiera a pobres o mendigos válidos, es decir, aptos para el trabajo. La razón de esta prohibición hay que verla en la gratuidad de estas prestaciones que ofrecían estos establecimientos, los cuales, sin embargo, admitía pacientes de pago como simples usuarios de un establecimiento sanitario.

La condición de pobreza, reconocida según un mecanismo regulado administrativamente, es el presupuesto de hecho para el ejercicio de esta actividad pública que no es, en ningún caso, asunto de reconocimiento de un derecho subjetivo ni de una responsabilidad del Estado.

ASISTENCIA PROFILÁCTICA

El segundo de los sistemas asistenciales, asumido en este caso sí como responsabilidad del Estado, es aquel dirigido a la protección de la salud de los individuos en aquellos supuestos en que su enfermedad constituya un peligro para la salud de los demás miembros de la comunidad. Su fundamento objetivo es la protección de la salud pública frente a las enfermedades de carácter contagioso.

Esta prestación tiene por tanto una doble faceta de interés: de un lado el reconocimiento al individuo afectado del derecho a obtener los cuidados necesarios para recobrar su salud y, de otro lado, la facultad de la autoridad sanitaria de imponer coactivamente un régimen sanitario tendente a proteger la salud colectiva.

Lamentablemente nuestra legislación sanitaria anterior a la Constitución de 1978 dejó en el olvido el primer aspecto, centrandose su atención casi en exclusiva en la protección de la colectividad sana. Así, en ningún texto legal se recogía alusión a la existencia de un posible derecho a la obtención de cuidados médicos en el supuesto de enfermedad contagiosa o epidemia. En algunos casos se reconocía tan sólo la posibilidad de acogerse a los establecimientos hospitalarios habilitados al efecto a quienes lo desearan, pero pagando las estancias, en un régimen diferente al de los pobres.

La Ley de 28 de noviembre de 1855, que consagra la Dirección General de Sanidad, estableció medidas dirigidas a garantizar la no propagación de la enfermedad, como eran la desinfección y el asilamiento del enfermo. Nada se indicaba, en cambio de los cuidados que requiere el enfermo para recobrar su salud.

Esta situación se prolongó a lo largo de un siglo. La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 asumió la herencia recibida, que no alteró sino que mantuvo. La idea de contenido de las responsabilidades públicas en este sector sigue siendo decimonónica: a la Administración Pública le compete atender aquellos problemas sanitarios que pueden afectar a la colectividad considerada como conjunto. La función asistencial de los problemas de salud individual quedan al margen.

Los principios fundamentales de esta asistencia profiláctica se concretaron en dos puntos fundamentales: de un lado, la ausencia de un derecho a ser protegido individualmente frente a la enfermedad contagiosa, una vez contraída esta. De otro lado, los cuidados de la salud individual del enfermo sólo eran asumidos por el Estado cuando por razones de desinfección y aislamiento no servían los recursos familiares o individuales de que disponía aquel.

Seguía siendo, por ello, la Beneficiencia la única actividad estatal dirigida, de una manera asistencial directa, a proteger la salud del individuo beneficiario de ella, es decir, del pobre oficial. Pero entre el conjunto de la población declarado administrativamente pobre y el manifiestamente rico y opulento, se encontraba el conjunto más numeroso de la población, constituido por los trabajadores por cuenta de un empresario, cuyos riesgos laborales y sociales se encontraban del todo desasistidos.

LOS SEGUROS SOCIALES

Respecto a este sector de la población comienza el Estado a finales del siglo XIX y principios del XX una acción de asistencia de muy variado contenido y alcance. En general, la acción del Estado en estos momentos es de apoyo y sustitución de iniciativas privadas ya abordadas a través de la previsión individual y de las mutualidades. Fruto de esta preocupación es la creación por Ley de 27 de febrero de 1908 del Instituto Nacional de Previsión, que tenía como fin fundamental la difusión de la previsión popular, especialmente para pensiones de retiro.

En este primer paso, aún no se aborda la protección de la salud del trabajador que, en estos momentos, no encuentra otra defensa que la que le ofrece la ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900, por la que se protege la salud del trabajador como consecuencia de accidentes sufridos en el ejercicio de su trabajo. Pero la responsabilidad del restablecimiento de la salud del trabajador no recaía en ningún servicio del Estado, sino en el empresario, quien estaba obligado a asumir los costos de la asistencia sanitaria y farmacéutica necesarios para el restablecimiento del accidentado o concertarlos con una empresa aseguradora.

La creación y regulación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942 supuso un cambio importante en la situación. Aún con base en una relación laboral previa, el seguro se extendió a un conjunto de población que podía

calificarse como mayoría: es asegurado todo trabajador económicamente débil, mayor de catorce años, ya se por su cuenta o por cuenta ajena y los beneficios de este seguro se extienden a los familiares del asegurado que vivieran con él y a sus expensas.

Sin embargo, esta amplitud de cobertura se vio en parte contrarrestada por una serie de limitaciones y excepciones que redujeron su alcance protector. Así, el SOE no daba cobertura a los problemas de salud derivados de accidentes laborales, quedaban excluidos del mismo los funcionarios públicos y quedaban sometidas a plazo una serie de prestaciones médico-farmacéuticas sin un fundamento claro.

Pero el SOE, desde su creación, siguió un proceso continuo de expansión, asumiendo mayor número de patologías dentro de su cuadro de prestaciones y, al mismo tiempo, incluyendo un mayor número de personas y colectivos dentro de su esquema de Seguro Sanitario, hasta llegar a ser gestor autónomo de una estructura sanitaria extendida por todo el territorio nacional. El seguro de enfermedad daría paso, más tarde, ya en los años sesenta y setenta, a la prestación de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que configuraría, a partir de ella, la red sanitaria pública más importante del país.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Tras la etapa de seguros sociales, la doctrina puso especial énfasis en el concepto de seguridad social, base del Estado providencia o Estado de bienestar. El nuevo concepto acuñado a partir de los informes de Lord Beveridge, va a suponer una respuesta del Estado, completa e integral, frente a la salud y otras necesidades del individuo como ciudadano.

Asistimos así al nacimiento de una función del Estado que cubriría completamente la necesidad de conservación y restablecimiento de la salud de los individuos y que tiene su

plasmación más significativa en la ley británica de 1948 en la que nace el National Health Service británico, la ley italiana de 1978 por la que se crea el Servicio Sanitario nacional o la Ley General de Sanidad española de 1986 en la que se establecen las bases del Sistema Nacional de Salud como cobertura de asistencia sanitaria universal y equitativa.

La Ley General de Sanidad representa así la ordenación normativa del mandato del artículo 43 de la Constitución, por el que se reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, derecho que, para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de medidas idóneas para satisfacerlo. El instrumento sobre el que descansa la responsabilidad de hacer efectivo este derecho es el Sistema Nacional de Salud.

En el Estado de derecho el respaldo jurídico es esencial. Pero, cuando estamos tratando de los derechos positivos, que representan la gran aportación histórica del Estado social, hay que partir de que éstos no pueden tener un carácter absoluto sino que son una conquista y un avance permanentes. Por ello es preciso considerar el esfuerzo de adaptación de los instrumentos de que se sirve el Estado para cumplir sus fines.

Como decía, los Sistemas Nacionales de Salud, independientemente de su origen, han sido la respuesta institucional de los Estados al reconocimiento del derecho a la protección de la salud. Para hacerlo efectivo, muchos de ellos han evolucionado hacia sistemas basados en principios de universalidad, financiación mayoritariamente pública, equidad en el acceso a prestaciones y servicios, integralidad de programas, complementariedad de recursos e intersectorialidad de actuaciones. Principios todos ellos inspiradores de nuestra Ley General de Sanidad y expresamente enunciados en sus artículos 3, 12 y 46.

El Sistema Sanitario, así conceptualizado, es una de las condiciones de existencia del Estado del bienestar. El

derecho a la protección de la salud se ha traducido, en el entorno político y económico europeo, en el derecho al acceso a la asistencia sanitaria, lo que ha configurado al sistema sanitario como una responsabilidad institucional. De esta situación participan, sin excepción todos los países de la Europa comunitaria y los de la Asociación de libre comercio.

La consolidación en nuestro país del Sistema Nacional de Salud como un modelo de cobertura universal y financiación pública es la razón última de que, en la actualidad, no exista un debate político o social importante que cuestione el "modelo" sanitario, como ocurría antes de la promulgación de la Ley General de Sanidad. Ahora, la realidad, y también la necesidad y la conveniencia, del Sistema Nacional de Salud, no se pone en duda por ningún sector social o fuerza política.

El debate que actualmente existe sobre la Sanidad parte de la realidad positiva del Sistema Nacional de Salud. La discusión se centra sobre aspectos que, aún con las características propias de nuestro sistema sanitario, son comunes a todos los países de nuestro mismo entorno social y económico, y se refieren al difícil problema de como dar respuesta eficaz a los derechos individuales de los ciudadanos con unos recursos que necesariamente son limitados. Me refiero al control del crecimiento del gasto sanitario.

Es este un problema complicado desde el punto de vista técnico pero también porque, en su concreción, cuando hay que decidir sobre casos concretos, afecta de manera profunda a los valores éticos y morales de la sociedad.

Por esta razón, para abordar el problema con la base mínima necesaria, se plantea la necesidad de ordenar los servicios y prestaciones del Sistema nacional de Salud. Así mismo, dado el número y la complejidad que han adquirido los servicios sanitarios, se hace preciso la evaluación de la

calidad de las prestaciones y los cuidados y hay que hacer factible técnicamente la gestión profesional de los recursos.

En la mayoría de los países europeos se han iniciado desde mediados de los años 80, una nueva etapa de reformas de los sistemas de salud que quieren dar respuestas a estos problemas. Este periodo de cambios está prácticamente en sus inicios.

Pero hay que hacer notar que no nos enfrentamos a un problema a resolver por lo que podríamos llamar la "tecnocracia sanitaria". El Sistema Sanitario no es el resultado de un desarrollo teórico elaborado por técnicos expertos. El Sistema Nacional de Salud es el resultado de una respuesta política, social y cultural, con la que cada sociedad responde a los problemas relacionados con la salud y la enfermedad que, como antes veíamos, se ha conseguido a través de un proceso histórico que ha durado dos siglos.

Es esencial tener en cuenta esta dimensión histórica, política, social y cultural para analizar los problemas del derecho a la protección de la salud en las sociedades avanzadas, de us sistemas sanitarios y de las reformas que precisan.

Los principios generales que hoy inspiran a nuestro Sistema Nacional de Salud: financiación pública, acceso equitativo y derecho universal a la asistencia sanitaria pública, forman ya parte irrenunciable de la cultura de nuestra sociedad, por lo que las mejoras que se han de introducir en el sistema sanitario deben tender a reforzar estos objetivos.

Los aspectos que están en el substrato de la discusión sobre las reformas de los sistemas sanitarios se pueden agrupar en tres grandes áreas de interés que señalan lo que está siendo el trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo en la actualidad y para el futuro más inmediato.

En primer lugar señalaría la necesidad de ordenar los servicios que ofrece el Sistema Nacional de Salud a los ciudadanos, orientándolos a las necesidades reales de la población. Parece que es ésta una tarea imprescindible para dar claridad y transparencia a la Sanidad y al propio Derecho Constitucional.

En segundo lugar, es preciso delimitar y cuantificar los objetivos del Sistema Nacional de Salud, como base necesaria para evaluar su efectividad.

Por último, señalaría la necesidad de estudiar la estructura y organización más adecuada para el Sistema Nacional de Salud, como forma de encontrar el camino para mejorar su eficiencia.

No deseo alargarme más en estas medidas concretas que, me van a permitir, las deje, así, prácticamente en enunciados porque son públicas y las pueden encontrar con más detalle en los documentos que ha emitido el Ministerio. Pero sí me gustaría detenerme algo en un aspecto de interés en estos momentos.

Querría hacer algunas reflexiones sobre el gasto público en el contexto de un Estado de bienestar, comprometido en la corrección de las desigualdades. Reflexiones que deben llevarnos a la priorización de los objetivos de gasto y, en ocasiones, a la revisión de fórmulas concretas en la provisión de los servicios sociales.

Convendría hacer una afirmación de principio que espero sea tan pacífica como las pretensiones que encierra: En el proceso de legitimación del Estado, las políticas de bienestar son las respuestas lógicas de las democracias universales y participativas. Eliminar, por ello, del Estado, su facultad de compensar las desigualdades sociales en aras de un retorno imposible a las políticas puras del "laissez faire", sería tanto como deslegitimar la propia organización

del poder político; ponerlo al servicio del interés particular y romper el equilibrio que sostiene la paz social.

Así las cosas, no es de extrañar que los mismos incondicionales del ultraliberalismo hayan terminado por plegar buena parte del trapo desplegado y empezado por aceptar principios básicos del Estado de bienestar. Su resignación ha sido atribuida, por sus epígonos a lo que ellos mismos han llamado la tiranía del "status quo" y es lo cierto que, a la postre, un presupuesto europeo cualquiera formulado por cualquiera de los gobiernos que se definen como más liberales contiene las reglas básicas del Estado de bienestar a pesar del discurso global contra el mismo.

Hoy cualquier práctica de cualquier partido gobernante de nuestro entorno europeo, admite el papel de Estado como redistribuidor de riqueza y compensador de desigualdades. Por lo tanto, la polémica hoy, en sus términos de confrontación teórica, no pasa de ser un ejercicio académico de discutible utilidad.

El entorno a un Estado abstencionista, al mercado como único mecanismo de asignación de recursos, no sólo pertenece al reino de la especulación teórica, sino que se nos presenta como algo difícilmente postulable en países con democracias avanzadas.

Lo cual no significa que el propio cambio del ciclo económico haya dejado intactas todas las propuestas del Estado de bienestar.

Es cierto, que la propia crisis financiera del Estado ha obligado a los diferentes gobiernos a políticas más selectivas del gasto público.

Y añadiría algo más:

En el propio proceso de legitimación del Estado y en la misma competencia electoral de las diferentes fuerzas políticas se ha producido, en terminología de muchos, una sobrecarga del Estado, incapaz de responder a su propias

propuestas de protección social o a las demandas crecientes generadas por el mismo funcionamiento de los sistemas de protección. Esta sobrecarga ha mostrado, desde luego, un problema de crisis fiscal y un cierto nivel de desorientación.

Algún autor, como giorgio Ruffolo, ha llegado a escribir que el Estado del bienestar limita con la sociedad del malestar. Puede ser tan solo una frase afortunada pero es también la conclusión de un razonamiento aceptable. Las posibilidades de pervivencia del Estado de bienestar se deben medir por la distancia que exista entre los que, en cada momento, constituya la oferta legal de prestaciones y la capacidad que tenga, en ese preciso momento, una sociedad de financiar esa oferta.

Junto a esta dificultad financiera y a esa sobrecarga del Estado, hay otro elemento que afecta al Estado providencia en su propio proceso de legitimación. Me refiero a la asimetría que puede producirse entre un contexto de derechos subjetivos actuables y un debilitamiento de la responsabilidad como virtud social.

Antes decía que hoy cualquier teoría y cualquier práctica de cualquier partido gobernante de nuestro entorno, admite el papel del Estado como redistribuidor de riquezas y compensador de desigualdades.

Pero también vemos que el ciudadano, en las sociedades avanzadas, ha progresado en su papel como sujeto, que ha incrementado su libertad individual, su autonomía para elegir en todos los ámbitos de la vida y la capacidad material para adquirir bienes y servicios.

Por ello hoy, con mayor amplitud de miras, cabe valorar al individuo y al Estado como dos órganos de un mismo sujeto, que es la sociedad. No puede concebirse el Estado y sus intereses como ajenos o contrapuestos a los individuos, a sus iniciativas y a sus formas dinámicas y originales de organizarse en el seno de la comunidad en la que vive.

Lo que se puede discutir es si ciertas necesidades sociales son mejor servidas por uno u otro órgano, por los individuos o por el Estado.

El Estado de bienestar, formulado con mayúsculas, debería conducir a un estado de bienestar, escrito con minúsculas; es decir, debe ser la condición necesaria para conseguir mayores niveles de bienestar y mayor calidad de vida.

Ello implica dos cosas: En primer lugar, una jerarquización de los objetivos del Estado o, lo que es igual, un amplio consenso social sobre el gasto público.

En segundo lugar, un compromiso cada vez mayor de la sociedad en objetivos de solidaridad. Dicho de otra manera: el Estado podrá ser tan redistributivo como la sociedad quiera ser solidaria. Difícilmente más.

En política sanitaria el Sistema Nacional de Salud es una conquista de toda la sociedad en la medida en que es un instrumento (repite: un instrumento) para conseguir una cobertura sanitaria universal con financiación pública que tiene como principios inspiradores la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y como norma de comportamiento la equidad.

Los objetivos no deben llevarnos a sacralizar el instrumento y son, por el contrario, los que deben conducirnos a una mayor capacidad de autocrítica y a una revisión permanente de su funcionamiento.

Los objetivos son, en lo fundamental, inmodificables, porque responden a un consenso social del que es trasunto nuestra propia Constitución.

El instrumento: es decir, el Sistema Nacional de Salud, debe ser flexible y debe ser capaz de adaptarse permanentemente a las nuevas realidades sociales y a las renovadas exigencias de la Sociedad.

Es evidente que la realidad de la sociedad no puede ser limitada a lo jurídico. La realidad sobre la que actúa el Estado para garantizar la consecución de los derechos subjetivos tiene multitud de facetas coambiantes que han de ser tenidas en cuenta y analizadas con rigor.

Así las cosas, los cambios sociales, la evolución demográfica y las variaciones en la prevalencia de las distintas enfermedades han producido modificaciones profundas en las prioridades y en las formas de entender y de abordar el derecho a la protección de la salud a lo largo de las últimas décadas.

De ahí la necesidad de que el Estado cuente con un instrumento de solidaridad, como el Sistema Nacional de Salud, pero también la importancia de que ese instrumento sea lo suficientemente flexible para adaptarse a los profundos cambios sociales y económicos que afectan a las sociedades más avanzadas. Porque si queremos obtener grandes consensos sociales sobre el gasto público, es conveniente también que las legitimidades de ese gasto se contemplen no desde la función presupuestaria sino desde los objetivos que con él se consiguen.

Más claro aún: Un gasto público no es bueno porque presupuestariamente esté alojado en la rúbrica Sanidad, sino porque con él se consiga mejorar la salud de la población o los cuidados sanitarios.

El derecho a la protección de la salud exige respuestas concretas a problemas concretos y, por lo tanto, obliga a un esfuerzo permanente de adaptación a las necesidades sociales.

Es ésta una sociedad en permanente evolución que impide una orientación rígida del sistema de atención sanitaria y exige un estudio permanente de los cambios más significativos.

Los cambios en la estructura demográfica de la población van a tener en el inmediato futuro especial relevancia en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. El envejecimiento de nuestra sociedad producido por la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, es, por supuesto, uno de los más llamativos logros de las sociedades avanzadas, pero del que también se derivan problemas que no se pueden ignorar.

El progresivo envejecimiento de la población se acompaña de un aumento en la incidencia de enfermedades que tienen carácter crónico y degenerativo, y por lo tanto de discapacidades que aumentan la demanda de cuidados sanitarios y de asistencia social. Es estima que, en la actualidad, una persona mayor de sesenta y cinco años consume tres veces más recursos sanitarios que la media de la población.

Otro cambio importante es que hemos dejado de ser un país exportador de mano de obra para convertirnos en tierra de inmigración. Tendencia esta difícilmente evitable y con la que conviene aprender a convivir. Este fenómeno incide de dos maneras sobre las demandas de servicios sanitarios; la inmigración norteafricana y la residencia estacional o definitiva en nuestra costa de los jubilados del norte de Europa.

Por otro lado, la modificación de las causas de enfermedad y muerte en nuestro país está generando nuevas y diferentes demandas de asistencia que se dirigen más a los cuidados que a la curación.

La modificación de las necesidades sanitarias vinculadas a los cambios demográficos y, en especial, al envejecimiento; la necesidad de atender a las patologías derivadas de los estilos de vida inadecuados o asociadas a factores medioambientales y, por último, la demanda de servicios de carácter preventivo o asistencial, producida por el aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades

como el SIDA, son los factores que más van a influir en las respuestas que el Estado deberá articular para dar una cobertura al derecho de los españoles a la protección de la salud en el futuro inmediato. Van, por lo tanto, a condicionar la orientación de todo el Sistema Nacional de Salud.

También es interesante hacer notar algunos cambios de fondo cultural que se están produciendo en nuestra sociedad y que tienen una especial incidencia sobre el derecho a la protección de la salud y su cobertura por el Sistema Nacional de Salud.

Hay en nuestra sociedad, como en otras desarrolladas, una progresiva insatisfacción con la salud. Las sociedades avanzadas se sienten hoy más preocupadas por su salud y, en general, más enfermas, que hace cincuenta años. Es éste un fenómeno complejo, que se ha venido en llamar la "paradoja de la salud": esto es, la sociedad se siente más enferma cuanto objetivamente está más sana.

Hay razones que explican este hecho, como la prevalencia de las enfermedades crónicas o la mayor supervivencia a enfermedades incurables. Pero a mí me interesa destacar una razón añadida a esta progresiva insatisfacción con la salud. Me refiero al extrañamiento o alienación de la salud. El individuo, hoy más que nunca, se ha derresponsabilizado de su salud, y la ha dejado en manos de otros. La pérdida de este concepto de la salud como algo propio, no sólo cosifica las demandas, sino que altera la aceptación del envejecimiento, la enfermedad o la muerte.

El estado, por esta razón, debe asumir una tarea didáctica con la sociedad, una política de educación sanitaria, para devolver el sentido de la realidad al derecho a la salud y hacer comprender que la salud no es enajenable. Insistir en que no hay mayor responsabilidad que la propia en la conservación y mejora de este bien inestimable que es la salud. La promoción de la salud parte siempre de mejorar los autocuidados.

Podríamos, en suma, estar hablando horas y horas sobre la interacción profunda de los cambios sociales y los sistemas sanitarios. Importa, desde luego, estacarlo porque de la capacidad de adaptación de estos últimos depende en buena medida la efectividad del derecho a la protección de la salud.

Ya termino. Pero me gustaría hacerlo con una nueva invocación al necesario proceso de jerarquización de los objetivos del Estado.

La incorporación de los derechos de segunda generación al catálogo de derechos fundamentales ha supuesto una evolución desde el Estado liberal y abstencionista hasta el Estado social de derecho, comprometido con la igualdad efectiva de los ciudadanos.

Este proceso evolutivo exige como consecuencia un ejercicio permanente de responsabilidad ciudadana, y abre un proceso continuo de legitimación de los poderes públicos. Es, lo que muchos hemos llamado profundización en la democracia y que, en mi opinión, está perfectamente definido en el art. 9.2 de nuestra Constitución.

Pero este proceso abierto de legitimación exige de amplios consensos sobre los fines del Estado y, en consecuencia, sobre el gasto público.

La sanidad, como la educación y las pensiones, forma parte de las políticas activas de igualdad y, en este sentido, son las que responden a este compromiso constitucional por la igualdad de oportunidades.

Pero las respuestas que el Estado y las demás Administraciones den, en este ámbito, han de ir acompañadas de una paralela responsabilización de la sociedad con objetivos solidarios.

Porque, como ya he dicho, la medida en que un Estado

**es redistributivo la da la capacidad que tiene de ser solidaria
la sociedad que lo sostiene.**

Nada más. Muchas gracias.

