
INFORME DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA SOBRE EL ACCESO UNIVERSAL AL SISTEMA DE SALUD

2024



Comité de Bioética de España

Instituto de Salud Carlos III

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades

Avda. Monforte de Lemos, 5-Pabellón 5.

28029 MADRID (ESPAÑA)

Publicación incluida en el programa editorial del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

Catálogo general de publicaciones oficiales:

<https://cpage.mpr.gob.es/>

Para obtener este informe de forma gratuita en página web del comité y en el repositorio institucional Instituto de Salud Carlos III:

<https://hdl.handle.net/20.500.12105/25083>

<https://comitedebioetica.isciii.es/documentacion-y-publicaciones/>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Edita: Instituto de Salud Carlos III

Informe del Comité de Bioética de España sobre el acceso universal al sistema de salud

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades

Instituto de Salud Carlos III

2024

Lengua/s: Español

NIPO: 15624040X

Gratuita / Folleto / En línea / pdf

INFORME DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA SOBRE EL ACCESO UNIVERSAL AL SISTEMA DE SALUD

Miembros del Comité

Doña Leonor Ruiz Sicilia (Presidenta)

Don Juan Carlos Siurana Aparisi (Vicepresidente)

Doña María Desirée Alemán Segura

Doña Carme Borrell i Thio

Doña Atia Cortés Martínez

Don Íñigo de Miguel Beriain

Doña Lydia Feito Grande

Doña Cecilia Gómez-Salvago Sánchez

Don Aurelio Luna Maldonado

Don Alberto Palomar Olmeda

Doña Isolina Riaño Galán

Don José Antonio Seoane Rodríguez

Doña Noa Laguna Goya (secretaria)

El presente informe da respuesta a la consulta al Comité de Bioética de España de la Secretaría de Estado de Sanidad del Ministerio de Sanidad de 17 de junio de 2024 acerca de los aspectos éticos a tener en cuenta en relación con la cobertura universal y el acceso universal al sistema de salud.

Recibida la consulta, el Comité elaboró el siguiente informe, que fue aprobado en su reunión plenaria del día 25 de julio de 2024, conforme a lo dispuesto en el artículo 78.1.a) de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, que fija entre las funciones del Comité emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico en asuntos con implicaciones bioéticas relevantes.

ÍNDICE

1. Introducción.....	6
2. La salud	7
3. Las desigualdades en salud	9
4. Causas de las desigualdades en salud	10
5. Desigualdades en salud y servicios de salud	12
6. La justicia como fundamento ético del acceso al cuidado de la salud.....	14
7. La salud como derecho	17
8. El acceso universal a la protección de la salud como una cuestión de justicia y como derecho	21
9. La regulación jurídica del derecho a la asistencia sanitaria y el acceso al Sistema Nacional de Salud	24
10. Una lectura ética del Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud	26
11. Conclusiones	29
12. Bibliografía	34

1. Introducción

Que una persona tenga buena salud y otra no la tenga no es justo ni injusto *per se*; en cambio, sí puede calificarse como justo o injusto el modo en que una sociedad trata esas diferencias en salud. La desigualdad en salud está relacionada con la existencia de diferencias en salud, que se consideran injustas, entre personas de distintos colectivos y que están relacionadas con características sociales. De lo anterior puede concluirse que el fundamento último que debería regir el acceso a los servicios y garantías para el cuidado de la salud debería ser la justicia, un valor ético, jurídico y político básico para la organización de la sociedad.

No hay justicia sin un mínimo de igualdad, y por ello la perspectiva de la justicia permite determinar qué diferencias en las condiciones de salud de la población originan desigualdades injustas y, una vez identificadas, asumir el compromiso de poner en marcha mecanismos de corrección que garanticen la ausencia de discriminación y la equidad.

El objetivo de este informe es reflexionar sobre los aspectos éticos del acceso universal al sistema de salud y, en particular, sobre la justificación ética de la universalidad de dicho acceso. Si la salud es un valor o bien básico, y si la asistencia sanitaria y social tienen un carácter esencial y transversal para garantizar el cuidado adecuado de la salud individual y colectiva y el ejercicio de los derechos básicos, parece éticamente justificado reconocer a toda la población el acceso a dicha asistencia y afirmar que la justicia es el fundamento ético de dicha universalidad.

Este informe se centra en la dimensión ética del acceso universal y equitativo al sistema de salud. No se ocupa, por tanto, de las desigualdades que surgen una vez se accede al Sistema Nacional de Salud (SNS), como las relacionadas con el acceso a los servicios especializados, a la cartera de servicios ofrecida, al sesgo de diagnóstico y tratamiento que afecta a algunos grupos de población, entre otros.

Por otra parte, se ha de tener en cuenta que las consideraciones de justicia no son las únicas presentes, pues confluyen con otras razones al diseñar las políticas públicas relativas al acceso a una atención sanitaria básica. Cuestiones como el diagnóstico de enfermedades infecto-contagiosas o la vacunación frente a estas patologías se enmarcan en el ámbito de unas políticas de salud pública responsables. Para cumplir con los objetivos básicos de tales políticas, difícilmente se puede separar a la población en diferentes grupos con accesos distintos a la atención sanitaria atendiendo a criterios que no se refieran a las situaciones de vulnerabilidad. Por ello, aunque no sean objeto de análisis en este informe, conviene dejar constancia de la existencia de tales razones.

2. La salud

La salud es una necesidad universal para una vida humana satisfactoria y un bien apreciado por las personas y las comunidades. Su valor y su condición de deber de justicia justifican que se reconozca y proteja como un derecho básico e indispensable para el disfrute y la protección del resto de derechos.

La salud no es solo ausencia de enfermedad ni puede ser reducida únicamente a su dimensión biomédica. Tampoco resulta plenamente adecuada la definición de salud de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946): estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Son necesarias otras nociones más equilibradas y comprensivas, como la definición de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001), un modelo biopsicosocial que define la salud en términos de capacidades y funcionamientos como el resultado de la interacción de la persona con su entorno, haciendo posible analizar las necesidades de salud en el contexto del sistema social, económico, político y jurídico, y considerarla no solo un bien individual sino

también un bien común. La salud es valiosa en la medida en que nos permite perseguir nuestros objetivos vitales e interactuar socialmente; es decir, la salud como oportunidad de vida (Daniels, 2007) o, preferiblemente, como capacidad humana básica –en el sentido de capacidad humana central– (Nussbaum, 2012; Sen, 2011), en concreto como la capacidad de una persona para ejercer un conjunto de actividades humanas que le permitan desarrollar las capacidades y los funcionamientos básicos para tener salud o estar sana (Venkatapuram, 2011; Ruger, 2018).

Si la salud es necesaria no solo para la subsistencia sino para una vida lograda, se refuerza su dimensión ética como necesidad básica (Walzer, 1993) y como capacidad humana, esto es, un elemento sin el cual no es posible tener una vida digna ni desarrollar libremente el proyecto vital (Nussbaum, 2012; Sen, 2011).

Como la salud es el resultado de la interacción de factores individuales y contextuales (la dotación y las necesidades biológicas, el comportamiento individual y el entorno físico y social), la salud ha de entenderse como capacidad combinada, que aúna capacidades internas del individuo junto con condiciones externas adecuadas. En el plano axiológico esto significa dejar margen de libertad individual para que cada persona desarrolle su proyecto vital en un contexto básico de igualdad de oportunidades o capacidades que puedan convertirse en resultados –o funcionamientos– a través de su decisión y acción.

Por tanto, la justicia en materia de salud debe preocuparse tanto de los aspectos individuales de la salud como de sus determinantes y condicionantes sociales. La OMS define los determinantes sociales de la salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, 2008). Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Los determinantes sociales de la salud están relacionados con la salud colectiva y las desigualdades en salud que, tal como se ha comentado, se refieren al hecho de la

existencia de una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos, como son las personas que viven o han vivido en barrios de menor nivel socioeconómico o las personas nacidas en países de renta baja.

3. Las desigualdades en salud

Garantizar un mínimo de capacidad de salud para toda la población se convierte en un deber de justicia que requiere suprimir las desigualdades en salud injustas o inequitativas, que son las diferencias de salud entre individuos o grupos de población que son sistemáticas, producidas socialmente, y que colocan a ciertas personas en peores condiciones para poder desarrollar sus capacidades (Whitehead, 1992). Las diferencias son sistemáticas porque no se originan de forma aleatoria, sino que tienen un patrón persistente en la población, afectando a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. Se producen socialmente porque son consecuencia de procesos sociales y no de procesos biológicos; es decir, las desigualdades en salud no están relacionadas, por ejemplo, con la genética, sino con el funcionamiento de la sociedad. Esas diferencias afectan negativamente y de forma variable a las personas, por lo que algunos individuos o grupos disfrutan de menores garantías y protecciones de sus capacidades básicas y, por tanto, se encuentran en condiciones más desfavorables para desarrollar sus proyectos de vida. Por todo ello, las desigualdades son injustas, ya que vulneran derechos de las personas.

Ejemplos de estas desigualdades en salud injustas son (Whitehead; Dahlgren, 2006; Borrell; Pasarín, 2024): a) las existentes entre áreas geográficas de distinto nivel socioeconómico (Cofiño Fernández, 2013). La influencia del lugar donde vive una persona (los servicios de que dispone, las condiciones ambientales, las posibilidades laborales, la vivienda, entre otros, todo ello condicionado por factores económicos) puede ser más determinante para su salud que sus condiciones fisiológicas (herencia

genética o antecedentes de salud). Así, las diferencias en la esperanza de vida al nacer entre los barrios de ciudades españolas llegan a ser de hasta una década; b) las existentes entre las mujeres y las personas no binarias, que suelen tener indicadores de salud mental y salud percibida más deteriorados que los hombres (Krieger, 2020); o c) las enormes diferencias en indicadores de salud entre personas en situación de vulnerabilidad (p. ej.: personas que han perdido la vivienda) y el resto de población.

4. Causas de las desigualdades en salud

El modelo de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2012) (Borrell; Artazcoz, 2008; Borrell; Pasarín, 2024) fue utilizado para mostrar las causas de las desigualdades en salud y los factores, fuerzas y sistemas que las determinan. El modelo distingue entre determinantes estructurales e intermedios de las desigualdades en salud.

Entre los *determinantes estructurales* se encuentran:

1.- El contexto socioeconómico y político, que se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estratificación social y la distribución de poder y recursos dentro de ella. Este contexto incluye el gobierno y la tradición política, los actores económicos y sociales (p. ej., las guerras, las grandes corporaciones), la cultura y los valores. Los dos primeros son los que determinan las políticas macroeconómicas, de mercado de trabajo y de estado de bienestar, aunque cada vez más estas políticas dependen de instancias superiores al país, como la Unión Europea. A lo anterior hay que añadir las políticas medioambientales y de emergencia climática, que actualmente son imprescindibles para reducir las desigualdades en salud y para mejorar la salud colectiva y de nuestro planeta.

2.- Los ejes de desigualdad, también llamados “ejes de poder”. La estratificación social viene determinada por distintos ejes de desigualdad: la clase social, el género, la

edad, la etnia o la raza y el territorio de procedencia y/o de residencia. Estos ejes determinan jerarquías de poder en la sociedad que repercuten en las oportunidades de tener una buena salud a través de la exposición a los llamados determinantes intermedios.

Estos ejes de desigualdad tienen en común los siguientes aspectos: a) son contextuales y dinámicos, ya que cambian con el paso del tiempo y en distintas áreas geográficas; b) son construcciones sociales y no biológicas, lo que implica que estos ejes de desigualdad no tienen nada que ver con nuestra biología, sino que son debidos a procesos sociales; c) son sistemas que implican relaciones de poder y dominación: un grupo ejerce el poder sobre otro, lo que hace que los distintos grupos tengan intereses no solo distintos, sino antagónicos, ya que los privilegios de las personas que tienen el poder están directamente relacionados con la falta de privilegios por parte de los grupos que no lo ostentan; y d) tienen sentido tanto a nivel estructural o macro (de la sociedad) como a nivel psicosocial o micro (referido a las personas en su vida diaria).

Es importante recordar que los ejes de desigualdad no actúan independientemente, sino que existe interseccionalidad entre ellos. Así, a pesar de que las mujeres suelen tener peor salud que los hombres, al tener en cuenta otros ejes como la clase social se observan otros patrones como que una mujer de clase privilegiada tenga mejor salud que un hombre de clase trabajadora.

Los *determinantes intermedios* incluyen los recursos materiales, como son las condiciones de empleo (contrato precario o trabajo informal) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial); el trabajo no remunerado del hogar o trabajo doméstico y los cuidados de las personas; el nivel de ingresos y la situación económica; la disponibilidad, calidad y equipamientos de la vivienda, y el barrio o área de residencia y sus características. Estos recursos, junto con la posición en la estructura social, tienen un impacto en la salud, influyendo en procesos psicosociales como la falta de autoestima, el control emocional, el afrontamiento de situaciones de estrés, y en las conductas o estilos de vida que condicionan la salud (consumo de tabaco, alcohol,

actividad física, etc.). Finalmente, los servicios sanitarios también son uno de los determinantes intermedios.

Hay que señalar que otros modelos conceptuales incluyen entre los determinantes sociales de la salud temas como los relacionados con el medioambiente o el colonialismo (Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, 2019).

5. Desigualdades en salud y servicios de salud

La cobertura de la asistencia sanitaria y la calidad de los servicios de salud constituyen algunos de los principales indicadores de bienestar social. Los servicios sanitarios adecuados son esenciales para preservar el derecho a la salud, de modo que el acceso a los mismos debería ser universal y equitativo (Borrell; Pasarín, 2024). Las barreras de acceso a los servicios de salud pueden ser de varios tipos, siendo una de ellas carecer de la tarjeta sanitaria o un documento acreditativo necesario para poder acceder. Pero hay que tener en cuenta que existen otras barreras. La barrera geográfica, que es consecuencia de que los servicios de salud pueden no estar equitativamente distribuidos en el territorio. La barrera económica, debida a pagos necesarios para usar algunos servicios como, por ejemplo, la odontología. Las barreras cultural y educativa, referidas, por ejemplo, a las dificultades que encuentran las personas inmigrantes de países de renta baja cuando van a los servicios de salud, las dificultades de las personas de grupos socialmente en desventaja cuando se les atiende con actitudes que no favorecen una atención de calidad, o la dificultad de acceso a programas de prevención y educación sanitaria. Finalmente, las barreras digitales, ya que no toda la población tiene acceso a los sistemas informáticos, barrera que es importante actualmente ya que la telemedicina se ha implantado de forma frecuente a partir de la pandemia de la COVID-19.

Ejemplos del impacto de estas barreras son las personas inmigrantes que no tienen acceso a un agente de salud que ayude a interaccionar con el sistema de salud, las personas mayores con pocos recursos que tienen atención sanitaria pero que no pueden afrontar los gastos derivados de algunos tratamientos o las cuidadoras informales que tienen problemas de salud derivados de la sobrecarga de atención a una persona enferma que no tiene acceso a ayudas suficientes para su cuidado.

Las barreras de acceso mencionadas están relacionadas con la financiación de los servicios sanitarios y también con su cobertura y organización. La financiación de los servicios es importante porque determina la disponibilidad de los servicios y el acceso a los mismos. Además, los mecanismos de financiación están relacionados con el grado de protección financiera frente a los grandes costes de la enfermedad. Los sistemas de financiación basados en los impuestos generales suelen ser más progresivos (paga más quien dispone de más renta). El acceso a los servicios sanitarios según nivel de renta o según clase social suele ser más equitativo y si la cobertura es universal, existe protección financiera para toda la población, en caso de enfermedad. En el otro extremo, la financiación privada suele ser regresiva, y tanto el acceso a los servicios sanitarios como a la protección financiera en caso de enfermedad suele ser un privilegio de las personas de clases aventajadas.

Los países que tienen una organización de los sistemas de salud con más orientación a la Atención Primaria tienen mejores indicadores de salud de la población y menores desigualdades en salud, además de tener menores costes totales de los servicios sanitarios; por tanto, son más eficaces, eficientes y equitativos. El informe de la OMS sobre la salud en el mundo 2008 subrayó el fortalecimiento de la Atención Primaria como una estrategia fundamental para responder de forma eficaz a las necesidades de toda la población (OMS, 2008).

La mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), excepto EE. UU., tienen cobertura sanitaria prácticamente universal financiada mayoritariamente a través de impuestos directos o a través de la seguridad

social. A pesar de ello, algunos estudios comparativos evidencian que la utilización de los servicios de atención especializada es más elevada por parte de las personas con mayor renta cuando se tiene en cuenta el nivel de salud (OECD, 2019). Estas desigualdades son menos evidentes en el caso de la utilización de los servicios de atención primaria y desaparecen en las hospitalizaciones. En el caso concreto de nuestro país, las personas de menor renta incluso utilizan más los servicios de atención primaria. Este hecho está relacionado con la capacidad de la población de mayor renta de utilizar servicios privados y también de saberse mover más fácilmente por los servicios de salud (p. ej., consiguiendo citas con profesionales especializados sin pasar por la Atención Primaria). La utilización de servicios de odontología también es mayor por parte de las personas con más renta, hecho relacionado con la exclusión de la atención dental de la financiación pública en la mayoría de los países.

6. La justicia como fundamento ético del acceso al cuidado de la salud

El concepto de justicia es complejo: presenta diversas dimensiones –ética, jurídica, política– que hacen referencia tanto a una virtud moral como a una garantía para la convivencia, y ha recobrado vigencia desde la aparición en 1971 de *Una teoría de la justicia* de John Rawls (Rawls, 1979). En su defensa de la justicia como equidad (*fairness*) interesa destacar, de una parte, la consideración de que la ciudadanía es capaz de participar en la cooperación social porque posee un sentido de la justicia y una idea del bien. Este aspecto debe completarse con la exigencia de universalidad subjetiva –intercambio de roles y consideración igual de todas las personas afectadas– y el carácter universal de la justicia, formulada por las teorías del discurso como pretensión de corrección o justicia en cualquier discurso ético y jurídico (Habermas, 1987a y 1987b; Apel, 1991; Alexy, 2016), que brota de una razón cordial o compasiva, capaz de indignarse ante la injusticia y conmoverse ante el sufrimiento (Cortina, 2010).

De otra parte, Rawls sostiene que la sociedad debe garantizar a todas las personas un conjunto de libertades básicas iguales que hagan posible la igualdad de oportunidades, compatible con una distribución desigual de los bienes sociales que solo es justa si se orienta a mejorar la situación de las personas y los grupos menos favorecidos, de acuerdo con el principio de diferencia. Finalmente, es preciso tener en cuenta la dimensión estructural de la justicia; es decir, la justicia no depende única ni primariamente de individuos justos o de la justicia entendida como virtud individual, sino de una configuración justa de las instituciones sociales. Esta perspectiva afirma que ciertas desigualdades en salud son resultado, precisamente, de la injusticia estructural, mediante la cual algunos grupos de personas son privados de la posibilidad de ejercer sus libertades o capacidades a causa de ciertos procesos sociales originados por un conjunto de factores que no son atribuibles a individuos o políticas concretos (Young, 2011). En consecuencia, eliminar las desigualdades en salud exige distintas acciones, y no únicamente sanitarias, pues el acceso a un sistema de salud de calidad y la cobertura sanitaria universales son condiciones indispensables, pero no suficientes, para acabar con dichas desigualdades y alcanzar la equidad en salud (Fernández Ruiz-Gálvez, 2019).

La perspectiva de los determinantes sociales de la salud (Lema Añón, 2020) apunta, precisamente, a la injusticia estructural, que exige modificar no solo las condiciones de vida, sino también las estructuras sociales que originan las desigualdades y corregir la distribución inequitativa del poder, el dinero y los recursos. En este marco, además de establecer criterios de justa igualdad de oportunidades y compensación de las diferencias, es preciso incluir un elemento que promueva el florecimiento de los seres humanos mediante el desarrollo libre de sus proyectos personales en ejercicio de sus capacidades, entre ellas la salud en sus distintas dimensiones.

De acuerdo con lo expuesto, la finalidad de la intervención jurídica y política para corregir las desigualdades en salud debería ser proporcionar a la ciudadanía los medios y las condiciones necesarios para tener una opción realista en orden a poder elegir lo que considere más valioso y actuar en consecuencia. Una noción ética y política

apropiada es la ya mencionada capacidad de salud, concebida como capacidad combinada: capacidades internas de la persona junto con condiciones externas adecuadas, con margen de libertad para que cada persona defina su bien y lo persiga en un contexto de igualdad de oportunidades y pueda mantener y asegurar a lo largo del tiempo el ejercicio de dichas capacidades (Wolff, 2012). De este modo, la salud se configura como una de las capacidades básicas, conectada con otras capacidades que permiten garantizar una vida humana digna. Y libertad e igualdad aparecen como valores y principios fundamentales e irrenunciables de la justicia en salud, con un doble objetivo: eliminar las desigualdades inequitativas en salud y garantizar la capacidad de salud.

Resta una cuestión. La reflexión sobre la justicia y la universalidad del acceso a la asistencia y al sistema de salud atiende a la dimensión distributiva de la justicia, es decir, a la correcta asignación de beneficios y cargas. Esta apelación a la justicia distributiva es correcta, pero incompleta, pues es indispensable analizar también las condiciones institucionales necesarias para el desarrollo y ejercicio de las capacidades individuales, condiciones que están vinculadas a la justicia como reconocimiento. Más aún, el reconocimiento debe ser previo a la distribución, pues permite la inclusión de todas las personas, mejora la justificación de la distribución y refuerza la participación y la representación, propias de la dimensión política de la justicia (Fraser, 2008); es decir, garantiza en mayor medida la universalidad subjetiva, sin exclusiones injustificadas. Por ello, las categorías normativas centrales de la justicia como reconocimiento no son la identidad, la distribución equitativa o la igualdad, sino la dignidad y el respeto, entendidas como condición necesaria para las relaciones intersubjetivas justas y remedio a la cosificación o instrumentalización de las personas y su tratamiento como mercancías u objetos intercambiables (Honneth, 2010).

La justicia como reconocimiento atiende sobre todo a la dimensión intersubjetiva del reconocimiento, que afirma la necesidad de ser reconocido por los demás para completar la identidad y reconocerse a uno mismo, y dentro de sus tres niveles se remite al reconocimiento jurídico y los derechos. A diferencia de los dos niveles restantes –el

amor y la solidaridad o estima social—, el reconocimiento jurídico tiene un mayor grado de exigibilidad y un carácter universal y categórico: todos los seres humanos, por el mero hecho de serlo, al margen de sus cualidades individuales, merecen el reconocimiento y el respeto de sus derechos. En consecuencia, cualquier exclusión o desposesión de los derechos representa una forma de menosprecio que debe calificarse como injusta (Honneth, 1997).

7. La salud como derecho

La Constitución española (CE) reconoce el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de garantizarla a través de diversas vías: educativas, preventivas, asistenciales, estableciendo un parámetro de constitucionalidad para su regulación y garantía. El carácter relacional de las capacidades básicas se reproduce también en el ámbito de los derechos. Aun cuando no le otorga la condición de derecho fundamental, el derecho a la protección de la salud está relacionado estrechamente con otros derechos fundamentales, en particular el derecho a la vida y el derecho a la integridad física, reconocidos por el artículo 15 CE a todas las personas sin excepción, singularmente en materia de cobertura sanitaria y acceso al SNS.¹

En el ámbito internacional, la consideración de la salud como derecho aparece ya en la *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (OMS, 1946) de un modo triplemente interesante: no se refiere únicamente al reconocimiento del derecho, sino a su goce o disfrute en un grado máximo; califica la salud como derecho fundamental; e incide en su carácter universal, propio de todo ser humano sin que quepa discriminación.

¹ Cf. Sentencia del Tribunal Constitucional 139/2016, de 21 de julio, fundamento jurídico (FJ) 10 y, sobre todo, el voto particular formulado por el Magistrado don Fernando Valdés Dal-Ré, al que se adhiere la Magistrada doña Adela Asúa Batarrita, que subraya dicha conexión instrumental entre el derecho a la protección de la salud y los derechos fundamentales a la vida y la integridad (apartado II.2) con apoyo en jurisprudencia constitucional precedente: Autos del Tribunal Constitucional 239/2012, de 12 de diciembre, FJ 5; 114/2014, de 8 de abril, FJ 8; y 54/2016, de 1 de marzo, FJ 5.

También a nivel global aparece en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948), cuyo artículo 25 afirma: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.”

Más relevante desde la perspectiva de su exigibilidad normativa es el artículo 12.1 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (1966), que constituye la expresión más comprehensiva del Derecho internacional de los derechos humanos: “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”. Desde la concepción de la salud sostenida en este documento ha de vincularse al artículo precedente (art. 11.1), que reconoce “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuada para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. [...]”.

Para concretar el alcance del derecho a la salud del artículo 12 del Pacto resulta indispensable la *Observación general Nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (2000), quizás el documento que con mayor concreción y claridad define el alcance de salud desde la perspectiva de la justicia. Comienza con una afirmación rotunda: “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos” (punto 1), precisando después que el derecho a la salud “está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos [...], en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud” (punto 3), ratificando la conexión de la dimensión individual con la dimensión contextual y los determinantes sociales de la salud. Así lo confirma después, calificándolo como “un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los

principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.” (punto 11).

La Observación general matiza el significado del derecho a la salud en un sentido relevante a los efectos de este documento, aclarando que “no debe entenderse como un derecho a estar *sano* [*healthy*]. El derecho a la salud entraña libertades y derechos [..., y] entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.” (punto 8). Y proporciona una completa lista de instrumentos jurídicos internacionales y regionales sobre la cuestión.²

Asimismo, ha de mencionarse el *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina)* del Consejo de Europa (1997), que dedica su artículo 3 al acceso equitativo a los beneficios de la sanidad y establece que los Estados parte –en este caso, España–, “teniendo en cuenta las

² “Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos (2), así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales (3).” En relación con los tratados internacionales de derechos humanos, actualmente habría que añadir la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006).

necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada.” El *Informe explicativo* del Convenio ratifica dicha obligación y afirma que el objetivo es asegurar el acceso equitativo al cuidado de la salud de acuerdo con las necesidades médicas de la persona (apartado 24). En este contexto equitativo significa, ante todo, la ausencia de discriminación injustificada; y aunque no es sinónimo de igualdad absoluta, el acceso equitativo implica la obtención efectiva de un grado satisfactorio de atención (apartado 25).

La *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* (2016) reconoce y ampara también un derecho a la protección de la salud: “Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.” (artículo 35). Además de su relación con el derecho a la vida (artículo 2) y el derecho a la integridad física y psíquica (artículo 3), el derecho a la protección de la salud se vincula y completa con “el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez [...]” (artículo 34.1). El reconocimiento y respeto de todos estos derechos establece limitaciones al legislador nacional en el momento de determinar su alcance y nivel de protección (artículos 52 y 53).

En el ámbito internacional pueden añadirse, por último, algunas referencias presentes en la Exposición de Motivos del Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud: la resolución 67/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 12 de diciembre de 2012; la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 25 de septiembre de 2015 que aprueba la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible con sus 17 objetivos, en concreto los objetivos 3 y 10; y el Pilar europeo de derechos sociales (2017), en particular el principio 16.

A modo de recapitulación cobra sentido mencionar el documento de la OMS *Avanzar en el derecho a la salud: el papel vital del Derecho*, que comienza reiterando que “el derecho a la salud es un derecho humano fundamental que resulta indispensable para el bienestar humano, el buen funcionamiento de las sociedades y la economía para poder ejercer todos los restantes derechos humanos. Sin un nivel básico de salud, para las personas puede ser difícil, o incluso imposible, trabajar, asistir a la escuela para recibir educación, disfrutar del tiempo libre, participar plenamente en sociedad y ejercer otras libertades básicas” (World Health Organization, 2017). Y para garantizar la salud individual y colectiva, afirma que cada vez resulta más importante el papel del Derecho y de marcos jurídicos robustos que ofrezcan seguridad y justicia como los de un Estado de Derecho (art. 1.1 CE), toda vez que la aprobación de una norma jurídica como el Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud reforzaría la eficacia de la garantía de la salud a través de su fuerza normativa obligatoria, al tratarse de un instrumento legislativo de ámbito estatal.

8. El acceso universal a la protección de la salud como una cuestión de justicia y como derecho

La combinación de las distintas dimensiones de la justicia con la noción más básica de capacidad de salud y su traducción jurídica como derecho permite establecer dos niveles de acción ética, jurídica y política: la garantía de mínimos de atención sanitaria y social, y la promoción y ayuda para el desarrollo de la salud y el bienestar en un nivel más amplio (Seoane, 2024).

Nivel 1. *Obligaciones básicas o nucleares*. La ausencia de cobertura o la imposibilidad de acceso al sistema no solo lesiona la salud y la integridad física de la persona a causa de la enfermedad, el sufrimiento o el dolor, sino que incluye también situaciones de humillación y explotación que atentan contra la propia dignidad,

fundamento de los derechos. En este nivel, propio de la justicia como reconocimiento, se protegen valores básicos con carácter categórico y derechos de rango constitucional, exigibles jurídicamente, cuyo régimen de protección puede ser desarrollado legislativamente y, en su caso, reglamentariamente.

Cada Estado debería garantizar un mínimo de protección de la salud, que se concreta en: a) disponibilidad: que debe alcanzar a toda la población; b) accesibilidad: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y accesibilidad informativa; c) aceptabilidad: que satisfaga los estándares de la ética médica profesional y también las diferencias culturales; d) calidad: aceptabilidad científica y médica; preparación profesional, medios técnicos, etc. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000, punto 12).

Nivel 2. *Fines de realización progresiva*. Este nivel remite a la justicia distributiva y se traduce en derechos desarrollados legislativa o reglamentariamente y dependientes del contexto socioeconómico y de las decisiones sobre la distribución en el marco del proceso político y la deliberación cívica.

Aunque no sea posible resolver todas las desigualdades en salud, sí cabe diferenciar estos dos niveles para garantizar un umbral o nivel básico mínimo por debajo del cual la falta de cobertura y asistencia sanitaria vulneraría la dignidad y lesionaría varios derechos de las personas afectadas. El objetivo no es que todas las personas tengan la misma salud, sino que tengan un nivel de salud suficiente para una vida buena (Fourie; Rid (ed.), 2017; Powers; Faden, 2006), incluyendo en el primer nivel la garantía del acceso universal o la universalidad de acceso al SNS que constituyen el objeto del Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud o de otras iniciativas legislativas semejantes, combinado con un segundo nivel referido a otros recursos y posibilidades que permiten un desarrollo de la salud, en un sentido amplio y global, como espacio de promoción de la vida de las personas.

Por tanto, la universalidad equitativa del nivel 1 (obligaciones básicas o nucleares) debe ser interpretada en un doble sentido. De una parte, en un sentido subjetivo,

referido a cualquier persona, sin más condición, como destinataria de la obligación y titular del derecho a la protección de la salud. De otra, en un sentido territorial, de modo que las diferencias legislativas o de política sanitaria de las entidades y organismos infraestatales –p. ej., comunidades autónomas o municipios– competentes no originen una desigualdad de trato que impida la garantía eficaz en todo el territorio español de ese mínimo suficiente en materia de acceso, cobertura sanitaria y cartera común de servicios del SNS.

Finalmente, han de tenerse presentes tres circunstancias (Deutscher Ethikrat, 2011) significativas al definir el alcance de ambos niveles desde una perspectiva de la justicia. 1) La irreversibilidad de ciertas decisiones de salud impide una redistribución posterior de bienes no fungibles ni intercambiables (vida, integridad, salud), que no pueden ser tratados como objetos o meros medios, pues no se garantiza la dignidad. 2) Aunque la escasez o insuficiencia de recursos no permite satisfacer todas las necesidades simultáneamente, la perspectiva de los derechos concede especial relevancia a la igualdad de oportunidades. 3) Las políticas que priman la eficiencia (perspectiva economicista de maximización de beneficios), que se basan en criterios de mayorías (perspectiva utilitarista), que atienden exclusivamente a las consecuencias (perspectiva consecuencialista) o que olvidan la dimensión social y prestacional de la atención de la salud (perspectiva libertaria) pueden lesionar derechos individuales.

Algunas de estas perspectivas podrían ser admisibles en el nivel 2, pero siempre que no se rebase el umbral fijado en el nivel 1 para las obligaciones básicas o nucleares, entre las que indudablemente aparece la universalidad y equidad en el acceso al SNS.

9. La regulación jurídica del derecho a la asistencia sanitaria y el acceso al Sistema Nacional de Salud

La organización del modelo actual del SNS en España parte de la aprobación de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) en el año 1986, en desarrollo del artículo 43 de la Constitución española de 1978. Se trata de un modelo de derechos y fundado en la justicia, en sustitución del sistema anterior, de carácter contributivo, vigente desde la Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad, y de los modelos previos basados en la beneficencia.

El sistema situó en primer término la necesidad de garantizar la asistencia sanitaria más allá de las personas trabajadoras y sus familias, creando un derecho a la asistencia sanitaria que se extendía a todas las personas que habitasen en nuestro país. La normativa elaborada posteriormente, básicamente la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo: LCCSNS) y la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011, de 4 de octubre: LGSP), extendió esos derechos de manera efectiva a la población migrante, que poseían la misma tarjeta sanitaria que el resto de la población, con independencia de su situación administrativa.

No obstante, la situación cambió ostensiblemente en 2012, a raíz de la aprobación 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 (RD-L 16/2012), que introdujo una vinculación estricta entre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria y la contribución a la Seguridad Social, limitando el acceso de personas extranjeras a este derecho en aras de mejorar la solvencia y viabilidad del sistema, reflejando este cambio a través de la modificación del artículo 3 de la mencionada LCCSNS y de la adición de dos nuevos artículos, 3 bis y 3 ter LCCSNS.

En 2018, el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (RD-L 7/2018), puso fin a este escenario, proclamando en su

preámbulo la vuelta a la cobertura universal con el objetivo explícito de “garantizar la universalidad de la asistencia, es decir, [...] 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 [...] 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”, y modificando para ello los mencionados artículos 3, 3 bis y 3 ter LCCSNS.

El retorno al acceso universal a la asistencia sanitaria instaurado por el RD-I 7/2018 no ha sido tal en la práctica por la confluencia de un factor territorial y un factor personal: el tratamiento normativo diferenciado entre las comunidades autónomas y entre personas con nacionalidad o permiso de residencia y personas en situación irregular en cuanto al reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria.

En el periodo transcurrido entre 2012 y 2018 se aprobó una abundante normativa autonómica destinada, en buena medida, a impedir la aplicación de las políticas restrictivas del RD-I 16/2012 referidas a las personas en situación irregular o sin permiso de residencia. Un resultado indeseado ha sido un marco normativo fragmentado y con diferencias sustanciales entre las comunidades autónomas con repercusiones negativas en la garantía de la universalidad, introduciendo distintos niveles de reconocimiento de la titularidad del derecho a la asistencia entre personas con nacionalidad o permiso de residencia y personas en situación irregular y estableciendo barreras difíciles de superar para las personas en situación de especial o extrema vulnerabilidad, destinatarias concretas de la reforma derivada del RD-I 7/2018. En suma, un escenario con problemas de equidad y seguridad jurídica que ha introducido en el sistema de salud “tintes de beneficencia que no son propios de un sistema nacional de salud ni de una lógica de la salud como derecho” (Yo Sí Sanidad Universal, 2022).

En este contexto surge el Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud (24 de mayo de 2024),³ causa y objeto de este informe, seguido recientemente por el Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (28 de junio de 2024),⁴ ambos precedidos por un intento frustrado con finalidad análoga: el Proyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, de 24 de junio de 2022.⁵

10. Una lectura ética del Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud

Desde una perspectiva ética, ¿qué debe exigirse al Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud? Además del cumplimiento de las exigencias propias del procedimiento legislativo (cf. apartado III de la Exposición de Motivos), la búsqueda y consecución de un fin éticamente valioso, en este caso la garantía de la universalidad del SNS, en particular del acceso y la cobertura sanitaria, y la coherencia y adecuación de los medios para el logro de dicho fin. El apartado I de la Exposición de Motivos del Proyecto de Ley describe esto con mayor detalle: “Esta norma dispone medidas para la consolidación de los principios de equidad y universalidad del SNS. Para ello, se amplía la cobertura sanitaria del SNS a nuevos colectivos, se recupera la cartera común de

³ Cf. Proyecto de Ley 121/000021. Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*. Congreso de los Diputados, XV Legislatura, Serie A: Proyectos de Ley, núm. 21-1, 24 de mayo de 2024, pp. 1-16. https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-21-1.PDF.

⁴ Cf. Proyecto de Ley 121/000029. Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud de universalidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*. Congreso de los Diputados, XV Legislatura, Serie A: Proyectos de Ley, núm. 29-1, 28 de junio de 2024, pp. 1-18. https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-29-1.PDF.

⁵ Cf. Proyecto de Ley 121/000110. Proyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*. Congreso de los Diputados, XIV Legislatura, Serie A: Proyectos de Ley, núm. 110-1, 24 de junio de 2022, pp. 1-28. https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/A/BOCG-14-A-110-1.PDF.

servicios única del SNS, se clarifican y concretan sus prestaciones y se evita que puedan introducirse nuevos copagos. Con ello, se espera facilitar el desarrollo de unas políticas públicas de salud más eficaces y eficientes y abordar de forma integrada las necesidades de protección de la salud de la población, de modo que los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos, actuales y futuros, tengan respuestas apropiadas.”.

En otras palabras, corresponde a este Proyecto de Ley –en rigor, a la ley resultante del proceso legislativo– confirmar que el acceso y la protección de la salud son una cuestión de justicia y que el significado ético de la justicia equivale a justicia real y efectiva para todas las personas en condiciones básicas de libertad e igualdad, revalidando las tres dimensiones de corrección de las normas jurídicas: legalidad, legitimidad y eficacia.

Esta perspectiva refuerza el vínculo expresado entre la capacidad de salud y la importancia del Derecho para su protección, aspecto que debe tomar muy en consideración el Proyecto de Ley. Poder vivir dentro de los límites del Derecho, respetarlo y cumplirlo, al igual que poder conocer y comprender nuestras obligaciones y derechos en un sistema jurídico accesible e inteligible, son condiciones y capacidades básicas para una vida buena y satisfactoria (Wolff; de-Shalit, 2007). Por tanto, cuando no existe legislación o cuando la legislación existente no es clara, es ineficaz para lograr los objetivos perseguidos o contradice los valores básicos que deberían fundamentarla, pueden darse situaciones límite en las que las personas afectadas –los y las profesionales de la salud y las personas usuarias–, para evitar el daño en valores y capacidades básicas como la salud, individual y colectiva, deban actuar al margen del Derecho para proteger dichos valores y capacidades.

Esto supone asumir una responsabilidad moral y un compromiso con los valores de la salud y la justicia. Exige una implicación en los procesos de deliberación cívica, en la que será preciso tener en cuenta la posible manipulación de las emociones en los discursos públicos o su instrumentalización política.

La garantía del acceso universal o la universalidad de acceso al SNS que constituye el objeto del Proyecto de Ley tiene que ser concebida como una obligación básica y nuclear (nivel 1) y, en consecuencia, su reconocimiento y su eficacia deben extenderse a todas las personas. La universalidad equitativa en el acceso debe interpretarse tanto en sentido subjetivo o personal (cualquier persona sin discriminación, sea por razones sociales, económicas, demográficas, de nacionalidad, de residencia, de situación administrativa o cualesquiera otras) como en sentido territorial, para asegurar la cobertura mínima y el acceso en igualdad de condiciones en todo el territorio nacional. En este sentido, es importante que esta reforma legislativa asegure el derecho a la asistencia sanitaria a todas las personas residentes en España con independencia de la comunidad autónoma o el municipio en el que residan o de sus condiciones sociales. No hacerlo así significaría primar la eficiencia sobre la justicia, otorgar primacía a la mayoría, marginar a las minorías, lesionar derechos individuales e ignorar la dimensión social y prestacional de los derechos, así como negar la relevancia de la universalidad o universalizabilidad como criterio de corrección moral (Kant, 1996).

La responsabilidad ética y política de eliminar las desigualdades en salud y garantizar la universalidad del acceso al sistema sanitario y social y del cuidado de la salud corresponde a los poderes públicos, como expresión de su compromiso con el Estado social y democrático de Derecho, los valores de la libertad, la igualdad y la justicia, y la defensa de los derechos. Dicha responsabilidad –en este caso para los poderes ejecutivo y legislativo– no se agota con la presentación de un proyecto de ley ni, en su caso, con su aprobación y ejecución; los poderes públicos tienen, asimismo, la obligación de mantener y mejorar el sistema sanitario y social para hacer posible la protección integral de la salud de toda la población, la realización continuada de los valores éticos y el cumplimiento de los objetivos señalados.

Con todo, la responsabilidad ética no es patrimonio exclusivo de los poderes públicos, sino que concierne a toda la ciudadanía, que es responsable de contribuir a la eliminación de las desigualdades, a la garantía de la libertad, la igualdad y la justicia, y a

la defensa de los derechos. Asimismo, la ciudadanía, bien en su condición de persona usuaria, bien en la de profesional, es responsable de contribuir al mantenimiento y el buen uso del sistema de salud para facilitar la realización continuada de los valores éticos en juego y el logro de los objetivos señalados.

11. Conclusiones

- Las desigualdades en salud son una cuestión de justicia que obedece a problemas sistémicos y condicionantes sociales, políticos y económicos.
- La justicia en materia de salud está condicionada por los determinantes sociales de la salud, que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.
- El contexto socioeconómico y político y los distintos ejes de desigualdad –la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio de procedencia y/o de residencia– configuran la estratificación social y determinan las estructuras y distribución del poder, influyendo en las oportunidades para tener una buena salud.
- Garantizar un mínimo de capacidad de salud exige eliminar las desigualdades en salud injustas o inequitativas, esto es, las diferencias de salud entre individuos o grupos de población que son sistemáticas, producidas socialmente y generadoras de diferencias en el desarrollo de los proyectos de vida.
- La respuesta ética, jurídica y política a las desigualdades en salud exige una perspectiva integradora y global, coherente con el carácter pluridimensional de la salud, de las medidas necesarias para garantizarla y de las necesidades y características de las personas que acceden a los servicios sociales y sanitarios para su cuidado.

- El derecho a la asistencia sanitaria y el acceso al SNS forman parte de un modelo diseñado por la Ley General de Sanidad (1986), en desarrollo del artículo 43 de la Constitución española de 1978. Se trata de un modelo de derechos fundado en la justicia, que sustituye el modelo contributivo y el modelo basado en la beneficencia que lo precedían.
- La cobertura sanitaria universal y el acceso universal al SNS no han sido garantizados ni en su versión inicial (1986) ni mediante la aprobación de leyes posteriores que extendían el ámbito de protección: Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003) y Ley General de Salud Pública (2011). La reforma de 2012 acentuó esta deficiencia y redujo la universalidad al introducir matices del modelo contributivo. Tampoco la reforma de 2018 ha podido garantizar la mencionada universalidad, que se ha visto perjudicada por la profusión y variedad normativa de las comunidades autónomas, añadiendo a la desigualdad por razones subjetivas la desigualdad por razones territoriales. En suma, un escenario de desigualdades en salud con problemas de equidad y seguridad jurídica incompatibles con un genuino modelo de derechos.
- La salud es necesaria no solo para nuestra subsistencia, sino también para el desarrollo de una vida digna y satisfactoria. Ha de ser concebida como una capacidad humana básica resultado de la interacción de factores y capacidades internas del individuo con factores contextuales y condiciones externas; es decir, una capacidad combinada que exige, en el plano ético, libertad de decisión y agencia y un contexto de igualdad de oportunidades.
- Al margen de la salud, la justicia es el principal valor a considerar en el análisis del acceso universal al sistema de salud, tanto en su dimensión ética como en sus dimensiones jurídica y política.
- No obstante, la justicia no es el único bien o valor presente, pues coexiste con y está influido por otros como la dignidad, la libertad, la igualdad, la integridad personal o la seguridad, que son elementos esenciales de los catálogos de derechos humanos y de derechos y libertades fundamentales.

- La justicia exige un conjunto de libertades básicas iguales para poder ejercer individualmente nuestra capacidad de salud, así como eliminar las injusticias estructurales, puesto que no depende únicamente del comportamiento virtuoso o justo de los individuos, sino de la configuración justa de las instituciones sociales, que en ocasiones privan a grupos de individuos del ejercicio de sus capacidades, libertades y derechos.
- La injusticia estructural y los determinantes sociales de la salud confirman que la eliminación de las desigualdades en salud exige acciones indispensables de carácter sanitario y social, como el acceso universal a un sistema sanitario y social de calidad, y al mismo tiempo recuerdan que estas acciones son insuficientes para lograr la justicia o equidad en salud si no van acompañadas de acciones complementarias que modifiquen la estructura social y la distribución inequitativa del poder y los recursos.
- La finalidad de la intervención ética, jurídica y política en materia de salud debería apuntar a un doble objetivo: eliminar las desigualdades inequitativas en salud y garantizar la capacidad de salud.
- La cobertura universal del cuidado de la salud y el acceso universal al sistema sanitario y social necesitan tomar en consideración dos perspectivas de la justicia. En primer lugar, la justicia como reconocimiento, que presta atención al respeto de la dignidad de todas las personas y a evitar su instrumentalización o cosificación, pues exige la inclusión de todas las personas, refuerza su participación y representación y mejora la distribución. En segundo lugar, la justicia distributiva, que reparte proporcionalmente bienes y cargas, pero solamente tras haber universalizado la inclusión y participación de todas las personas mediante su reconocimiento.
- Disponer de un nivel básico de salud es imprescindible para educarse, trabajar, disfrutar del tiempo libre, participar plenamente en sociedad y ejercer otras libertades básicas. Por consiguiente, la protección de la salud ha sido considerada

- un derecho a nivel nacional e internacional, estrechamente vinculado con otros derechos, en particular los derechos fundamentales a la vida y a la integridad.
- La garantía de la salud individual y colectiva exige diversas medidas, entre ellas un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud; en otras palabras, un sistema que incluya el acceso universal.
 - Una herramienta decisiva para garantizar la salud individual y colectiva es el modelo del Estado de Derecho, dentro del cual debe desarrollarse y consolidarse un marco jurídico robusto que ofrezca justicia, seguridad y eficacia mediante la aprobación de normas jurídicas adecuadas. En el Estado social y democrático de Derecho español, este sería el caso del presente Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud, un instrumento jurídico apropiado para lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso universal al sistema de salud.
 - De acuerdo con la consideración de la salud como derecho y los dos niveles de justicia indicados –reconocimiento y distribución–, cualquier propuesta jurídica que pretenda eliminar o reducir las desigualdades en salud debe tener presente la posibilidad de distinguir dos niveles de intervención, pues el objetivo no es que todas las personas tengan el mismo nivel de salud, sino que todas gocen de un nivel de salud suficiente para una vida buena. El nivel 1, propio de la justicia como reconocimiento, regula las obligaciones básicas o nucleares y garantiza con carácter categórico la protección de valores básicos como la dignidad, la salud y la integridad –y la vida– mediante el reconocimiento de derechos de rango constitucional, exigibles jurídicamente, y su desarrollo legislativo y, en su caso, reglamentario. El nivel 2, propio de la justicia distributiva, se refiere a los fines de realización progresiva, y alude a obligaciones y derechos establecidos legislativa o reglamentariamente dependientes del contexto socioeconómico y de las decisiones cívicas y políticas sobre la distribución.
 - La garantía del acceso universal o la universalidad de acceso al SNS que constituyen el objeto del Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional

de Salud pertenecen al nivel 1 y, en consecuencia, su reconocimiento y eficacia deben extenderse a todas las personas. La universalidad equitativa en el acceso debe interpretarse tanto en sentido subjetivo o personal (cualquier persona sin discriminación, sea por razones sociales, económicas, demográficas, de nacionalidad, de residencia, de situación administrativa o cualesquiera otras) como en sentido territorial, para asegurar la cobertura mínima y el acceso en igualdad de condiciones en todo el territorio nacional. No hacerlo así significaría primar la eficiencia sobre la justicia, otorgar primacía a la mayoría, marginar a las minorías, lesionar derechos individuales, ignorar la dimensión social y prestacional de los derechos y negar la relevancia de la universalidad o universalizabilidad como criterio de corrección moral.

- Los poderes públicos tienen la responsabilidad ética y política de eliminar las desigualdades en salud y garantizar la universalidad del acceso al sistema sanitario y social y del cuidado de la salud, como expresión de su compromiso con el Estado social y democrático de Derecho, los valores de la libertad, la igualdad y la justicia, y la defensa de los derechos. Asimismo, tienen la obligación de mantener y mejorar el sistema sanitario y social para hacer posible la protección integral de la salud, la realización continuada de los valores éticos y el cumplimiento de los objetivos antes señalados.
- La ciudadanía tiene la responsabilidad de contribuir a la eliminación de las desigualdades, a la garantía de la libertad, la igualdad y la justicia, y a la defensa de los derechos mediante la deliberación pública. Es asimismo responsabilidad de la ciudadanía, bien en su condición de persona usuaria, bien en la de profesional, contribuir al mantenimiento y el buen uso del sistema sanitario y social para facilitar la realización de los valores éticos en juego y el logro de los objetivos señalados.

12. Bibliografía

Alexy, R. (2016). *La institucionalización de la justicia* (J. A. Seoane, E. R. Sodero, P. Rodríguez, A. Ballesteros, trad.). 3ª edición ampliada. Granada: Comares.

Apel, K.O. (1991). *Teoría de la verdad y ética del discurso* (N. Smilg, trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada en 1988).

Borrell, C.; Artazcoz, L. (2008). Las políticas para reducir las desigualdades en salud. *Gac Sanit* 22 (5): 465-73.

Borrell, C.; Pasarín, M. I. (2024). Desigualdades sociales en salud. En Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F.; Gené Badia, J. (ed.). *Atención Primaria*. 9ª ed. (capítulo 14). Elsevier.

Cofiño Fernández, R. (2013). Tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético. *Aten Primaria* 45 (3): 127-8.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit* 26 (2): 182-9.

_____ (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España*. Madrid. [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Propuesta Politiclas Reducir Desigualdades.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Propuesta_Politiclas_Reducir_Desigualdades.pdf).

Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44084>.

Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas (2019). *Sociedades justas. Equidad en la salud y vida digna*. Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51615>.

Cortina, A. (2010). *Justicia cordial*. Madrid: Trotta.

Daniels, N. (2007). *Just health: Meeting health needs fairly*. New York: Cambridge University Press.

Deutscher Ethikrat (2011). *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung*. Berlin: Deutscher Ethikrat. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnA_Ilo-Aufl2_Online.pdf.

Fernández Ruiz-Gálvez, E. (2019). La salud como capacidad global y el reto de la equidad. *Derechos y Libertades* 41: 83-115.

Fourie, C.; Rid, A. (ed.) (2017). *What is enough? Sufficiency, justice, and health*. Oxford: Oxford University Press.

Fraser, N. (2008). *Escalas de justicia* (A. Martínez Riu, trad.). Barcelona: Herder. (Obra original publicada en 2008).

Habermas, J. (1987a). *Teoría de la acción comunicativa, I. Racionalidad de la acción y racionalización social* (M. Jiménez Redondo, trad.). Madrid: Taurus. (Obra original publicada en 1981).

Habermas, J. (1987b). *Teoría de la acción comunicativa, II. Crítica de la razón funcionalista* (M. Jiménez Redondo, trad.). Madrid: Taurus. (Obra original publicada en 1981).

Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales* (M. Ballester, trad.; G. Vilar, rev.). Barcelona: Crítica. (Obra original publicada en 1992).

Honneth, A. (2010). *Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social* (J. Romeu Labayen, trad.). Buenos Aires: Katz. (Obra original publicada en 2009).

Kant, I. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (J. Mardomingo, trad.). Barcelona: Ariel. (Obra original publicada en 1785).

Krieger, N. (2020). Measures of racism, sexism, heterosexism, and gender binarism for health equity research: from structural injustice to embodied harm – an ecosocial

analysis. *Annu Rev Public Health* 41: 37-62. [epub 2019 Nov 25].
<https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-publhealth-040119-094017>.

Lema Añón, C. (2020). La revolución de los determinantes sociales de la salud: determinantes sociales y desigualdad. *Anuario de Filosofía del Derecho* 36: 289-317.

Nussbaum, M. C. (2012). *Crear capacidades. Propuestas para el desarrollo humano* (A Santos Mosquera, trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada en 2011).

OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2019). *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*. Paris: OECD Health Policy Studies-OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-for-everyone_3c8385d0-en.html.

Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>.

_____ (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: OMS-POS-IMSERSO.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf

_____ (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf;jsessionid=5806CAF95A88360E115F38D8657F413E?sequence=1.

Powers, M.; Faden, R. (2006). *Social justice. The moral foundations of public health and health policy*. New York: Oxford University Press.

Rawls, J. (1979). *Teoría de la justicia* (M. D. González, trad.). Madrid: Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1971).

Ruger, J. P. (2018). *Global health justice and governance*. Oxford-New York: Oxford University Press.

Sen, A. (2011). *La idea de la justicia* (H. Valencia Villa, trad.). Barcelona: Taurus. (Obra original publicada en 2009).

Seoane, J.-A. (2024). A rights-based theory for health justice. En Seoane JA, Vergara O (ed.), *The discourse of biorights. European perspectives* (1-19). Cham: Springer.

Venkatapuram, S. (2011). *Health justice. An argument from the capabilities approach*. London: Polity.

Walzer, M. (1993). *Las esferas de la justicia: una defensa del pluralismo y la igualdad* (H. Rubio, trad.). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1983).

Whitehead M (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 22: 429-45.

Whitehead, M.; Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). Studies on social and economic determinants of population health, nº 2*. Copenhagen: World Health Organization.

Wolff, J. (2012). *The human right to health*. New York: Norton.

Wolff, J.; de-Shalit, A. (2007). *Disadvantage*. Oxford: Oxford University Press.

World Health Organization (2017). *Advancing the right to health: the vital role of law*. <https://iris.who.int/handle/10665/252815>.

Yo Sí Sanidad Universal (2022). *El derecho a la asistencia sanitaria en las comunidades autónomas: Un derecho hecho pedazos*. 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.

Young, I. M. (2011). *Responsabilidad por la justicia* (C. Mimiaga Bremón, R. Filella Escolá, trad.). Madrid-A Coruña: Morata-Fundación Paideia Galiza. (Obra original publicada en 2011).