Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

CAPÍTULO 5

EL DERECHO A LA SALUD Y SU UNIVERSALIDAD EN EL CONTEXTO DEL DERECHO ESPAÑOL[1]

Ana María Marcos del Cano y Fernando Pinto Palacios*

I. Aclaraciones terminológicas

En nuestro contexto más cercano se comienza a cuestionar la protección y garantía que el Estado otorga universalmente del derecho a la asistencia sanitaria. En cambio, en los países más subdesarrollados lo que está en juego es la vulneración del derecho a la salud, entendiendo la salud en el sentido más amplio de bienestar, incluyendo para su medición los niveles de pobreza, de desigualdad y las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad a muy temprana edad.[2]

1 Este trabajo está realizado en el marco del Proyecto de Investigación de I+D financiado en convocatoria pública por el Ministerio de Economía y Hacienda del Gobierno de España DER 2013-41462-R. Véase la página web: www.derechoshumanosybioetica.org

* Catedrática acreditada de Filosofía del Derecho, Facultad de Derecho UNED. amarcos@der.uned.es. Magistrado, Doctor en Derecho por la UNED. fpintopalacios@gmail.com

2 También es cierto que, si consultamos los últimos datos de la OCDE sobre nuestro país, las desigualdades y los niveles de malnutrición infantil están llegando a límites alarmantes que pueden influir no sólo en la salud actual de los niños/as sino, lo que agrava el problema, en su futuro. Datos de la OCDE sobre España: "la tasa de pobreza infantil subió en 3 puntos porcentuales a 21% (la media de la OCDE es de 13%) y la tasa de pobreza entre los jóvenes registró un salto de cinco puntos". Véase en: http://www.oecd.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

Se perfila así ya la diferencia de contenido entre el derecho a la salud y el derecho a la asistencia sanitaria. El primero tiene que ver más con la definición de la salud que da la Organización Mundial de la Salud. "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades",[3] más relacionado con las condiciones económicas, sociales, culturales, de salubridad, de higiene, de alimentación y de educación y no sólo con cuestiones sanitarias. Mientras que el derecho a la asistencia sanitaria se circunscribe más a los aspectos clínicos y no tiene en cuenta los elementos socioeconómicos que pueden influir en tal derecho.

La mayoría de las Constituciones recogen el derecho a la protección de la salud en este último sentido. Así se hace en la Constitución Española de 1978 que establece que la financiación del Sistema Nacional de Salud Pública corre a cargo de los presupuestos generales del Estado, la provisión de los servicios es eminentemente pública y gratuita en el momento del uso, garantizando de ese modo su universalidad. Así fue también en las primeras Constituciones, como la de Querétaro en México en 1917 y la de Weimar en Alemania en 1919. Y es que a lo largo de la breve historia del derecho a la salud han tenido lugar dos modelos de protección de la salud: uno, el modelo de Seguridad Social y otro, el modelo propio del Sistema Nacional de Salud. El primero se basa en las cotizaciones obligatorias de los trabajadores, constituyendo así un fondo de seguro que los cubre a ellos y a sus familias, restringiendo su protección a un sector de la sociedad y negando su universalidad. El segundo modelo parte de que la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria corresponde a todos los habitantes del país.

Sin embargo, la normativa internacional presenta una concepción amplia del derecho a la salud. La Carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud en 1948 en el art. 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos del mismo año y art. 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 y su desarrollo en la Observación General número 14[4] comprenden este derecho como un derecho universal y en su senti-

org/spain/OECD-SocietyAtaGlance2014-Highlights-Spain.pdf (consultada el 10 de junio de 2015).

3 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, núm. 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

4 A mayor abundamiento podemos señalar los artículos 11, 13 y 19.2 de la Carta Social Europea; artículos 31.3 y 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

do más totalizador e integrador de dimensiones diferentes a las estrictamente clínicas, conectado con otros derechos, como el de la educación, el de la vivienda, el del trabajo, etcétera.[5] Tiene gran importancia en la actualidad el Protocolo Facultativo del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado en Nueva York el 10 de diciembre de 2008, el cual entró en vigor en mayo de 2013.[6] Su relevancia radica en que este instrumento es fundamental en la evaluación y supervisión del respeto a tales derechos, entre ellos, el de la salud, por los Estados parte, permitiendo la presentación de quejas ante Naciones Unidas por vulneraciones y recordando la exigibilidad de estos derechos, aunque no deje de aumentar, incluso en nuestro país.[7] Además en esta comprensión del derecho a la salud como derecho humano hay que tomar en consideración los informes presentados ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), así como las recomendaciones al Estado Parte en forma de observaciones finales. Este Comité ha interpretado este derecho a la salud como un derecho inclusivo, en el que incluye la atención sanitaria, además del acceso al agua potable, el suministro adecuado de alimentos en buen estado, una vivienda digna... Esta diferenciación ha llevado a hablar de una concepción reduccionista a los que asimilan el derecho a la salud a la asistencia sanitaria, entendiendo la concepción amplia del derecho a la salud como aquella que integra elementos socioeconómicos y no meramente la asistencia sanitaria. Un tercer sector lo entiende como el derecho a la protección a la salud, puesto que no se puede exigir delimitar un contenido material de lo que es salud.[8]

---

5 La publicación de Informe Lolande en los años 70 sobre los factores que se asociaban a la salud de los canadienses, marcó una nueva concepción de la misma, al enumerar los elementos que la afectaban: la biología humana, el entorno físico y social en el que las personas viven y trabajan, los estilos de vida, y los servicios sanitarios: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/faq-eng.php; Determinantes sociales de la Salud de la OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf; véanse los videos sobre el derecho a la salud como derecho humano: http://www.determinantesdesalud.org/noticia/2013-10-31/videos-de-la-jornada-comprendiendo-el-derecho-humano-a-la-salud/

6 En BOE, 25 de febrero de 2013.

7 Ver el Informe del Defensor del Pueblo 2014, pp. 296-321.

8 Carlos Lema Añón, "¿Es posible un derecho a la protección de la salud? Las propuestas negadoras", *Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas*, núm. 2, vol. XI, p. 69-70. Véase Rafael Junquera, "El derecho a la salud: la información al paciente", en Narciso Martínez Morán, Ana Mª Marcos del Cano, Rafael Junquera de Estéfani, *Derechos humanos. Problemas actuales*, vol. II, Madrid, Univeritas, 2013, pp. 1037-1053.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

Siendo esto así, no deja de resultar llamativo que la gran mayoría –por no decir la totalidad– de la bibliografía existente sobre el derecho a la salud haga referencia a países en vías de desarrollo. En efecto, hasta hace poco tiempo el estudio sobre el derecho a la salud venía motivado por los preocupantes informes que publica regularmente la Organización Mundial de la Salud en los que se pone de manifiesto las grandes desigualdades existentes entre países ricos y pobres. A partir de los años 2013 y 2014 empiezan a aparecer en nuestro país algunas referencias sobre la materia precisamente en el momento en que se palpan en la sociedad –y, especialmente, en determinados colectivos– las consecuencias de la crisis económica y de las medidas de austeridad aplicadas por el Gobierno de España que han supuesto un recorte presupuestario para el Estado del 13,7% en 2012 y del 16,2% en 2013.[9] En el ámbito sanitario, se aplican medidas de gran calado que implican, entre otros aspectos, la expulsión del sistema sanitario público de un determinado colectivo especialmente vulnerable, los inmigrantes irregulares, como más adelante analizaremos. Este giro copernicano del sistema nos arroja cuestiones que obligan a una reflexión profunda. ¿Qué involución se está produciendo en el Estado social y democrático de Derecho cuya legitimidad viene dada precisamente por la protección de los derechos más básicos del individuo? ¿Puede la sostenibilidad económica del sistema prevalecer sobre los derechos individuales que, con gran esfuerzo, han logrado colocarse en la cúspide jerárquica del ordenamiento jurídico? ¿Se puede dar la regresividad en la garantía de los derechos sociales? ¿Qué cambios se están produciendo para que tengamos que reflexionar sobre categorías que ya creíamos consolidadas como derechos sociales en el ordenamiento jurídico?

Mckee y Stuckler, tal vez dos de los investigadores que más profundamente han estudiado el proceso de cambio en los sistemas sanitarios europeos en los últimos años, describen con claridad las tácticas empleadas en la estrategia de asalto al universalismo de los derechos:

> "1º Crear un grupo fácilmente identificable de pobres perezosos.
>
> 2º Establecer un sistema en que los ricos vean poco beneficio en seguir perteneciendo a él, puesto que sus impuestos a quienes benefician es precisamente a los miembros del grupo anterior.
>
> 3º Menoscabar el papel de los sindicatos.

[9] Helena Legido-Quigley *et al.*, "Erosion of universal health coverage in Spain", *The Lancet*, vol. 382, núm. 9909, 2013, p. 1977. Véase en general, Ana Mª Marcos del Cano, "Ética, salud y derechos", en Ana Rosa Martín Minguijón y Remedios Morán Martín, coords., *Seguridad, extranjería y otros derechos*, Madrid, Iustel, 2016, pp. 777-792.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

4º Hacerlo de la manera más discreta posible, estableciendo políticas cuyas implicaciones sean poco claras y cuyos efectos se verán únicamente en el futuro".[10]

Esta última opción parece que es la materializada en España a través del *Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, que ha retirado la tarjeta sanitaria –entre otros– a los inmigrantes que carecen de permiso de residencia y trabajo a través de la modificación del artículo 12 de la *Ley Orgánica de Derechos y Libertades de los extranjeros en España y su integración social.*[11] Desde un punto de vista jurídico, ha sido unánime la crítica a esta norma por la técnica normativa empleada por cuanto un Real Decreto-Ley solo se debe utilizar "en caso de extraordinaria y urgente necesidad" (artículo 86 CE) lo que, desde luego, no concurría en una reforma de tal naturaleza. Y, desde un punto de vista social, suponía dejar sin asistencia sanitaria a más de 800.000 personas poniendo en tela de juicio los fundamentos más básicos de nuestro Estado social y democrático de Derecho. Las consecuencias más graves no se han dejado esperar: en el año 2013 los medios de comunicación informaron del fallecimiento de un inmigrante senegalés aquejado de tuberculosis por no disponer de ningún tipo de identificación que le diera acceso a asistencia sanitaria.[12] Según el informe del SESPAS de 2014, esta situación está provocando "un impacto en la salud mental y algunos indicios de un aumento en las barreras de acceso a los servicios de salud".[13]

El 17 de Septiembre de 2015, la *Red española de Denuncia y Resistencia contra el Real Decreto-Ley 16/2012 – REDER*[14] – integrada por más de 300 organizaciones sociales y asociaciones profesionales, presentó el informe basado en los más

10 Sergio Minué Lorenzo, "Enfermedad y exclusión social: de la salud como derecho a la salud como mercancía", *Eidon*, Fundación Ciencias de la Salud, núm. 42, 2014, pp. 14-30.

11 Este precepto contemplaba el derecho, con carácter general, de los extranjeros que se encontraban en España a la asistencia sanitaria con independencia de su situación administrativa, si bien en la práctica se les exigía la inscripción en el padrón municipal. Véase con carácter general, Ana Mª Marcos del Cano, "Minorías étnicas y derechos humanos", en G. Peces-Barba (ed.), *Historia general de los derechos humanos del siglo XX*, vol. V, Ed. Dykinson, Madrid, 2014, pp. 815-858.

12 Véase "Médicos del mundo denuncia la primera muerte por negar sanidad a los «sin papeles»", en: http://www.elmundo.es/elmundo/2013/05/03/espana/1367595025.html (consultado 24 de agosto de 2015).

13 M. L. Vázquez *et al.*, "Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014", *Gaceta Sanitaria*, núm. 28, suplemento 1, 2014, cap. 22.

14 Véase http://www.reder162012.org/

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

de 1500 casos que las distintas organizaciones y plataformas de la red han estado registrando durante el periodo comprendido entre enero de 2014 y Julio de 2015.

Entre las principales conclusiones de este informe se incluyen las siguientes:

- La población inmigrante en situación irregular es la que sufre de manera más desproporcionada los efectos de la exclusión. Sin embargo, también se ve afectado un amplio porcentaje de personas con ciudadanía comunitaria y escasos recursos.
- La desinformación, tanto de los propios afectados como del personal administrativo de los centros de salud, constituye un factor agravante de la exclusión y una clara vulneración de derechos.
- La vulneración de las excepciones previstas en el propio RDL (embarazadas, menores, urgencias) es sistemática.
- La protección ofrecida a las personas solicitantes de asilo y víctimas de trata es claramente insuficiente.
- La desprotección absoluta de los ascendientes reagrupados, y por tanto en situación legal, a quienes se les deniega el derecho a la asistencia sanitaria.
- La ineficacia y asimetría de una legislación autonómica parcheada con la creación de sub-sistemas de atención "para pobres" que niegan la igualdad de derechos.

Asimismo en el Informe FOESSA 2014[15] sostiene como indicadores de que se intuye un cambio de modelo en nuestros sistemas de bienestar social (un cambio de mentalidad y de conciencia al final), un balance del estado actual de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) en la Unión Europea tendría los siguientes rasgos:

- Conciencia insuficiente por parte de ciudadanos, organismos judiciales y funcionarios públicos de que las prestaciones sociales están vinculadas a derechos sociales y derechos humanos.
- Son muy escasos o prácticamente inexistentes los mecanismos de justiciabilidad que posibiliten la defensa de derechos sociales.

15 Véase en FOESSA (Fundación de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada) http://www.foessa2014.es/informe/

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

- Se han producido modificaciones en los sistemas de bienestar social a peor en lo relativo a la intensidad de su protección.
- La menor existencia de recursos unida a la entrada de la lógica de mercado está afectando de una manera más directa a los segmentos más vulnerables de la población.

Con estos datos y análisis anteriormente expuestos, la finalidad de este trabajo es reflexionar sobre los fundamentos jurídicos y éticos de la universalidad del derecho a la salud. Para ello, examinaremos la naturaleza jurídica filosófico jurídica y constitucional de este derecho (si es una norma programática, si se trata más bien de un derecho de prestación, etc.). Esto nos permitirá, finalmente, adentrarnos en la problemática jurídica concreta del derecho a la salud de los extranjeros en España y, especialmente, de la población inmigrante que se encuentra en situación irregular.

II. Naturaleza filosófico-jurídica del derecho a la salud

Desde el punto de vista jurídico el derecho a la salud implica una doble vertiente: negativa y positiva. Desde el punto de vista negativo, este derecho implica la abstención por parte de terceros para garantizar su respeto. Se considera el derecho a la salud como un derecho individual propiamente dicho. El Estado está obligado a impedir que se atente contra la integridad física de las personas, pero en principio, no obliga a procurar una asistencia sanitaria. Así fue en sus orígenes, en el siglo XVIII, en las primeras declaraciones de derechos. Desde el punto de vista positivo, el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria aparece recogido en las primeras Constituciones de principios del siglo XX. De ahí que la consideración del derecho social como derecho prestacional no deje de ser polémica, estos derechos son más bien de carácter complejo. Como afirman Abramovich y Courtis en su obra *Los derechos sociales como derechos exigibles,*[16] la adscripción de un derecho al catálogo de los derechos civiles y políticos o al de los derechos sociales económicos y culturales, tiene más bien un valor heurístico, ordenatorio, clasificatorio, pero que una conceptualización más rigurosa basada sobre el carácter de las obligaciones que cada derecho genera llevaría a

[16] Vid. Víctor Abramovich y Christian Courtis, *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Madrid, Trotta, 2002.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

admitir un *continuum de* derechos, en el que el lugar de cada derecho esté determinado por el peso simbólico del componente de obligaciones positivas o negativas que lo caracterizan.

Según estos autores, el derecho a la salud presenta dos perfiles delimitables: el primero, integrado por algunas obligaciones tendentes a evitar que la salud sea dañada, ya sea por conductas de terceros –Estado u otros particulares– (obligaciones negativas), o por factores controlables, tales como epidemias, prevenir enfermedades evitables, a través de campañas de vacunación– (obligaciones positivas). El segundo perfil es el de las obligaciones tendentes a asegurar la asistencia médica una vez producida la afectación a la salud denominadas habitualmente como "derecho a la asistencia sanitaria", cuyo contenido implica la complejísima tarea de planificación y previsión de recursos presupuestarios necesarios para llevar a cabo la satisfacción de los requerimientos de salud correspondientes a toda la población.[17]

Las distintas posiciones acerca de la naturaleza jurídica del derecho a la salud se podrían reagrupar en las siguientes:

a) Se trata de un derecho de prestación, es decir, son derechos subsidiarios, no son para todos, sino sólo para aquellos que los necesitan. Si es así se niega toda pretensión de universalidad.[18] Esta posición además no advierte de que el derecho a la salud además contiene otras dimensiones que no son prestacionales. Si bien se puede entender que los derechos sociales son prestacionales y por lo tanto para grupos diferenciados y que no son para todos, no es así en el caso del derecho a la protección de la salud que sí es para todos. ¿Quién se sale de este marco de protección? ¿Hay alguien que no necesite que se le proteja su salud? Se trata de un derecho de ciudadanía y no como una prestación que depende de un aseguramiento aunque este sea público. Sobre todo, si tenemos en cuenta que nuestro Sistema Nacional de Salud se financia con los impuestos de todos. Luego todos estamos ya incluidos y se puede hablar de universalidad del derecho.

---

17 Víctor Abramovich y Christian Courtis, "El derecho a la asistencia sanitaria como derecho exigible", *La Ley*, 2001, t. D, pp. 22-29.

18 Carlos Lema Añón, *Salud, justicia, derechos. El derecho a la salud como derecho social*, Madrid, Dykinson, Instituto de Derechos Humanos Fray Bartolomé de las Casas, Universidad Carlos III de Madrid, 2009, p. 346.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

b) Que se trata de una norma programática. De aquí se deriva que el derecho a la salud establecería simplemente las directivas de acción para el legislador ordinario, pero que no son accionables, que no se pueden hacer valer en juicio. Son las normas impropias porque en sí mismas no llevan implícita la coercibilidad, es decir, la posibilidad de que el Estado las haga efectivas aquí y ahora de un modo coactivo y tampoco pueden alegarse ante los órganos jurisdiccionales. Se trata entonces de principios informadores o "rectores de la política social" como dice nuestra Constitución, pero que no se trata de derechos subjetivos.

c) Derecho a la salud como necesidad. El derecho a la protección de la salud se configura como un derecho básico del individuo porque protege un bien primario, una necesidad básica, cuya privación le impedirá al sujeto ser dueño de sí mismo, desarrollarse como persona y como ciudadano. La idea de necesidad básica constituiría de ese modo un parámetro para valorar los obstáculos económicos y sociales reales para el ejercicio de la libertad individual y permite reflexionar y planificar los medios para su remoción. No obstante, el concepto de necesidad no deja de ser problemático. Así, por ejemplo, algunos autores desde la teoría liberal pretenden reducir la necesidad a los deseos o caprichos individuales.[19] Las necesidades de las que se habla aquí en la protección al derecho a la salud no pueden estar sujetas a estados de ánimo que pueden ser volubles, sino que requieren una objetividad, cual es la enfermedad o el riesgo de caer en ella. Las necesidades de las que aquí se habla no son ni preferencias ni deseos ni están sujetas a los dictados del interés personal. Las necesidades que fundamentan los derechos sociales son hechos objetivos, mensurables y constatables por cuanto son elementos fundamentales de la relación del individuo con el medio que le rodea y sus condiciones de vida.[20]

d) Derecho social propiamente dicho. Los derechos sociales se caracterizan por involucrar un espectro de obligaciones estatales. Siempre ha sido polémica su definición. Desde una perspectiva clásica se entiende que su carácter social proviene de dos planos: uno, el subjetivo, el dere-

---

19 José Martínez de Pisón, "El derecho a la salud: un derecho social esencial", *Derechos y Libertades*, núm. 14, época II, enero 2006, pp. 120. Véase en relación con el final de la vida, Ana Mª Marcos del Cano, (ed.), *Voluntades anticipadas*, Madrid, Dykinson, 2014.

20 María José Añón Roig, *Necesidades y derechos: un ensayo de fundamentación*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1994, p. 20.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

cho social proviene del derecho de cada ciudadano a participar en los beneficios de la vida asociada, el cual se refleja en derechos específicos a determinadas prestaciones, directas o indirectas, de parte de los poderes públicos. El segundo, el objetivo que es el conjunto de normas a través de las cuales el Estado lleva a la práctica su función equilibradora y moderadora de las desigualdades sociales. En cualquier caso, son derechos que exigen prestaciones del Estado; se trata de un imperativo ético por parte del Estado, para satisfacer necesidades básicas de los individuos. Además, el derecho de asistencia sanitaria no se puede considerar única y exclusivamente de la persona, pues tiene un componente social, en la prevención y defensa de la salud pública en sí misma.

e) Derecho a la salud como derecho universal. Algunos autores sostienen la imposibilidad de declarar los derechos sociales (incluyendo el derecho a la protección a la salud entre ellos) como derechos universales porque están directamente vinculados a las políticas sociales y económicas de los gobiernos, no permitiendo su igual atribución a todos los hombres. Por otro lado, algunos alegan que si predicáramos de los derechos sociales su universalidad se produciría una contradicción interna, pues esa universalización mantendría inalteradas las desigualdades reales, diferencias cuya corrección constituye la justificación de la existencia de los derechos.[21]

La cuestión en definitiva es si los poderes públicos están vinculados a garantizar su protección de un modo universal. Aunque en principio está incluido en la Constitución Española como principio rector de la política social, ello no obsta para incluirlo en el marco de los derechos subjetivos exigibles, pues afecta directamente a un derecho fundamental, por la vía de la afectación directa al art. 15 de la CE y los poderes públicos tienen la obligación positiva de velar por la concreción de esos principios y su garantía de un modo universal. Y es que una de las finalidades de los servicios de salud es garantizar la salud de toda la ciudadanía, pero no como una prestación del Estado a los ciudadanos sino que hay que poner de manifiesto que quien paga no es el Estado, sino que son los ciudadanos que contribuyen a que ellos mismos u otros ciudadanos reciban esa cobertura prestacional. El paraguas asistencial se debe ampliar hasta cubrir a toda la

21 Benito de Castro Cid, "Estado social y crisis de los derechos económicos, sociales y culturales", *Derechos y Libertades*, núm. 6, 1998, p. 22.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

población, incluidos los que todavía no los necesitan, pero que está presente como posibilidad en el horizonte vital de todos los ciudadanos. La universalidad concierne a su titularidad, no a su ejercicio. Como también no se puede asumir como argumento para el incumplimiento del derecho a la protección de la salud, la ausencia de recursos económicos. El mismo Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido que para "que cada Estado parte pueda atribuir su falta de cumplimiento de las obligaciones mínimas por falta de recursos disponibles, debe demostrar que ha realizado todo esfuerzo para satisfacer, con carácter prioritario, estas obligaciones mínimas. Además no basta con que los Estados demuestren la existencia de recursos limitados, tienen que evidenciar un uso eficaz, equitativo y oportuno de esos recursos".[22]

Sin embargo, algunos autores fundamentan la no universalidad de los derechos sociales en lo siguiente:

a) Por un lado, los que entienden que al hacerlos universales estaríamos tratando igual a los desiguales lo que implicaría una vulneración del principio de justicia de la equidad. Sin embargo, hay que tener en cuenta el sistema general de prestaciones públicas. Y si hay un sistema impositivo justo (progresivo) no hay en principio problema para que todos se beneficien por igual de derechos y prestaciones como es por ejemplo, el derecho a la asistencia sanitaria.
b) Los derechos sociales son derechos específicos y de grupo. En su origen, sí son específicos, pero entenderlos como diferenciados atenta contra su esencia como derechos. Es verdad que el origen de los derechos sociales históricamente apareció como derechos de grupo, como los derechos de las clases subalternas y en particular de la clase obrera, producto de las luchas políticas vinculadas con lo que se llamó la "cuestión social". Sin embargo, esto más que una especificación de sus titulares, fue una ampliación de los derechos humanos a otros grupos sociales, que aunque las declaraciones liberales establecían la universalidad de los derechos, habían quedado excluidos.

22 Ahora con la nueva "política" que está comenzando en España, se ve cómo los partidos políticos que comienzan a gobernar después de las elecciones del 24-M priorizan entre sus propuestas la sanidad pública o aspectos incluidos en otros derechos sociales. Véase por ejemplo: Andalucía prepara un anteproyecto para evitar copagos en Sanidad, http://www.actasanitaria.com/andalucia-aprueba-un-anteproyecto-de-ley-que-descarta-copagos/ (consultada el 24 de junio de 2015).

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

De todos modos, aunque ese fuera su origen histórico, no significa por ello que los derechos sociales hayan quedado atrapados en ese rol. Pensemos por ejemplo, que en su origen, el derecho a la protección de la salud apareció vinculado como un derecho de grupo, como un derecho de los trabajadores, en lo que se conoce como el modelo de seguridad social. Y así se financiaba con las aportaciones de los trabajadores en forma de seguro, lo que hacía que los beneficiarios del sistema fueran los trabajadores y sus familias. Sin embargo, el modelo más propio del Estado social hoy es el modelo del Sistema Nacional de Salud en el que el derecho a la protección de la salud se extiende a toda la población, financiándose por los presupuestos generales del Estado. Es decir, lo que surgió como un derecho de grupo se extendió a toda la población y nos da muestra del carácter progresivo de los derechos sociales y de la imposibilidad de su regresividad. Y aunque evidentemente haya derechos sociales para grupos específicos como pueden ser las mujeres, los niños, los emigrantes, ello no obsta para que se pueda predicar la titularidad universal de los derechos sociales. En unos casos se extenderá a todos los seres humanos y en otros se extenderá a un grupo especificado.

Además, actualmente no se puede entender el derecho a la protección a la salud como un derecho de grupo, porque ¿quiénes constituirían ese grupo, todos los pobres? ¿Todos los excluidos? ¿Todos los inmigrantes? Estaríamos alejándonos del paradigma de la *universalidad* para incluirnos en el paradigma de la *beneficencia* (de nuevo regresividad), vulnerando todos Tratados internacionales (*vid. supra)* en los que aparece este derecho recogido, aparte de estigmatizar a todos aquellos que por sus especiales circunstancias no puedan satisfacer dicho derecho por sus propios medios.

Y es que en el campo de los derechos sociales como el derecho a la protección a la salud es muy importante no sólo la forma en que se distribuye, sino también en cómo se produce ese bien. Es decir, esos bienes han de ser producidos socialmente, sino queremos que adquieran la forma de mercancías. Es necesaria la desmercantilización del derecho a la asistencia sanitaria. La salud o la educación no pueden ser intercambiables, tampoco podemos fomentar la idea de ganadores y competidores y tampoco la de ganadores y perdedores. Se considera que la forma lógica de obtener dicho producto (asistencia sanitaria en nuestro caso) es en el mercado y subsidiariamente entraría el Estado.[23]

---

23 María José Añón Roig, "Derechos sociales: inconsistencias de una visión compartimentada", en Eusebio García, Rafael de Asís Roig, Francisco Javier Ansuástegui Roig, coords., *Estudios en homenaje al profesor Peces-Barba*, Madrid, Dykinson, 2008, p. 21.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

Concluyendo diríamos que si hablamos del derecho a la asistencia sanitaria, su protección y garantía está tan vinculada al derecho a la vida y a la integridad física y psíquica que se debe predicar del mismo su universalidad. No es igual el derecho a la salud, por afectar directamente a la vida, que el derecho a una vivienda, o que el derecho al matrimonio, o que el derecho a la huelga y a la sindicación, todos ellos derechos sociales. Veamos a continuación su problemática en la teoría jurídica constitucional.

III. Naturaleza jurídico-constitucional del derecho a la salud

El derecho a la protección de la salud está contemplado en el artículo 43 CE. Se trata de un precepto que tiene un triple contenido: 1) reconoce el "derecho a la protección de la salud"; 2) establece la obligación de los "poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios", debiendo la ley establecer "los derechos y deberes de todos al respecto"; y 3) determina la obligación de los poderes públicos de fomentar la "educación sanitaria, física y el deporte", facilitando "la adecuada utilización del ocio".

El artículo 43 CE se enmarca dentro de la regulación de los "principios rectores de la política social y económica" contemplados en el Capítulo III del Título I de la Constitución española. Estos preceptos que consagran la llamada "Constitución social española"[24] tienen un contenido muy heterogéneo en el que se puede distinguir "normas programáticas" y "otros enunciados normativos" entre los que destacan los "mandatos de legislar", "normas de igualdad" y "garantías institucionales".[25] La finalidad de los preceptos era "evitar un retroceso en la realización del Estado social"[26] pues cualquier modificación del status quo socioeconómico debía efectuarse en la dirección establecida por la Constitución.

---

24 José María Rodríguez de Santiago, *La administración del Estado social*, Madrid-Barcelona, Marcial Pons, 2007.

25 Javier Jiménez Campo, *Derechos fundamentales. Concepto y garantías*, Madrid, Trotta, 1999.

26 Jorge de Esteban Alonso y Luis María López Guerra, *El régimen constitucional español*, Barcelona, Labor, 1980, pp. 346 y 347.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

La discusión doctrinal acerca de estos principios se ha centrado en determinar su eficacia jurídica. En este sentido, el artículo 53.3 CE establece que "el reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo III informará la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos", añadiendo que "solo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen". Dicho precepto ha llevado a la doctrina preguntarse si, efectivamente, los derechos reconocidos en estos preceptos pueden ser considerados *strictu sensu* como derechos fundamentales.

La doctrina dominante considera que estos preceptos no reconocen auténticos derechos fundamentales. En efecto, la eficacia jurídica otorgada por el constituyente les ha privado de las notas características de esta categoría. Así, en primer lugar, no son directamente exigibles ante los poderes públicos pues requieren de *interpositio legislatoris*, es decir, de un adecuado desarrollo legislativo que establece la forma, características y eficacia de tales derechos. Y, en segundo lugar, no son indisponibles para el legislador pues, al margen del contenido mínimo establecido por el constituyente, su configuración depende sustancialmente de las leyes de desarrollo. Desde este punto de vista, la doctrina ha llegado a afirmar que la utilización del término "derechos" –como, por ejemplo, en el artículo 43 o 47 CE– se efectúa de manera impropia.[27] De igual manera, se ha sostenido que el nacimiento de los "derechos" existentes en el Capítulo III del Título I depende de las leyes de desarrollo pues el intérprete no puede reconocer en aquéllos ningún derecho subjetivo vinculante para el legislador.[28]

A pesar de la eficacia limitada de estos "derechos", no se puede marginar su importancia e identificarlos sin más con los llamados derechos sociales y culturales. La prudencia constitucional aconsejó que aquellos principios objetivos sociales y culturales cuya plena efectividad depende de las disponibilidades financieras se configuraran como meras directrices al legislador.[29] En esta misma línea, el Tribunal Constitucional ha manifestado que no se pueden considerar estos principios como "norma sin contenido" pues "obliga a tenerlos presentes en la interpretación tanto de las restantes normas constitucionales como de las

27 Óscar Alzaga Villaamil, *Derecho político español según la Constitución de 1978*, Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces, 2012, t. II.

28 Javier Jiménez Campo, "Artículo 53. Protección de los derechos fundamentales", en Óscar Alzaga Villaamil, coord., *Comentarios a la Constitución española de 1978*, Madrid, Cortes Generales-Editoriales de Derecho Reunidas, 1996, t. IV, pp. 439-529.

29 Luis María Díez-Picazo, *Sistema de derechos fundamentales*, 3ª edición, Navarra, Thomson-Civitas, 2008.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

leyes" (STC 19/1982, de 5 de mayo, FJ 6º). De igual manera, ha reconocido el carácter normativo de los principios rectores de acuerdo con los artículos 9.1 CE y 5.1 LOPJ, si bien poniendo de manifiesto las singularidades derivadas de su específica naturaleza. En esta misma línea, se ha sostenido que, en realidad, la limitada eficacia del Capítulo III del Título I se limitaría a los "principios" pero no a los "derechos". De esta manera, la posibilidad de ejercitar estos derechos sociales ante los Tribunales no exigiría una previa ley de desarrollo, sino simplemente que no contradijeran las mismas.[30]

Partiendo de la explicación efectuada, debemos examinar a continuación cuál es la naturaleza jurídica del derecho a la salud –y, en consecuencia, a la asistencia sanitaria– en la Constitución española de 1978. Según lo expresado por la doctrina dominante y por el Tribunal Constitucional, el Capítulo III del Título I no reconoce derechos fundamentales. En este sentido, se ha argumentado que se trata de una norma dirigida al poder público que no tiene una dimensión subjetiva y que, por tanto, no reconoce facultades que pueden ser ejercidas directamente por los individuos.[31] El artículo 43 CE no reconocería, en principio, ningún derecho fundamental a la salud pues el contenido del mismo requiere de un posterior desarrollo legislativo. Esta tesis se apoyaría en el propio artículo 53.3 CE que establece claramente que los principios rectores "solo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen". De acuerdo con este planteamiento restrictivo, algún autor considera que la eficacia del derecho a la salud se desplegaría en los siguientes ámbitos: 1) postula una determinada política legislativa y eleva la protección de la salud a la categoría de fin del Estado; 2) posibilita la atribución y distribución de competencias normativas y de ejecución entre poder central y otros poderes territoriales del Estado; 3) permite el control constitucional de las leyes de desarrollo, tanto desde el Tribunal Constitucional como desde los Tribunales ordinarios a través de la cuestión de inconstitucionalidad; 4) tiene carácter informador del ordenamiento jurídico en términos parecidos a lo dispuesto en el Título Preliminar del Código Civil; y 5) legitima las exacciones patrimoniales coactivas de carácter específico que los poderes públicos impongan a los parti-

30 Guillermo Escobar Roca, *Derechos sociales y tutela antidiscriminatoria*, Navarra, Aranzadi, 2012.

31 Marta León Alonso, *La protección constitucional de la salud en el marco del Estado Social y Democrático de Derecho*, Salamanca, tesis doctoral, 2009. Véase Rafael Junquera, "The right to information in health care: the right to physical integrity or the right to health protection", en *Valencia University Law Study*, vol. XIX, issue 1, 2012, pp. 43-56.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

culares, así como el sostenimiento de los servicios necesarios con cargo a los ingresos públicos generales.[32]

No obstante, esta interpretación constitucional no encaja completamente con el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria. En efecto, el Capítulo III del Título I comprende un conjunto heterogéneo de normas cuya estructura, contenido y eficacia presenta importantes diferencias. Así, por ejemplo, no se puede equiparar el objetivo estatal de "salvaguardia de los derechos económicos y sociales de los trabajadores españoles en el extranjero" (artículo 42 CE) con la garantía institucional de la Seguridad Social (artículo 41 CE) o con la necesidad de "garantizar, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica de los ciudadanos durante la tercera edad" (artículo 50 CE). De igual manera, el derecho a la salud presenta unos rasgos constitucionales diferentes por cuanto su tutela está directamente relacionada con el mantenimiento del estado psicofísico del ciudadano y, en última instancia, de su vida. Desde este punto de vista, la obligación del Estado de tutelar este derecho es mucho más intensa que en otros principios rectores. En efecto, la tutela de la salud individual y, a su vez, de la pública, tiene una importancia esencial pues el mantenimiento de unas mínimas condiciones de vida es condición necesaria para el ejercicio de cualquier otro derecho fundamental. Por tal motivo, la doctrina ha sostenido que el derecho a la salud es un "principio rector subjetivado"[33] que goza de fuerza expansiva debido a sus conexiones directas e indirectas con otros derechos fundamentales de máxima relevancia como el derecho a la vida, a la integridad física o a la intimidad. En este sentido, el principio rector proyecta otras perspectivas que se pueden encuadrar en la dimensión objetiva de los derechos fundamentales.[34] Este sería el caso de los llamados "deberes de protección" que recaen sobre los poderes públicos frente a las lesiones y amenazas contra los bienes jurídicos tutelados por los derechos fundamentales. Desde este

32 Efrén Borrajo Dacruz, "Artículo 43. Protección de la salud", en Óscar Alzaga Villaamil coord., *Comentarios a la Constitución española de 1978*, Madrid, Cortes Generales-Editoriales de Derecho Reunidas, 1996, t. IV, pp. 195 y ss.

33 Salvador del Rey Guanter, "El derecho a la protección de la salud: notas sobre su entramado constitucional", *Derechos y Garantías, Revista del Instituto Fray Bartolomé de las Casas*, Madrid, núm. 6., 1998, p. 162.

34 Jorge Alguacil González-Aurioles y Fernando Reviriego Picón, "La protección de la salud en la Constitución española", en Ana Fernanda Fernández-Coronado y Salvador Pérez Álvarez, coords., *La protección de la salud en tiempos de crisis. Nuevos retos del bioderecho en una sociedad plural*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2014, pp. 11-29.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

punto de vista, se ha interpretado el derecho a la salud –al igual que el derecho a un medio ambiente (STC 119/2001, de 24 de mayo, FJ 6º)– en relación con el derecho a la vida y la integridad física.

IV. Derechos de los extranjeros

1. Clasificación de los derechos de los extranjeros: doctrina del Tribunal Constitucional

La titularidad de los derechos fundamentales por los extranjeros ha sido una cuestión ampliamente debatida por la doctrina y la jurisprudencia. El punto de partida de dicho debate es el artículo 13 CE cuando proclama que "los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley". La interpretación de este precepto por el Tribunal Constitucional ha ido evolucionando desde posiciones más apegadas a la literalidad de este precepto a posturas recientes en las que se produce una equiparación de los derechos de los extranjeros y españoles.

La jurisprudencia constitucional ha mantenido desde la temprana STC 107/1984, de 10 de abril, una clasificación tripartita de los derechos reconocidos a los extranjeros.

El primer grupo de derechos estarían vinculados a la dignidad de la persona y corresponden por igual a españoles y extranjeros por lo que no se pueden establecer diferencias de regulación entre ambos. Dentro de este grupo cabría incluir, entre otros, el derecho a la vida, a la integridad física y moral (artículo 15 CE); la libertad religiosa y ideológica (artículo 16 CE); el derecho a la libertad y a la seguridad (artículo 17 CE); el derecho al honor, la intimidad y la propia imagen (artículo 18.1 CE); libertad de expresión y de información (artículo 20 CE); el derecho a la tutela judicial efectiva (artículo 24 CE); el derecho instrumental a la asistencia jurídica gratuita (STC 95/2003, de 22 de mayo, FJ 4º); y el derecho a no ser discriminado (artículo 14 CE). Su reconocimiento a los extranjeros no se hace depender de la ley o del tratado, sino que deriva del propio texto constitucional.

El segundo grupo de derechos vendría constituido por aquellos que tienen naturaleza política y se relacionan con la participación en los asuntos públicos. La titularidad de estos derechos –que se contemplan en el artículo 23 CE– queda reservada a los españoles por imperativo del artículo 13.2 CE, "salvo lo que,

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

atendiendo a criterios de reciprocidad, pueda establecerse por tratado o ley para el derecho de sufragio activo y pasivo en las elecciones municipales".

Finalmente, el tercer grupo de derechos se integra por aquellos que pertenecerán o no a los extranjeros según lo dispongan los Tratados y las leyes, siendo entonces admisible la diferencia de trato con los españoles en cuanto a su ejercicio. Precisamente, estos derechos son los contemplados en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, reguladora de los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Sobre este tercer grupo de derechos, el legislador ostenta una notable libertad para regular su ejercicio por parte de los extranjeros, pudiendo establecer condiciones adicionales a las previstas para los españoles. No obstante, esta facultad no es absoluta, pues la regulación debe tener en cuenta, al menos, los siguientes factores enunciados en la STC 236/2007, de 7 de noviembre, FJ 4º *in fine*: 1) el grado de conexión de los concretos derechos con la garantía de la dignidad humana; 2) el contenido preceptivo del derecho, cuando éste venga reconocido a los extranjeros directamente por la Constitución; 3) el contenido delimitado para el derecho por la Constitución y los tratados internacionales; y 4) las condiciones de ejercicio establecidas por la ley deberán dirigirse a preservar otros derechos, bienes o intereses constitucionalmente protegidos y guardar adecuada proporcionalidad con la finalidad perseguida.

Entre los factores citados destaca claramente la conexión que tenga el concreto derecho con la dignidad humana, pues ésta opera como límite infranqueable por el legislador en la configuración de los derechos de los extranjeros. En este sentido, el Tribunal Constitucional ha manifestado en la STC 236/2007, FJ 3º que:

> la dignidad de la persona [...] obliga a reconocer a cualquier persona, independientemente de la situación en que se encuentre, aquellos derechos o contenidos de los mismos imprescindibles para garantizarla [...] A tales efectos, resulta decisivo el grado de conexión con la dignidad humana que mantiene un concreto derecho dado que el legislador goza de una limitada libertad de configuración [...] porque al legislar sobre ellos no podrá modular o atemperar su contenido ni por supuesto negar su ejercicio a los extranjeros, cualquiera que sea su situación.

La determinación del vínculo con la dignidad humana es un criterio interpretativo que exige partir del tipo abstracto del derecho y de los intereses en él protegidos, acudiendo para ello a la Declaración Universal de Derechos Huma-

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

nos y a los demás Tratados y Acuerdos internacionales ratificados por España sobre las mismas materias.

2. El derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros

Una vez examinada la doctrina constitucional sobre la clasificación de los derechos de los extranjeros, debemos preguntarnos en qué categoría podríamos incluir el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros. Según nuestro criterio, este derecho debería incluirse dentro del primer grupo y, por tanto, en régimen de plena igualdad con los españoles. Las razones que avalan este planteamiento serían las siguientes.

En primer lugar, existe una indudable conexión entre el derecho a la asistencia sanitaria y el derecho a la vida y a la integridad física. En efecto, si una persona está enferma y no puede acceder a las prestaciones sanitarias que le permitirían su recuperación, se está produciendo una vulneración del derecho a la integridad física y, en última instancia, del derecho a la vida. En este sentido, resulta irrelevante el reconocimiento de otros derechos fundamentales a los extranjeros –como, por ejemplo, el derecho de reunión o de asociación– pues la imposibilidad de acceder al sistema sanitario merma las capacidades físicas y psíquicas necesarias para el ejercicio de los derechos. Desde este punto de vista, se comprende que la tutela de la salud mediante el establecimiento de un sistema público y de acceso universal constituye, en última instancia, una garantía para la salvaguarda de la dignidad humana pues –en palabras del Tribunal Constitucional– supone un "mínimum invulnerable que todo estatuto jurídico debe asegurar, de modo que las limitaciones que se impongan en el disfrute de derechos individuales no conlleven un menosprecio para la estima que, en cuanto ser humano, merece la persona" (STC 57/1994, de 28 de febrero, FJ 3º).

En segundo lugar, el derecho a la asistencia sanitaria está relacionado con la "justa igualdad de oportunidades". En efecto, una persona que padece una enfermedad se encuentra en una situación de desventaja respecto de las demás lo que, a su vez, repercute en sus oportunidades de desarrollo personal. Dado que la enfermedad y la discapacidad constituyen restricciones inmerecidas que limitan las oportunidades de las personas, es necesario garantizar el acceso a la asistencia sanitaria para lograr el mantenimiento de las capacidades físicas, emocionales y cognitivas de los beneficiarios lo más próxima a la "normalidad". Se trata, en definitiva, de una aplicación del mandato de los poderes públicos de "promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

de los grupos en que se integra sean reales y efectivas" y de "remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud" (artículo 9.2 CE).

Y, en tercer lugar, el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros estaría reconocido en Tratados internacionales suscritos por España y que, por tanto, forman parte el ordenamiento jurídico interno (artículo 96.1 CE y 1.5 CC). En este sentido, se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria sin discriminación entre nacionales y extranjeros irregulares en la Declaración Universal de Derecho Humanos (artículo 25), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12), en la Carta Social Europea (parte I, apartado nº 11 y 13) y en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (artículo 35) (*vid. supra*). En esta materia, igualmente debemos destacar la Observación General nº 14 emitida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el que se afirma que "la salud es un derecho humano y fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente" y se incide en la prohibición de "toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo". Como se puede observar, se trata de compromisos internacionales adquiridos por España que no pueden ser olvidados por la normativa interna aun cuando el legislador goce de margen de maniobra en la configuración del contenido específico del derecho a la asistencia sanitaria. En cualquier caso, esta configuración legal debe respetar un mínimo contenido de tal manera que la organización de los servicios sanitarios no suponga una vulneración *de facto* de la salud de los ciudadanos al no poder ver atendidas sus demandas cuando estén relacionadas con la prevención, tratamiento, curación y rehabilitación de enfermedades.

V. La reforma sanitaria en España del año 2012: exclusión de los inmigrantes irregulares

El Real Decreto-Ley 16/2012 ha supuesto una reforma radical de la normativa sanitaria española. En efecto, desde la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad la prestación sanitaria tenía carácter universal al establecer como titulares del derecho a los españoles y extranjeros que tuvieran establecida su residencia en el territorio nacional. Dicha norma supuso un cambio decisivo por cuanto vinculó el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria a la

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

persona y no a la condición de afiliación y alta en el Sistema de la Seguridad Social. Posteriormente, la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España suavizó el requisito de la "residencia en el territorio nacional" al exigir tan solo que los extranjeros se encontrasen "inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente". La reforma de la citada norma del año 2009 confirmó la extensión de la asistencia sanitaria a los extranjeros, ya sea por su inclusión en los regímenes de la Seguridad Social, ya sea en su condición de personas sin recursos (Real Decreto 1088/1989, de 8 se septiembre). El legislador, considerando el derecho a la protección de la salud como uno de los derechos relacionados directamente con la dignidad de la persona y sabedor de la existencia de extranjeros no residentes, no regularizados o en situación irregular optaba por reconocer el derecho a la asistencia sanitaria de forma tan amplia como a los propios nacionales, con tal de que el extranjero saliese de la clandestinidad e hiciera pública su presencia.[35]

Tras la entrada en vigor de la reforma sanitaria de 2012, la titularidad del derecho a la salud deja de ser universal para estar supeditada a la condición de asegurado y, por tanto, sujeta al cumplimiento de ciertos requisitos vinculados a la participación en el mercado laboral. El artículo 3.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud limita la condición de asegurado a cuatro supuestos:

> "a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
>
> b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
>
> c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
>
> d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título".

La consecuencia de esta nueva normativa es la exclusión de todas aquellas personas no nacionales en situación administrativa irregular, es decir, a los inmigrantes "sin papeles". No obstante, la norma contempla tres excepciones: 1) la atención sanitaria de urgencia "por enfermedad grave o accidente, cualquiera

35 Ángel Luis de Val Tena, "El derecho de los extranjeros a la protección de la salud", *Revista Española de Derecho del Trabajo*, Civitas, núm. 109, 2002, pp. 45-77.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

que sea su causa, hasta la situación de alta médica"; 2) la atención sanitaria al "embarazo, parto y postparto"; y 3) los menores de dieciocho años que reciben "asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles" (artículo 3 ter Ley 16/2003).

La modificación normativa fue duramente criticada por organizaciones de la sociedad civil. En este sentido, el día 16 de mayo de 2012 se publicó una declaración conjunta de 35 organizaciones donde se reclamaba el acceso a la asistencia sanitaria como un derecho humano básico y se oponía frontalmente a la creación de un "sistema de salud paralelo" para los inmigrantes irregulares que debilitará los cimientos básicos de los derechos humanos, el derecho a la igualdad y a la no discriminación. Asimismo, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria apelaba a principios de ética profesional de los médicos que obligan a mantener una relación de confianza y no abandono con el paciente que debe prevalecer sobre la obligación de cumplimiento de la nueva normativa. De igual manera, se alertaba de los riesgos para la salud pública por la propagación de enfermedades con el consiguiente colapso de las unidades de urgencias. Por su parte, la Organización Médica Colegial recordó la obligación del médico de atender, en todo momento, a los pacientes independientemente de su situación legal (artículo 6 y 21 del Código de Deontología Médica), pudiendo acogerse a la objeción de conciencia (artículo 32.1 del Código de Deontología Médica).

Una de las finalidades de la reforma del año 2012 era reducir el gasto sanitario mediante la lucha contra el llamado "turismo sanitario" propiciado por extranjeros que acudían a España a recibir asistencia. Por tal motivo, el Real Decreto-Ley hace referencia a un concepto económico ("sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud") lo que se desarrolla en la Exposición de Motivos cuando afirma que "se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias". Partiendo de este dato, debemos preguntarnos hasta qué punto el ahorro presupuestario puede justificar la exclusión de la asistencia sanitaria a los inmigrantes irregulares. En este caso, nos encontramos ante un conflicto en el que confluyen dos intereses: 1) por un lado, el derecho a la protección de la salud –y, en consecuencia, a la asistencia sanitaria– de los extranjeros previsto en el artículo 43 CE con su innegable conexión con derechos fundamentales básicos como la vida y la integridad física; y 2) por otro lado, las medidas del Gobierno destinadas a la contención del gasto público como manifestación de su capacidad de dirección de la política interna del país (artículo 97 CE).

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

Hasta la fecha, no existe un pronunciamiento específico en esta materia por parte del Tribunal Constitucional. Sin embargo, sí debemos examinar el ATC 239/2012, de 12 de diciembre, que levanta la suspensión que pesaba sobre el Decreto del País Vasco 114/2012, de 26 de junio, que establecía la titularidad universal del derecho a la salud al extenderlo a las personas en caso de "no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título" (artículo 2.3, letra c). El Gobierno recurrió tal normativa autonómica al considerar que invadía competencias estatales en materia de sanidad (artículo 149.1.16 CE) por cuanto modificaba lo establecido la normativa aprobada en abril de 2012 que redefinía la condición de asegurado. El Tribunal Constitucional expone que el caso analizado plantea un conflicto:

> "Esa ponderación exige colocar de un lado el interés general configurado por el beneficio económico asociado al ahorro vinculado a las medidas adoptadas por el Estado al redefinir el ámbito de los beneficiarios del sistema público de salud, y de otro el interés general de preservar el derecho a la salud consagrado en el art. 43 CE. Esa contraposición también tiene proyecciones individuales puesto que la garantía del derecho a la salud no sólo tiene una dimensión general asociada a la idea de salvaguarda de la salud pública, sino una dimensión particular conectada con la afectación del derecho a la salud individual de las personas receptoras de las medidas adoptadas por los Gobiernos estatal y autonómico" (FJ 5º).

Partiendo de este planteamiento, el Tribunal Constitucional recuerda que el artículo 43 establece el deber de "todos los poderes públicos de garantizar a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, cuya tutela les corresponde y ha de ser articulada a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios". Asimismo, el Tribunal Constitucional reitera la doctrina que establece la vinculación entre el principio rector del artículo 43 CE y el derecho a la vida y a la integridad física del artículo 15 CE lo que permite concluir que "los intereses generales y públicos, vinculados a la promoción y garantía del derecho a la salud, son intereses asociados a la defensa de bienes constitucionales particularmente sensibles". Por tal motivo, el Tribunal Constitucional afirma que en el caso de los "inmigrantes sin permiso de residencia" la privación de la asistencia sanitaria gratuita repercutirá "no solo en su estado de salud individual, sino en la prevención de la propagación de determinadas enfermedades infecto contagiosas, afectando directamente a la salud de toda la

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

sociedad". Estos argumentos conducen al Tribunal Constitucional a levantar la suspensión del Decreto impugnado que extendía la cobertura sanitaria a los inmigrantes irregulares a pesar de que la normativa estatal aprobada hacía pocos meses les había privado de tal derecho. Si bien no constituye un argumento definitivo –se trata de una medida cautelar de suspensión–, lo cierto es que el Tribunal Constitucional reconoce que los argumentos de ahorro presupuestario no pueden justificar una limitación de acceso a la protección de salud. En este sentido, afirma:

> "Teniendo en cuenta la concreción de los perjuicios derivados del levantamiento o del mantenimiento de la suspensión efectuada por las partes, así como la importancia de los intereses en juego, y apreciando este Tribunal que el derecho a la salud y el derecho a la integridad física de las personas afectadas por las medidas impugnadas, así como la conveniencia de evitar riesgos para la salud del conjunto de la sociedad, poseen una importancia singular en el marco constitucional, que no puede verse desvirtuada por la mera consideración de un eventual ahorro económico que no ha podido ser concretado, entendemos que se justifica el levantamiento de la suspensión de la vigencia de los preceptos referidos a la ampliación del ámbito subjetivo del derecho a acceder a la asistencia sanitaria pública y gratuita" (FJ 5 *in fine*).

En esta misma línea, debemos citar la STSJ de Galicia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2ª, de 12 de abril de 2013 que analizó la reclamación efectuada por un paciente a quien la Administración sanitaria autonómica no le había dispensado un medicamento cuyo coste anual ascendía a más de 350.000 euros, a pesar de haber sido prescrito por facultativos y tratarse de la única opción terapéutica para su patología. En este sentido, la Sala recuerda que el caso enjuiciado plantea un conflicto entre, por un lado, "el derecho a la vida y la integridad física y moral –que integra asimismo el derecho subjetivo individual a la salud personal– y la gestión del soporte económico que haga posible su cotidiana consecución". La Sala acoge los argumentos del recurrente en los siguientes términos:

> "En realidad –a juicio de esta Sala ahora *ad quem* enjuiciadora–, sí se ha producido una vulneración mediata del Art. 15 ab inicio de nuestra Carta Magna por parte de aquella Administración institucional-autonómica, al denegársele *de facto* a dicho paciente promovente y mediante su injustificada inactividad al respecto la dispensación de aquel fármaco inclusive médico- oficialmente

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

interesado, en cuanto única opción terapéutico-medicamentosa autorizada y homologada en el mercado farmacéutico a fin de precaverle no ya un riesgo vital inherente a las trombosis o aún a los daños colaterales inherentes a la prolongación de la terapia que hasta ahora se le aplica, sino en cuanto única alternativa medicamentosa susceptible de cronificar su rara patología y hacerle llevar una vida prácticamente normal".

VI. Reflexiones *in fine*

La reforma del año 2012 ha supuesto un giro radical a la normativa sobre asistencia sanitaria cuya consecuencia más palpable ha sido la expulsión de un grupo de personas de la cobertura pública, universal y gratuita del Sistema Nacional de Salud. El legislador ha vinculado la asistencia sanitaria a la condición de asegurado, es decir, a una determinada participación en el mercado laboral cuando desde el año 1986 se venía reconociendo a toda persona con independencia de su nacionalidad o de su situación administrativa.

Es cierto que el artículo 43 CE delega en el legislador la configuración, extensión y límites del derecho a la asistencia sanitaria. Esta facultad puede comprender, entre otros aspectos, la determinación del catálogo de prestaciones que se incluyen en el sistema público pues "solo puede exigirse un contenido mínimo y no todos los contenidos posibles, es decir, no existe un derecho fundamental a disponer de las infraestructuras y técnicas sanitarias mejores del mundo, sino a recibir una asistencia sanitaria suficiente para la tutela del bien jurídico protegido".[36] Sin embargo, este poder del legislador no puede suponer la privación de la titularidad del derecho a un determinado grupo de personas por carecer de residencia legal pues ello supone, en definitiva, una quiebra de la vocacional universal que preside la protección de la salud. En este sentido, debemos recordar que el artículo 43 CE no exige el requisito de la nacionalidad lo que, a su vez, se reitera en los Tratados internacionales suscritos por España en esta materia.

La conexión existente entre el derecho a la protección de la salud, asistencia sanitaria y derecho a la vida/integridad física es un elemento que ha sido menospreciado en la reforma del año 2012. La negación de asistencia sanitaria a una persona enferma afecta a las bases biológicas y psicológicas sobre las que se asien-

36 Guillermo Escobar Roca, "Los derechos fundamentales sociales y la protección de la salud", *Revista de Derecho Político de la UNED*, núm. 71-72, 2008, p. 136.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

ta su existencia lo que, a su vez, repercute negativamente en el ejercicio del resto de derechos fundamentales. Se produce una quiebra de la obligación de los poderes públicos de "promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas" y de "remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud" (artículo 9.2 CE). De esta manera, se vulnera el principio de justa igualdad de oportunidades al impedir que las personas enfermas del colectivo excluido del Sistema Nacional de Salud recuperen las capacidades que les permitan desarrollar de manera autónoma sus propios planes de vida. En definitiva, se discrimina a un determinado colectivo, especialmente vulnerable, por consideraciones puramente administrativas, esto es, la regularidad de su residencia. Asimismo, la reforma de 2012 olvida un dato relevante: la financiación de la sanidad pública se realiza a través de impuestos y no mediante cuotas a la Seguridad Social. Desde este punto de vista, se está privando al inmigrante irregular de la asistencia sanitaria a pesar de que contribuye al sostenimiento del sistema mediante el pago de impuestos indirectos.

Finalmente, debemos señalar que la privación de asistencia sanitaria a los inmigrantes irregulares solo encuentra apoyo en una justificación: el ahorro en las cuentas públicas del sistema sanitario. Como hemos señalado anteriormente, este argumento no puede tener cabida en la Constitución por los siguientes motivos. En primer lugar, no se trata de un interés que tenga expreso reconocimiento constitucional más allá de la referencia lejana del artículo 135 al principio de estabilidad presupuestaria que debe regir la actuación de las Administraciones Públicas. Y, en segundo lugar, la importancia de los intereses en juego –integridad física del enfermo y riesgos para la salud del conjunto de la sociedad– posee una importancia singular que –como ha señalado el Tribunal Constitucional– "no puede verse desvirtuada por la mera consideración de un eventual ahorro económico". No podemos olvidar por otro lado que todos los análisis afirman que el ahorro presupuestario es mínimo y coste del tratamiento no pone en peligro la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. En efecto, lo que realmente encarece el coste no es el incremento de la población atendida, ni siquiera el progresivo envejecimiento de la población con el consiguiente aumento de las enfermedades crónicas, sino la innovación tecnológica.[37]

En definitiva, la asistencia sanitaria debe ampliarse hasta cubrir a toda la población, incluidos aquellos que todavía no la necesitan, por cuanto, en defi-

[37] Sergio Minué Lorenzo, *op. cit.*, p. 21.

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/

Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/JNzN8v

nitiva, dicha necesidad se encuentra en el horizonte vital de todos los ciudadanos. La universalidad está relacionada con la titularidad del derecho, no con su ejercicio. Es posible que esta situación se revierta en un futuro no muy lejano. En efecto, tras las elecciones autonómicas y locales de mayo de 2015, varias Comunidades Autónomas (Aragón, Valencia, Baleares y Cantabria) han devuelto la asistencia sanitaria a los inmigrantes supeditándola, básicamente, al requisito de encontrarse empadronado. Tras estos anuncios, el Gobierno central ha manifestado que previsiblemente abordará esta cuestión en el mes de septiembre de 2015 lo que se traducirá en una reforma de la normativa vigente. A tal efecto, el borrador del Gobierno pretende condicionar la asistencia sanitaria al cumplimiento de varios requisitos que serían la necesidad de que lleven empadronados en España al menos seis meses, carezcan de cobertura sanitaria por cualquier otra vía y que la unidad familiar no perciba más de 532 euros al mes.[38] Dicha propuesta no ha sido aceptada por las Comunidades Autónomas gobernadas por el PSOE que exigen la derogación del Real Decreto-Ley 16/2012 al considerar que la atención sanitaria integral es un derecho humano básico. Coincidiendo con esta negociación política, la Agencia Europea de Derechos Fundamentales ha publicado un informe en el que concluye que los Estados Miembros "gastan menos en la atención sanitaria de los migrantes si se tratan antes, en vez de esperar a que necesiten un tratamiento en urgencias".[39] Este estudio, por tanto, contradice uno de los motivos que invocó el Gobierno central para impulsar la reforma sanitaria del año 2012.

38 Véase "Sanidad propone atender a los «sin papeles» que llevan al menos seis meses empadronados", en: http://www.elmundo.es/salud/2015/09/02/55e6bb16ca4741545b8b457d.html (consultado 6 de septiembre de 2015).

39 Véase "Europa concluye que es más barato dar asistencia sanitaria a los inmigrantes que llevarles a urgencias", en: http://www.eldiario.es/desalambre/Europa_0_426958266.html (consultado 3 de septiembre de 2015).

DR © 2016.
Comisión Nacional de los Derechos Humanos-http://www.cndh.org.mx/