

EL CIUDADANO COMO TITULAR DE DERECHOS Y DEBERES EN LA NUEVA LEY DE SALUD PÚBLICA

Ángela Ruiz Sáenz

*Asesora Jurídica. Servicio de Asesoramiento Jurídico
de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Gobierno de Cantabria*

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Derechos y deberes del ciudadano en el anteproyecto de Ley de 1 de julio de 2010.
3. Derechos de los ciudadanos en salud pública.
4. Deberes de los ciudadanos en salud pública.
5. Bibliografía citada

RESUMEN

El derecho a la información ambiental que recoge la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública no es más que una manifestación de un derecho que previamente había sido reconocido por la legislación medioambiental española. La insuficiente regulación que hace la Ley General de Salud Pública sobre este derecho hace que sea preciso completar la misma con la Ley 27/2006, de 18 de julio, por la que se regulan los derechos de acceso a la información, de participación pública y de acceso a la justicia en materia de medio ambiente, que recoge el procedimiento a seguir para su ejercicio, al igual que precisa su contenido.

PALABRAS CLAVE

Información; salud pública; medio ambiente; acceso.

1. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la atención a los problemas de salud colectiva ha tenido un tratamiento diferenciado de la atención a los problemas de salud individual. La Constitución de 1978 (en adelante CE) reconoce en

su artículo 43, apartado 1, el derecho a la protección de la salud, señalando en su apartado 2 la competencia de los poderes públicos para la organización y tutela de la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Reconoce por lo tanto el derecho a la protección de la salud tanto en su vertiente individual, es decir el derecho de cada persona a la protección de su salud, como en su vertiente colectiva, como un derecho de la colectividad¹.

La ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (en adelante LGSP) aborda la cuestión de promoción de la salud tanto en su vertiente individual como en su vertiente colectiva, configurando la salud pública, más allá del “conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la

¹ En relación con el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la CE, FERNANDEZ MONTALVO, R. alude a la distinción tradicional por la doctrina de un aspecto negativo y un aspecto positivo del derecho a la salud. En este sentido, el aspecto negativo se traduciría en un límite frente a determinadas injerencias del poder público referidas no solo a la salud, sino también a la vida, la integridad física y moral. En un sentido positivo, el derecho a la salud conlleva un derecho a exigir de los poderes públicos actuaciones y prestaciones en un doble sentido: a) la adopción de aquellas medidas tendentes a controlar y asegurar la protección de la salud en situaciones de riesgo y a preservar y mejorar el ambiente sanitario general y b) el derecho a la asistencia sanitaria que comprende las prestaciones médicas o sanitarias encaminadas a la preservación o al restablecimiento de la salud. Véase FERNANDEZ MONTALVO, R. “Dimensión del derecho a la protección a la salud. Su tratamiento en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (TC)”, *Derecho y Salud*, volumen 19, número extraordinario, XVIII Congreso. Págs. 11-30.

población”, a que se refiere el artículo 11.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, como el “conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales” (artículo 1). Consecuentemente la nueva LGSP se configura como una Ley de carácter preferentemente preventivo, no sólo proteccionista, tanto en el ámbito de la salud individual como en el ámbito de la salud colectiva, haciendo especial hincapié en la participación activa de la sociedad en materia de salud pública.

En este sentido, la citada Ley señala en su Preámbulo que “la excelente respuesta que hemos dado al requerimiento constitucional de protección de la salud desde la vertiente del cuidado de las personas enfermas, debe ahora complementarse con la vertiente preventiva y de protección y promoción de la salud”.

Cabe recordar que la LGSP surge ante la necesidad de renovación y la insuficiente legislación existente en materia de salud pública, una legislación obsoleta sobre una materia relegada a un segundo plano a partir de la segunda mitad del siglo XX como consecuencia de una mayor atención a los problemas de la salud individual. Ejemplo de ello es la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LGS), que si bien parte de una concepción integral de la sanidad, otorga un papel preferente a la tutela de la salud individual sobre la protección de la salud de la colectividad.

El propósito de la LGSP es poner en evidencia que la salud, entendida como el bienestar físico, psíquico y social, es el resultado de numerosos factores y condicionantes que se presentan en el ámbito familiar, social, laboral, educativo, así como de otros factores relacionados con el medio ambiente, la alimentación y los estilos de vida. De ahí que su enfoque se dirija a establecer nuevas formas de organización para conformar acciones que, superando el ámbito de los servicios sanitarios, permitan actuar para conseguir una mejora de la salud de la población. Centrar la atención sobre los citados factores y condicionantes de la salud puede contribuir a aliviar la sobrecarga sufrida actualmente por los servicios asistenciales.

Es precisamente esta necesidad de reducir la presión que sufren los servicios asistenciales junto con

factores tales como el surgimiento de nuevos riesgos vinculados a los avances tecnológicos y la globalización o los avances científicos lo que ha determinado una mayor atención a las cuestiones relacionadas con la materia de salud pública.

Para el alcance y mantenimiento de un mayor nivel de salud tanto individual como colectivo la LGSP fortalece el papel del ciudadano en salud pública mediante el reconocimiento de derechos y deberes. En este sentido, el Título I de la citada Ley regula los “Derechos, deberes y obligaciones en salud pública”.

2. DERECHOS Y DEBERES DEL CIUDADANO EN EL ANTEPROYECTO DE LEY DE 1 DE JULIO DE 2010

Con carácter previo al estudio de los artículos que conforman el precitado Título I de la LGSP es necesario advertir la merma sufrida por los derechos y deberes de los ciudadanos en salud pública en la nueva LGSP respecto de la redacción contenida en el Anteproyecto de Ley de 1 de julio de 2010.

Respecto de los derechos, la redacción definitiva de la LGSP excluye de su regulación en el Capítulo I del Título I (Derechos de los ciudadanos) el derecho a las prestaciones en salud pública, el derecho a la autonomía personal, el derecho a la seguridad de las intervenciones en salud y el derecho a una valoración no sesgada del valor de las intervenciones sanitarias, manteniendo el derecho a la información, el derecho de participación, el derecho de igualdad y el derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto de la dignidad.

En relación con el derecho a las prestaciones en salud pública, llama especialmente la atención que el mismo se excluya de forma expresa de una Ley cuyo objeto es precisamente establecer las bases en salud pública. El citado derecho está reconocido en el artículo 11 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, haciéndose efectivo a través de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud establecida por Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, cuyo anexo I regula “la cartera de servicios comunes de salud pública”. Sin perjuicio de que como se ha señalado previamente el derecho a las prestaciones en salud pública no aparece regulado de forma expresa en la LGSP, lo cierto es que sí aparece recogido de forma implícita en el artículo 4. b) que contempla, dentro del derecho de información de los ciudada-

nos, el de “recibir información sobre las actuaciones y prestaciones de salud pública, su contenido y la forma de acceder a las mismas”.

Desaparece asimismo el derecho de autonomía personal como el derecho del ciudadano a decidir libremente sobre su salud personal y sobre la participación en intervenciones, planes y programas de salud y salud pública. Este derecho a la autonomía personal aparece recogido tanto para el usuario como para el paciente en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta Ley regula con especial extensión el respeto a la autonomía del paciente, si bien contempla la posibilidad de adoptar intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente sin contar con su consentimiento tanto si existe un riesgo para la salud pública como si existe un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización. La supresión del citado derecho en la redacción definitiva de la LGSP puede venir determinado por la facultad reconocida a las autoridades sanitarias competentes para la adopción de medidas especiales por motivos de salud pública necesarias para la salvaguarda del interés general aún en contra de la voluntad de las personas individualmente consideradas en aquellas situaciones de grave riesgo para la salud de la colectividad.

En relación con el derecho a la seguridad de las intervenciones en salud, si bien desaparece de la redacción final de la LGSP como derecho del ciudadano, se recoge como principio general de acción en salud pública señalando que “las actuaciones en materia de salud pública se llevarán a cabo previa constatación de su seguridad en términos de salud”.

Finalmente el derecho del ciudadano a una valoración no sesgada del valor de las intervenciones sanitarias recogido en el Anteproyecto de Ley de 1 de julio de 2010 buscaba garantizar la imparcialidad en su actuación por parte de todas las personas intervinientes en la implantación de cualquier tipo de medida o intervención sanitaria. En la redacción final de la LGSP el contenido esencial del citado derecho aparece conformado como una obligación de las Administraciones Públicas, concretamente la obligación de colaboración en salud pública e imparcialidad en las actuaciones sanitarias contemplada en el artículo 10.

Respecto de los deberes, la redacción definitiva de la LGSP elimina el deber de no realizar conductas que pongan en peligro la salud pública y el deber de cumplir con las instrucciones sanitarias, apareciendo en ambos supuestos conformado su incumplimiento como infracción administrativa en materia de salud pública. Asimismo se elimina el deber de autorresponsabilidad, y el deber de comparecencia, que quedaría incluido en el más amplio deber de colaboración, manteniendo éste y el deber de comunicación.

3. DERECHOS DE LOS CIUDADANOS EN SALUD PÚBLICA

El capítulo I del Título I de la nueva LGSP regula los derechos de los ciudadanos en los artículos 4 a 7.

a) Derecho a la Información. El artículo 4 relativo a “Derecho a la información” recoge el derecho de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen, a ser informados, con las limitaciones previstas en la normativa vigente, en materia de salud pública por las Administraciones competentes. La LGSP por lo tanto no reconoce un derecho absoluto, sino que remite a las limitaciones previstas en la normativa vigente, si bien no especifica cuáles. Ello contrasta con la regulación contenida en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, cuyo artículo 6 reconoce el derecho de los ciudadanos a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud. Siguiendo la tendencia iniciada por la LGS, la citada Ley ofrece un tratamiento preferente a la actividad asistencial, regulando de forma separada el derecho a la información epidemiológica de los ciudadanos del derecho a la información asistencial del paciente en su consideración como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales.

El legislador comprende a su vez dentro del derecho a la información los siguientes: el derecho a recibir información sobre los derechos que les otorga esta Ley, así como sobre las vías para ejercitarlos; el derecho a recibir información sobre las actuaciones y prestaciones de salud pública, su contenido y la forma de acceder a las mismas y el derecho a recibir información sobre los condicionantes de salud como factores que influyen en el nivel de salud de la población y, en particular, sobre los riesgos biológicos, químicos, físicos, medioambientales, climáticos o de

otro carácter, relevantes para la salud de la población y sobre su impacto. En este último supuesto, si el riesgo es inmediato, la información se proporcionará con carácter urgente

Toda la información se facilitará desagregada, para su comprensión en función del colectivo afectado, y estará disponible en las condiciones y formato que permita su plena accesibilidad a las personas con discapacidad de cualquier tipo, en aras de la transparencia que debe inspirar las actuaciones en materia de salud pública.

Resulta necesario relacionar el presente artículo 4 con los artículos 10 y 18 de la propia LGSP que regulan la obligación de las Administraciones sanitarias de informar sobre la presencia de riesgos específicos para la salud de la población y la comunicación en materia de salud pública como acción de las Administraciones sanitarias encaminada a promocionar la salud.

Asimismo resulta de interés destacar la nueva redacción del artículo 26 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, que tras la modificación operada por la LGSP, atribuye a los servicios de salud, como garantía de información de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, el encargo de informar a la ciudadanía de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en la Ley General de Salud Pública y en las correspondientes normas autonómicas, en su caso.

b) Derecho de Participación. El artículo 5 de la LGSP regula el derecho de participación como el derecho de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen, a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública, atribuyendo a las Administraciones públicas competentes la facultad de establecimiento de los cauces concretos que permitan hacer efectivo ese derecho.

Fundamental resulta el apartado segundo del precitado artículo que reconoce la voluntariedad de la participación de los ciudadanos en las actuaciones de salud pública, sin perjuicio del deber de colaboración y con la salvedad de lo previsto en la [Ley Orgánica](#)

[3/1986](#), de 14 de abril, de Medidas especiales en materia de salud pública (en adelante LOMESP).

La LOMESP recoge la facultad de que disponen las autoridades sanitarias competentes para la adopción de medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control en aquellos supuestos en que se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad. Se trata de medidas a adoptar incluso en contra de la voluntad del ciudadano pudiendo por ello colisionar con derechos fundamentales de éste, fundamentalmente el derecho fundamental a la libertad (artículo 17 CE) y el derecho fundamental a la integridad física (artículo 15 CE).

La LOMESP, pese a otorgar amplias facultades a las autoridades sanitarias para la adopción de medidas especiales en materia de salud pública, guarda silencio sobre la intervención judicial como presupuesto para la limitación de derechos fundamentales². En este sentido, el Tribunal Constitucional ha reiterado que la restricción de derechos fundamentales debe realizarse por medio de resolución judicial motivada y ello dada la íntima relación existente entre la motivación judicial y las circunstancias fácticas que legitiman tal restricción, pues sólo a través de aquélla pueden conocerse y ponderarse éstas (STC 128/1995, de 26 de julio). En este sentido el TC ha venido declarando que “cuando se coarta el libre ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución, el acto es tan grave que necesita encontrar una especial causalización y el hecho o el conjunto de hechos que los justifican deben explicitarse con el fin de que los destinatarios conozcan las razones por las cuales su derecho se sacrificó y los intereses a los que se sacrificó. De este modo, la motivación es no sólo una elemental cortesía, sino un riguroso requisito del acto de sacrificio de los derechos” (STC 26/1981, de 17 de julio).

En todo caso, la autorización o ratificación judicial de las medidas que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud públi-

² En relación con la intervención judicial como garantía en la adopción de las medidas ablativas personales, véase CIERCO SIEIRA, C. “Epidemias y derecho administrativo. Las posibles respuestas de la Administración en situaciones de grave riesgo sanitario para la población”, *Derecho y salud*, Volumen 13, nº 2, 2005, Págs. 211-256.

ca o impliquen privación o restricción de la libertad³ o de otro derecho fundamental corresponde a los Juzgados de lo Contencioso Administrativo en virtud del artículo 8.6 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, si bien tampoco se especifica en esta Ley la tramitación a seguir en la autorización o ratificación judicial. Cabe reseñar la tardanza, desde la aprobación de la LOMESP, en atribuir a un determinado órgano judicial, en este caso, a los Juzgados de lo contencioso administrativo, la competencia para autorizar o ratificar la medida, atribución que se hace efectiva través del apartado primero de la Disposición Final Decimocuarta de la Ley 1/2002, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Con posterioridad la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, contempla en su artículo 9.2.a) la posibilidad de que los facultativos puedan llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por Ley, debiendo, una vez adoptadas las medidas pertinentes, comunicarse a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

c) Derecho a la Igualdad. El artículo 6 de la LGSP, con una clara inspiración en el artículo 14 CE, recoge el derecho que tienen todas las personas a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Y hace especial hincapié en la prohibición de toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones de salud pública, de acuerdo con lo establecido por la [Ley Orgánica 3/2007](#), de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, así como por la demás normativa existente en esta materia.

³ Al respecto señala NARVÁEZ RODRÍGUEZ, A. que “Al utilizar la Ley el término genérico libertad no indica si se refiere en exclusiva a la libertad personal o, por el contrario, alude a cualesquiera modalidades de libertad, es decir, no sólo a la mencionada libertad personal reconocida en el artículo 17 CE, sino también a la de circulación contemplada en el artículo 19 CE o, incluso a determinadas libertades que tienen una proyección colectiva como son las libertades de expresión y de información, recogidas en el artículo 20 y que pueden guardar relación con la finalizada perseguida por este apartado”. Comentario recogido en NARVÁEZ RODRÍGUEZ, A. “La limitación de derechos fundamentales por razones sanitarias”, *Revista Aranzadi Doctrinal* n° 6/2009, Editorial Aranzadi, S.A., Pamplona. 2009.

En relación con la enfermedad señala la prohibición de toda clase de diferencia de trato distinta de aquellas que deriven del propio proceso de tratamiento de la misma, de las limitaciones objetivas que imponga para el ejercicio de determinadas actividades o de las exigidas por razones de salud pública.

Este derecho se concretará, en los términos del apartado 4 del citado artículo 6, en una cartera de servicios básica y común en el ámbito de la salud pública, con un conjunto de actuaciones y programas. Dicha cartera de servicios incluirá un calendario único de vacunación y una oferta única de cribados poblacionales. No cabe duda, de que la adopción de un único calendario vacunal y una única oferta de cribados poblacionales, en vez de calendarios vacunales y ofertas de cribados poblacionales autonómicos, resulta más justo y equitativo, garantizando el derecho que tienen todas las personas a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad.

d) Derecho a la Intimidad, confidencialidad y respeto de la dignidad. Como un derecho inspirador de todos los anteriores, el artículo 7 de la LGSP reconoce el derecho de todas las personas a que se respete su dignidad e intimidad personal y familiar en relación con su participación en actuaciones de salud pública.

En este sentido, la información personal que se emplee en las actuaciones de salud pública se registrará por lo dispuesto en la [Ley Orgánica 15/1999](#), de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en la [Ley 41/2002](#), de 14 de noviembre.

El artículo 7 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, califica los datos de carácter personal que hagan referencia a la salud como datos especialmente protegidos, remitiendo para su tratamiento (artículo 8) a lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad. En este sentido, el artículo 7 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reconoce el derecho de toda persona a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. Sin perjuicio de lo anterior, es importante destacar la modificación operada en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, por la LGSP. El artículo 16.3 de la precitada Ley 41/2002, de 14 de noviembre, regula el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia al amparo de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, en la LGS, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso

a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Hasta ahora, la Ley preveía como única excepción, la de los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considerase imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estaría a lo que dispusiesen los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. La LGSP introduce asimismo la posibilidad, cuando sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, de que las Administraciones sanitarias accedan a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública, debiendo realizarse el acceso, en todo caso, por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta, asimismo, a una obligación equivalente de secreto, previa motivación por parte de la Administración que solicite el acceso a los datos. De esta manera, la LGSP introduce una excepción en la confidencialidad de los datos de carácter personal de los pacientes menos garantista que la prevista con carácter previo. Si bien antes, la excepción estaba prevista únicamente en supuestos de investigación judicial, cabe ahora la posibilidad de que para el acceso a los datos identificativos de los pacientes baste con la decisión motivada de la Administración Sanitaria, si bien incide la Ley en la necesidad de que el acceso se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta, asimismo, a una obligación equivalente de secreto.

Finalmente, resulta imprescindible hacer una mención, en relación con los derechos que la LGSP reconoce al ciudadano, a la extensión a la asistencia sanitaria pública incorporada por la Disposición adicional sexta de la LGSP.

La idea de universalización de la asistencia sanitaria subyace en el artículo 43 de la CE al reconocer al ciudadano, no al asegurado, el derecho a la protección de la salud. Con posterioridad la LGS, reconoce en su artículo 1.2 como titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, contemplando en el artículo 3.2 la extensión de la asistencia sanitaria pública a toda la población española y el acceso y las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, previendo no obstante

en su la disposición transitoria quinta la extensión de la asistencia sanitaria pública de forma progresiva. En el mismo sentido, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, en el momento de su promulgación, reconoce en su artículo 3 la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y extranjeros en territorio nacional, incidiendo en el aseguramiento universal y público por parte del Estado y en la financiación pública del Sistema Nacional de Salud de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica, como principios informadores de la Ley. De este modo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, refuerza la idea de financiación presupuestaria de la sanidad que ya había sido adoptada por la Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social y más tarde ratificada por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. La asistencia sanitaria deja de financiarse con cotizaciones de los afiliados de la seguridad social para pasar a financiarse con los tributos de los ciudadanos.

No obstante, la asistencia sanitaria pública continúa vinculada en cierto modo al Sistema de Seguridad Social. En este sentido, el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social comprende dentro de la acción protectora del Sistema de Seguridad Social “la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo” (artículo 38.1.a) manteniendo vigente el Capítulo IV del Título II del anterior Decreto 2067/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, cuyo artículo 100, reconoce como beneficiarios de la asistencia sanitaria por enfermedad común, maternidad y accidente no laboral a: a) los trabajadores por cuenta ajena que reúnan el requisito general exigido en el número 1 del artículo 94 (estar afiliados y en alta en el Régimen General o en situación asimilada al alta); b) los pensionistas de este Régimen General y los perceptores de prestaciones periódicas del mismo que no tengan el carácter de pensiones, en los términos que reglamentariamente se determinen y c) los familiares o asimilados que estén a cargo de las personas indicadas en los apartados anteriores y, en caso de separación de hecho, los cónyuges e hijos de dichas personas, siempre que unos y otros reúnan las condiciones que reglamentariamente se determinen. Y como beneficiarios de la asistencia sanitaria por

accidente de trabajo o enfermedad profesional a los trabajadores por cuenta ajena que reúnan la condición general señalada en el número 1 del artículo 94 (estar afiliados y en alta en el Régimen General o en situación asimilada al alta).

Asimismo, se mantiene vigente el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, y el artículo 1.2.a) del Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, por el que se regula la estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social y modificación parcial de las correspondientes a la Tesorería General de la Seguridad Social que atribuye al Instituto Nacional de la Seguridad Social la competencia de reconocimiento y control de la condición de persona asegurada y beneficiaria, ya sea como titular, familiar o asimilado, a efectos de su cobertura sanitaria.

La LGSP extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico, si bien lo hace con ciertas matizaciones⁴, y sin perjuicio del régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o de beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por MUFACE, MUGEJU o ISFAS, que mantendrán su régimen jurídico específico.

No obstante, apenas 6 meses después de la entrada en vigor de la LGSP, el 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, modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, garantizando la asistencia sanitaria en España a aquellas personas que ostenten la condición de ase-

gurado⁵ e introduciendo dos nuevos artículos, el artículo 3 bis y el artículo 3 ter, al objeto de determinar la competencia para el reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo y la asistencia sanitaria a extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España.

Si bien el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, no lo menciona expresamente en su disposición derogatoria única, lo cierto es que deja sin efecto la disposición adicional sexta de la LGSP, estableciendo en su Disposición Transitoria Primera que las personas que, con anterioridad a la entrada en vigor de este real decreto-ley, tuvieran acceso a la asistencia sanitaria en España, podrán seguir accediendo a la misma hasta el día 31 de agosto de 2012 sin necesidad de acreditar la condición de asegurado en los términos previstos en el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

Consecuentemente el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, da un giro drástico volviendo a sustentar la asistencia sanitaria en España en la condición de asegurado, coartando el camino hacia la universalización de una asistencia sanitaria pública y gratuita para los ciudadanos y ello pese a la postura mayoritaria de la doctrina defensora del tránsito del Sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud.

4. DEBERES DE LOS CIUDADANOS EN SALUD PÚBLICA

El capítulo II del Título I de la LGSP regula los deberes de los ciudadanos en los artículos 8 y 9.

⁵ De conformidad con lo dispuesto en el apartado 2 del citado artículo 3 “a estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

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.

Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.

Ser receptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.

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”

Y añade en el apartado 3 que “en aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente”

⁴ Esta extensión, que tendrá como mínimo el alcance previsto en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se hace sin perjuicio de lo expresado en los apartados siguientes y de la exigencia de las correspondientes obligaciones a aquellos terceros legalmente obligados al pago de dicha asistencia de acuerdo con lo establecido en la [Ley General de Sanidad](#), en el texto refundido de la [Ley General de la Seguridad Social](#) y de lo dispuesto en los reglamentos comunitarios europeos y convenios internacionales en la materia.

La extensión prevista en este apartado será efectiva para las personas que hayan agotado la prestación o el subsidio de desempleo a partir del 1 de enero de 2012. Para el resto de colectivos afectados se realizará, atendiendo a la evolución de las cuentas públicas, en los términos previstos en el apartado 3 (En el plazo de seis meses, el Gobierno determinará reglamentariamente los términos y condiciones de la extensión del derecho para quienes ejerzan una actividad por cuenta propia).

a) *Deber de colaboración.* El artículo 8 de la LGSP recoge el deber de colaboración de los ciudadanos como el deber de facilitar el desarrollo de las actuaciones de salud pública y de abstenerse de realizar conductas que dificulten, impidan o falseen su ejecución.

b) *Deber de comunicación.* Por su parte, el artículo 9 de la LGSP recoge bajo el deber de comunicación el deber que tienen las personas conocedoras de hechos, datos o circunstancias que pudieran constituir un riesgo o peligro grave para la salud de la población de ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, que velarán por la protección debida a los datos de carácter personal. Ello, sin perjuicio, de las obligaciones de comunicación e información que las Leyes imponen a los profesionales sanitarios.

Los deberes aquí contemplados no comportan privación de derechos de los ciudadanos⁶. No obstante, del articulado de la norma se desprende el deber de los ciudadanos de soportar las medidas especiales que adopte la Administración cuando así lo requieran motivos de extraordinaria gravedad o urgencia. Lo veíamos con ocasión de la regulación del derecho de participación del ciudadano y en el artículo 54 de la LGSP que regula medidas especiales y cautelares a adoptar en materia de salud pública por la autoridad competente para asegurar el cumplimiento de la Ley. En todo caso la adopción de la medida será previa audiencia de los interesados, salvo en caso de riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población, y su duración no excederá del tiempo exigido por la situación de riesgo que las motivó, respetándose en todo caso el principio de proporcionalidad. En este sentido, la LGS recoge en su artículo 26 la

posibilidad de que por las autoridades sanitarias se adopten las medidas preventivas pertinentes ante la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, siempre con respeto a una serie de principios relacionados en el artículo 28 de la citada Ley, a saber, la preferencia en la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias, la adopción de medidas que no conlleven riesgo para la vida, la necesaria proporcionalidad entre la limitación sanitaria que implica la medida preventiva adoptada y los fines perseguidos con su adopción y la adopción de aquellas medidas que resulten menos perjudiciales al principio de libre circulación de las personas y los bienes, la libertad de empresa y cualquiera otros derechos afectados.

5. BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN-GARCÍA SÁNCHEZ, F. “Deberes de los ciudadanos en Salud Pública. Alcance, límites y requisitos de la intervención administrativa” en SACHEZ CARO, J. y ABELLÁN-GARCÍA SÁNCHEZ, F. (Coords.) *Retos en Salud Pública: Derechos y Deberes de los ciudadanos*. Editorial Comares, S.L. Madrid, 2011. Págs. 161-179.
- BELTRAN AGUIRRE, J.L., “¿Sistema Nacional de Salud o asistencia sanitaria de la Seguridad Social?”, *Derecho y Salud*, volumen 15, número extraordinario 2, 2007. (EXTRAORDINARIO FORO SESPAS-AJS). Págs. 27-39.
- BELTRAN AGUIRRE, J.L., “La universalización de la asistencia sanitaria operada por la Ley 33/2011, de 4 de octubre, de salud pública: tardío e insuficiente cumplimiento del mandato ínsito en el artículo 43 de la Constitución”, *Revista Aranzadi Doctrinal num. 9/2012*, Editorial Aranzadi, S.A., Pamplona. 2012.
- CIERCO SIEIRA, C. “Epidemias y derecho administrativo. Las posibles respuestas de la Administración en situaciones de grave riesgo sanitario para la población”, *Derecho y salud*, Volumen 13, nº 2, 2005, Págs. 211-256.
- FERNANDEZ MONTALVO, R. “Dimensión del derecho a la protección a la salud. Su tratamiento en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (TC)”, *Derecho y Salud*, volumen 19, número extraordinario, XVIII Congreso. Págs. 11-30.

6 ABELLÁN-GARCÍA SÁNCHEZ, F. estructura los deberes de los ciudadanos en salud pública en tres niveles o escalones en atención a la intensidad de la intervención administrativa, distinguiendo un primer escalón relativo a los deberes de los ciudadanos que no comportan privación de derechos entre los que alude a los deberes de colaboración y cooperación con la Administración Pública, al deber de comunicación y al deber de responsabilización del uso adecuado de la información suministrada por las administraciones públicas competentes en materia de salud pública; un segundo escalón comprensivo de los deberes de los ciudadanos respecto de la intervención administrativa que comporta privación de derechos (no fundamentales) y finalmente, un tercer escalón referente a los deberes de los ciudadanos en relación a la intervención administrativa que comporta privación de derechos fundamentales. Véase ABELLÁN-GARCÍA SÁNCHEZ, F. “Deberes de los ciudadanos en Salud Pública. Alcance, límites y requisitos de la intervención administrativa” en SACHEZ CARO, J. y ABELLÁN-GARCÍA SÁNCHEZ, F. (Coords.) *Retos en Salud Pública: Derechos y Deberes de los ciudadanos*. Editorial Comares, S.L. Madrid, 2011. Págs. 161-179.

- NARVÁEZ RODRÍGUEZ, A. “La limitación de derechos fundamentales por razones sanitarias”, *Revista Aranzadi Doctrinal* nº 6/2009, Editorial Aranzadi, S.A., Pamplona. 2009.
- SACHEZ CARO, J “Derechos de los ciudadanos en Salud Pública” en SACHEZ CARO, J. y ABELLÁN-GARCÍA SÁNCHEZ, F. (Coords.) *Retos en Salud Pública: Derechos y Deberes de los ciudadanos*. Editorial Comares, S.L. Madrid, 2011. Págs. 145-160.