



Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León
Ilmo. Sr. Director General de Relaciones Institucionales
C/ Santiago Alba, 1
47008 - VALLADOLID

Expediente: 4489/2021

Asunto: Situación de vulnerabilidad por imposibilidad de acceso al sistema público de salud / Resolución

Centro directivo: Consejería de Sanidad

Ilmo. Sr.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. en relación con el expediente que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado, referencia a la que rogamos haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

El acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria pública se encuentra regulado en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en los términos introducidos por 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, dando plena virtualidad al principio de aseguramiento universal y público.

El artículo 3 de la citada Ley garantiza la asistencia sanitaria pública a todas aquellas personas que ostentan la condición de aseguradas o de beneficiarias en los términos desarrollados por el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

A su vez, contempla también una vía específica de acceso a la prestación de asistencia sanitaria para las personas que no ostentan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud. Esta forma de acceso, recogida en el artículo 3.5 de la referida Ley 16/2003, consiste en la suscripción de un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria que permitirá obtener la referida prestación mediante el pago de una contraprestación o precio público que cubra el coste medio real de la misma y que se configura como un ingreso de derecho público del sistema sanitario.



Esto es, la suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria garantiza a las personas que no ostentan la condición de aseguradas ni de beneficiarias, el acceso a las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales en las mismas condiciones de extensión, continuidad asistencial y cobertura en todo el Sistema Nacional de Salud de que disfrutaban las personas que sí son aseguradas o beneficiarias. Ello a cambio del abono a la administración pública con la que se suscriba el convenio de una contraprestación económica, en las cuantías establecidas en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria:

- a) Si el suscriptor tiene menos de 65 años: cuota mensual de 60 euros.
- b) Si el suscriptor tiene 65 o más años: cuota mensual de 157 euros.

Así, conforme a esta obligación de pago de las referidas cuotas mensuales, la citada norma establece, en su artículo 7.1 d), como causa de extinción del convenio especial (entre otras) la falta de abono de la primera cuota o de las cuotas correspondientes a dos mensualidades consecutivas o a tres alternativas.

Previsiones recogidas en el ámbito de esta Comunidad Autónoma en la Orden SAN/226/2015, de 19 de marzo, por la que se desarrolla el procedimiento de suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria en Castilla y León a personas que no tengan la condición de aseguradas ni beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.

Precisamente, el problema planteado en este expediente parte de la extinción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria suscrito por XXX con la Gerencia Regional de Salud en fecha 5 de noviembre de 2020, por impago de las cuotas de diciembre de 2020 y mayo y junio de 2021, motivado, según se indica en la queja, por la falta de recursos económicos.

Pues bien, sin perjuicio de la procedencia de dicha extinción conforme al incumplimiento de la citada obligación de pago derivada de la suscripción del convenio, parece indudable que la regulación vigente deja en una situación de especial vulnerabilidad, riesgo vital y desigualdad en salud a aquellas personas que ya de por sí están especialmente desfavorecidas por sus escasos o reducidos medios de subsistencia.

El único medio que establece la normativa actual para poder recibir la prestación sanitaria pública es la suscripción del mencionado convenio especial, pero condicionada al abono de una contraprestación económica mensual por parte del suscriptor beneficiario, pudiendo quedar, pues, sin cobertura asistencial dicha población con necesidades de apoyo económico.



Esta circunstancia nos lleva a considerar la necesidad de apoyar a estas personas excluidas del sistema de atención sanitaria y carentes de recursos para posibilitar que suscriban convenios especiales sanitarios con el Servicio de Salud de Castilla y León.

Para fundamentar esta necesidad podemos hacer mención a los diversos los textos internacionales que catalogan a la salud como un elemento esencial para el desarrollo de la vida humana en condiciones de dignidad y un recurso indispensable para el ejercicio de los demás derechos fundamentales, de forma que lo configuran como un derecho social cuya efectividad exige la implantación de todos los mecanismos y garantías que resulten necesarias para conseguir la universalidad.

Es el caso de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948, que reconoce el derecho de toda persona a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales imprescindibles para la dignidad y libre desarrollo de la personalidad, y a un nivel de vida adecuado que asegure la salud, asistencia médica y servicios sociales necesarios para garantizar el bienestar (art. 22); y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 19 de diciembre de 1966, acerca del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (art. 12). En el ámbito europeo, destaca la Carta Social Europea, de 18 de octubre de 1961, revisada el 3 de mayo de 1996, que dispone el compromiso de los Estados de llevar a cabo cuantas medidas sean necesarias para la protección de la salud de las personas (art. 11 y 13); y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 18 de diciembre de 2000, que reconoce el derecho de toda persona a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria según lo dispuesto por las legislaciones y prácticas nacionales (art. 35).

No obstante, esta proyección universalista no significa que no puedan configurarse limitaciones o restricciones, sino que en el supuesto de que se lleven a cabo tan sólo sean admitidas aquellas que no impliquen una negación del propio derecho o estén basadas en motivos contrarios a la propia esencia y/o principios que rigen los derechos humanos¹.

Así, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales², encargado de vigilar y velar por el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha contribuido especialmente a definir el contenido del derecho a la protección de la salud y el conjunto de obligaciones tanto positivas como negativas que

¹ Saura Estapá, J. *La universalización de los derechos humanos*. En Bonet Pérez, J. y Sánchez V.M. (Dir.) *Los derechos humanos en el S XXI: continuidad y cambios*. Barcelona: Huygens, 2008, pp. 103-135)

² El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) es un órgano compuesto de 18 expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por sus Estados partes. Se creó en virtud de la Resolución ECOSOC 1985/17, de 28 de mayo de 1985, para llevar a cabo las funciones de seguimiento asignadas al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) en la Parte IV del Pacto.



los Estados están obligados a cumplir para su tutela. Todo ello en línea con las bases fijadas por el propio pacto, que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en relación con el resto de determinantes de la salud y los recursos del Estado para hacer efectiva dicha protección. Así, se dispone la obligatoriedad de llevar a cabo un conjunto de medidas básicas para garantizar la efectividad de tal derecho en términos de igualdad y no discriminación, cuyos elementos esenciales son la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad³.

A este respecto, el elemento más trascendente es el de accesibilidad, interpretada tanto en términos de acceso físico a los servicios públicos de salud como de asequibilidad económica. En este sentido, el referido Comité hace mención expresa a la garantía de acceso a los servicios públicos para todos los ciudadanos, sin discriminación, y a la exigencia de que la configuración de posibles pagos por la atención sanitaria sea realizada en términos de equidad, de manera que la accesibilidad física sea puesta en conexión con la asequibilidad económica e incluya también a los grupos socialmente más desfavorecidos. Luego según esta doctrina, las administraciones tienen libertad para configurar el contenido y amplitud del derecho a las prestaciones sanitarias y no están obligadas a reconocerlas en términos de gratuidad para todos los ciudadanos, pero sí a aquellos colectivos que por razones económicas puedan tener dificultades para el disfrute efectivo de dicho derecho de acceso si éste no es reconocido en términos de gratuidad.

En esta línea, el propio Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales advierte que se vulnera tal contenido cuando mediante actos de omisión “*no adoptan medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud*”, o cuando por actos de comisión se produce “*la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho a la salud, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud*”.

Con ello, el contenido esencial del derecho a la protección de la salud se entendería vulnerado si se llevan a cabo medidas regresivas que afecten a la accesibilidad de la asistencia sanitaria, entendiendo que se produce tal afectación si se deniega el acceso a los servicios sanitarios, si formalmente no se reconoce la titularidad del derecho a recibir asistencia sanitaria gratuita o, a pesar de reconocerse, se fijan obstáculos, pagos

³ Observación General número 14 al PIDESC: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 2000.



o costes que, en la práctica, impiden un acceso real para determinados colectivos o grupos marginales⁴.

De esta forma, aunque el referido Pacto no impone la obligación de reconocer el derecho a la protección de la salud a todas las personas, sí lo hace con respecto a los colectivos o grupos más vulnerables, ya que se pretende evitar que ninguna persona quede excluida de la posibilidad de recibir la asistencia sanitaria que precise por no disponer de recursos económicos.

A su vez, gran parte de la doctrina mantiene una postura cuyo fundamento principal se basa en entender que la protección de la salud constituye un elemento esencial para el pleno desarrollo del ser humano en términos de dignidad y se encuentra en íntima conexión con otros derechos fundamentales como el derecho a la integridad física y psíquica y la propia vida (art 15 CE), de manera que las garantías en torno a la misma no pueden ser configuradas sin tener en cuenta que su desprotección indirectamente puede suponer una vulneración de estos derechos de rango fundamental, tanto a nivel individual como colectivo. Así, la garantía de un derecho de acceso a los servicios sanitarios sin la garantía de recibir la asistencia gratuita que sea necesaria, no es suficiente para entender respetado el contenido esencial del derecho a la protección de la salud y de otros derechos conexos⁵.

Se insiste, pues, en que la protección de los grupos vulnerables se encuentra justificada tanto por razones de equidad como de dignidad y respeto de otros derechos conexos e íntimamente relacionados con la protección de la salud de la persona. Pero también por razones de salud pública, ya que su exclusión indirectamente supone una mayor desprotección para el conjunto de la ciudadanía con respecto, por ejemplo, a las enfermedades de carácter contagioso (como puede ser el caso de la Covid-19), pues si el sujeto excluido es portador de la enfermedad podría resultar imposible activar el sistema de vigilancia epidemiológica previsto para su tratamiento y contención. Ante determinadas enfermedades, el beneficio de las actividades preventivas y asistenciales no es sólo para quien las recibe sino para toda la sociedad en su conjunto. De igual modo, ello también repercute en la propia sostenibilidad del sistema, pues en términos económicos es menos costoso llevar a cabo medidas de tipo preventivo que asumir el elevado coste de posibles hospitalizaciones y tratamientos curativos de pacientes infectados por una enfermedad no tratada correctamente en origen.

⁴ Dalli Almiñana, M. *El derecho a la salud y la prohibición de regresividad*. Revista Telemática de Filosofía del Derecho, núm. 21, 2018, p. 240.

⁵ Pérez Gázquez, M.I. *La pretendida e inalcanzada universalidad de la asistencia sanitaria gratuita. Retos pendientes*. Revista Española de Derecho del Trabajo núm. 232/2020. Editorial Aranzadi, S.A.U., Cizur Menor. 2020.



En consecuencia, si bien es cierto que la técnica de aseguramiento del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, no produciría de forma directa una vulneración del artículo 43 CE, por ser éste un principio rector cuya configuración y amplitud cabe realizar al legislador, el hecho de que se excluya a determinados colectivos sin valorar las posibles repercusiones que ello puede tener para su salud, así como para la de la sociedad en su conjunto, si puede ocasionar indirectamente una vulneración de los reseñados derechos fundamentales.

Parece razonable, pues, que las personas cuyas circunstancias socioeconómicas, especialmente la falta de recursos, les impidan hacer frente al pago de la asistencia prestada a los precios fijados, y no tengan reconocido el derecho a la asistencia sanitaria pública, puedan recibir apoyos en el abono del importe exigido. La posible situación de vulnerabilidad generada por la carencia o insuficiencia de medios económicos podría justificar la excepcionalidad de estos casos para evitar que estas personas queden excluidas del sistema sanitario.

Así se ha entendido, por ejemplo, por la Comunidad de Navarra. Considerando la existencia de personas que por su situación económica y social no van a poder hacer frente al pago de la contraprestación económica establecida para poder formalizar convenios especiales en materia sanitaria, que les den acceso a una atención sanitaria de calidad e integral, se decidió el establecimiento de una exención de los precios siempre que se dieran los siguientes requisitos: no tener acceso al Sistema Nacional de Salud por otra vía, residir en esa Comunidad y tener una renta inferior a 18.000 euros⁶.

Con todo, considerando la necesidad de garantizar el derecho de acceso a la asistencia sanitaria sobre una base no discriminatoria, en especial en lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados, al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común, formulamos la siguiente **Resolución**:

1. Que se estudie y valore la posibilidad de establecer la bonificación, exención o reducción del pago de la contraprestación económica derivada de la suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria en Castilla y León por personas que no tengan la condición de aseguradas ni beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, cuando se encuentren en una situación de especial

⁶ Acuerdo de 6 de abril de 2018, de exención del pago del precio derivado de los convenios especiales de asistencia sanitaria en Navarra cuando afecte a personas que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad económica y social.



vulnerabilidad o marginalidad económica y social que les impida el acceso a dicha prestación pública.

2. Que se analice la forma de ofrecer los apoyos necesarios a XXX, excluida del sistema público de salud y carente de recursos suficientes para suscribir el convenio especial con el Sistema de Salud de Castilla y León, con la finalidad de garantizar su derecho de acceso a la asistencia sanitaria en términos de igualdad y no discriminación.

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique de forma motivada la aceptación o no aceptación de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Sanidad en el plazo de dos meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.

Una vez realizadas las comunicaciones oportunas, se acuerda publicar la presente Resolución en la página web de esta Institución, previa disociación de los datos de carácter personal que contuviera.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

EL PROCURADOR DEL COMÚN

Tomás Quintana López