

El derecho a la protección de la salud y su significación como paradigma de lucha contra las desigualdades y discriminaciones sociales

Victoria Rodríguez-Rico Roldán

Universidad de Granada

Resumen

Sabido que la salud constituye una pretensión continuamente presente en el proyecto vital de todo ser humano y que resulta imposible afrontar su pérdida desde un plano exclusivamente individual, se hace imprescindible emprender una reflexión sobre la lógica de las prestaciones sanitarias en la teoría del Estado social, con especial hincapié en la garantía jurídico-institucional que a tal efecto representa el Sistema de Seguridad Social. En este sentido, la presente comunicación aborda la articulación de la protección social en el ámbito sanitario. Se aspira a advertir que el trasfondo de la protección de la salud como cometido del Estado social reside, más allá de la preservación de un adecuado estado sanitario de la población, en la lucha contra las discriminaciones y desigualdades sociales. Ciertamente, la salud representa una necesidad esencial de todos los individuos. La común aspiración humana a dicho bien jurídico impone el reconocimiento de un derecho universal que garantice, sin referencia a condición personal alguna, las adecuadas prestaciones ante la irrupción intempestiva de la enfermedad. Es de esta forma como se confirma que la protección de la salud logra promover la integración y participación de todos los individuos en la sociedad, materializándose en éste como en ningún otro plano de la esfera pública los principios de igualdad y solidaridad.

Palabras Clave

Salud, Asistencia sanitaria, Estado social, Cohesión social, Igualdad, Seguridad Social.

La salud: factor de necesidad social

La salud constituye una aspiración común a todos los individuos de una sociedad. En concreto, es su doble proyección como bien privado "por afectar a las personas en su consideración individual y familiar" y bien público "por afectarles como miembros de la sociedad e insertos en ella", la que convierte su protección en una "exigencia social" (Gala Vallejo, 2007: 24), repercutiendo en beneficio de toda la población. En ausencia de este bien jurídico, el desarrollo en clave personal y social se ve fuertemente obstaculizado, de ahí su importancia en la vida de los individuos y su consiguiente trascendencia en los enfoques político, económico y social de la agenda estatal. La asistencia sanitaria representa, así, uno

de los pilares fundamentales de nuestro Estado de Bienestar. En coherencia con ello, corresponde al mismo proteger al conjunto de ciudadanos frente a la enfermedad, un riesgo social que no deja de estar presente, “por muy buena que sea la situación, en este caso el estado sanitario, de la población” (Alonso Olea, 1999: 23). Y es que, dado el carácter eminentemente universal del derecho a la protección de la salud, encuentra éste su garantía más eficaz en aquella encomendada a la esfera pública (Ferrajoli, 2011: 395), revelándose el Estado como la instancia más adecuada para atender a las necesidades sanitarias de la población, tal y como se colige al constatar que el desarrollo del Estado social ha supuesto un mejoramiento de la salud hasta niveles impensables hace años.

Lo cierto es que la intervención estatal en este ámbito responde a un objetivo eminentemente poliédrico, que no se limita al mantenimiento o recuperación del “estado de completo bienestar físico, mental y social” de los individuos, tal y como se define la salud en el preámbulo de la Constitución de la OMS. Resulta evidente, de un lado, la correspondencia entre las desigualdades socioeconómicas y las diferencias de salud en la sociedad (Benach, 1997: 255-258), de ahí que el afán del Estado por acatar las primeras implica a su vez la consecución de niveles más altos de salud. Predicar que la abolición de la miseria emerge en garantía de niveles sanitarios más adecuados exige advertir enseguida que esta relación causa-efecto se manifiesta igualmente en sentido inverso, asumida la poderosa incidencia de la salud en las circunstancias socioeconómicas de la población, de forma que el Estado social aspira a neutralizar los conflictos sociales latentes mediante la integración de la población de la mano de la lucha contra la enfermedad y demás obstáculos que impiden el progresivo desenvolvimiento individual y social de los individuos. Sin ser arriesgados se puede afirmar, pues, que la protección de la salud supone un emblemático combatiente de las discriminaciones sociales, facilitando el acceso a los mecanismos que posibilitan un mejor cuidado de aquélla a todos los individuos. Se evidencia, así, el carácter corrector de las desigualdades que inspira el Estado social, desigualdades que tropiezan con los derechos sociales de ciudadanía como efectivos adversarios tendentes a reducirlas (Monereo Pérez, 1995: 26).

Es de este modo como se justifica que la acción en materia sanitaria constituya uno de los contenidos prioritarios de la agenda pública, pues con una adecuada política sanitaria no sólo se elimina la enfermedad, sino que además se contribuye a diseñar una sociedad más igualitaria y justa, al tiempo que se favorece el desarrollo económico y social. Y sabido es que el primer objetivo del Estado social, por razones obvias, radica en el mantenimiento de un nivel de vida suficiente (Agudo Zamora, 2009: 112). Con gran acierto, FERRAJOLI ha señalado que la garantía de los derechos sociales en general y el derecho a la salud en particular “es el presupuesto no sólo de la supervivencia individual sino también del desarrollo económico del conjunto de la sociedad” (Ferrajoli, 2011: 68). En efecto, ampliando la tesis de AMARTYA SEN, referida estrictamente a los derechos de libertad, el autor proclama el conjunto de los derechos fundamentales como presupuestos del crecimiento económico.

La lógica de la protección de la salud como cometido del Estado social

La asistencia sanitaria evidencia de forma patente los valores de solidaridad y cohesión social que descansan en la base de nuestro Estado social, uno de cuyos objetivos principales radica en la protección social obediente a una lógica componedora y totalizadora. En este sentido, lo que define al Estado social es, sin duda, la satisfacción de las necesidades vitales de los individuos, asumida la función social, la “acción social objetiva” que da sentido al Estado (Heller, 2004: 62). Por tanto, la protección de la salud ocupa un lugar esencial en toda la política social contemporánea (Durand, 1991: 236). Tan estrecha es la vinculación entre salud y Estado social que se puede afirmar, sin riesgo de exageración, que la política sanitaria es una de las que mejor se encuadra en el propósito social que inspira el Estado. La protección de la salud emerge, pues, en una tarea ineludible del mismo, a la que no puede ni debe renunciar en aras a lograr la paz social de los miembros de la comunidad política, como consecuencia de la igualdad formal y material de todos ellos. Al ser la salud una fundamental vía de acceso a la integración y participación social y política, en estas prestaciones sanitarias, más que en ninguna otra, se manifiesta el Estado como servidor de la sociedad, creando un vínculo social que trata de asegurar a todos por igual este servicio fundamental.

En efecto, la protección de la salud supone una de las derivaciones más señaladas de la concepción de nuestro Estado social, que propugna la igualdad en calidad de valor superior del ordenamiento jurídico y de sustento de los derechos sociales. A este respecto, BOBBIO ha señalado que “la razón de ser de los derechos sociales como (...) el derecho a la salud, es una razón igualitaria”, en tanto tiende a “hacer menos grande la desigualdad entre quien tiene y quien no tiene, o a poner un número de individuos siempre mayor en condiciones de ser menos desiguales respecto a individuos más afortunados por nacimiento y condición social” (Bobbio, 1995: 151). La cláusula de Estado Social y democrático de Derecho ha de ser puesta inmediatamente en conexión con el mandato genérico contenido en el artículo 9.2 de la Constitución española, constitutivo de la estipulación de transformación del Estado de Derecho, al imponer a los poderes públicos la obligación positiva de remover todos los obstáculos que impidan la libertad, la igualdad y la participación del individuo en la sociedad, habiendo sido explícitamente confirmada dicha relación por el Tribunal Constitucional en su Sentencia 19/1982, de 20 de diciembre.

Superadas ya las antiguas concepciones que negaban la naturaleza de derechos subjetivos en sentido estricto a los derechos sociales, hoy resulta de todo punto inasumible una reducción de los mismos a meras prescripciones virtuales e imprecisas. Los derechos sociales, si bien con sus innegables singularidades técnico-jurídicas, gozan de igual condición y entidad que los derechos civiles y políticos, siguiendo la tradicional denominación histórico-ideológica. Y, en este contexto, la transversalidad ha singularizado, desde su reconocimiento, la naturaleza de los derechos sociales. Entre ellos, la protección de la salud pone en juego una ingente cantidad de ámbitos para su plena realización, irradiando su luz a muy diferentes campos de acción, en una suerte de interconectividad. Cabe afirmar, sin temor a equívocos, que el efectivo ejercicio de todos los derechos fundamentales requiere como *prius* ineludible un satisfactorio nivel de salud (Monereo Pérez, 2012: 943). Se comprueba, así, la relación intrínseca entre los derechos de igualdad y los derechos de li-

bertad (Peces-Barba, 1988: 206-213), preconcebida por el propio Estado social de Derecho.

En este sentido, la salud encierra un valor tan esencial en la vida del ser humano que sin su protección resulta imposible la garantía del ejercicio del resto de derechos. En efecto, de bien poco sirve el reconocimiento de estos últimos si, ante la pérdida de la salud, el ser humano carece de los medios necesarios para restituirla. Es esta conclusión la que permite valorar la entidad de la protección de la salud en toda su plenitud. La interrelación entre ambas categorías de derechos no deja de resultar reveladora en tanto que nuestro Estado democrático garantiza un sistema de derechos en el que los sociales se imponen como ineludibles para la efectividad de los civiles y políticos, es decir, el ejercicio de los derechos políticos no puede llevarse a cabo de manera plena y eficaz sin el previo reconocimiento de los derechos sociales y económicos fundamentales. Y es precisamente tal relación entre todos los derechos la que conduce a asentar el Estado social y democrático de Derecho como el llamado a atender de manera más eficaz las exigencias que imponen la libertad y la igualdad (Fernández García, 2009: 53).

Los derechos sociales, tendentes a la satisfacción de las necesidades básicas individuales y sociales, al tiempo que se sustentan en la dignidad humana, incorporan los requerimientos de la solidaridad social. No en vano se ha señalado que los derechos sociales son “derechos solidarios” ya que predicen una ineludible “vinculación de la conciencia individual con la colectiva” (Martínez de Pisón, 1998: 106). Así pues, el goce de salud, en cuanto “necesidad básica” de todo ser humano (Doyal y Gouch, 1994: 14), supone una importante garantía que da paso a un alto nivel de bienestar, integración y participación en la comunidad en la que se halla inserto y en la que se realiza. En coherencia con ello, resulta comprensible la articulación de su protección como derecho, impidiendo la exclusión social del individuo, pues, como es sabido, la participación en el Estado democrático requiere el imprescindible reconocimiento de los derechos sociales de la ciudadanía.

A día de hoy no parece discutible que el derecho a la protección de la salud, como rasgo común con el resto de derechos sociales, supone un instrumento esencial al servicio de la libertad (condición ésta de la dignidad humana en el pensamiento kantiano), dado que garantiza buena parte de los medios que requiere el individuo para alcanzar su pleno desarrollo, a la vez que permite superar aquellos obstáculos que entorpecen el mismo. Ciertamente, conviene tener presente que la libertad no sólo se logra con la ausencia de restricciones sino, de manera más ambiciosa, con la presencia de medios aptos para el desenvolvimiento de la vida. En concreto, como recuerda GARCÍA-PELAYO, el Estado social posibilita el ejercicio real de la libertad al materializar las condiciones existenciales mínimas que dotan de contenido material el disfrute de la misma (García-Pelayo, 1989: 26-30).

El Estado, emergido en un factor de cohesión del complejo social que lo integra, resulta imprescindible en la articulación técnica de la solidaridad. No cabe ignorar que la salud es un bien inestimable en cuanto “imposible de cuantificar monetariamente” y, consecuentemente, “exige la ruptura de cualquier relación individual entre la capacidad económica y la protección de la salud” (Aparicio Tovar, 1989: 111). Se ha de recordar, a estos efectos, que el derecho a la asistencia sanitaria, al igual que los restantes derechos sociales prestacio-

nales, se técnica como derecho de desmercantilización (Monereo Pérez, 1995), de forma que es garantizado con base en la ciudadanía como clave de pertenencia del individuo a la comunidad política organizada y, por tanto, con independencia de la situación que ocupa en las relaciones socioeconómicas. En un Estado social y democrático de Derecho, resulta de todo punto inasumible que el mercado decida quiénes hayan de ser los beneficiarios de la asistencia y, en consecuencia, “la capacidad económica del paciente como determinante es éticamente inaceptable” (Alonso Olea, 1999: 26). Es así como se aspira a cristalizar la cláusula de la igualdad que es precisamente la que da sentido al Estado social, otra de cuyas principales implicaciones viene dada por la imposibilidad de que el individuo que goce de mejor salud tenga derecho a conseguir unos términos mejores. De forma más expresiva, cabe indicar que “una política que capacite que personas que tienen un bajo riesgo de enfermedad logren un tratamiento mejor que el recibido por aquellos que tienen una experiencia de enfermedad menos favorable, no es defendible en un plan de seguro nacional” (Beveridge, 1989: 45).

Como se aprecia, el derecho a la protección de la salud, plenamente integrado en el patrimonio de la ciudadanía, sirve de acomodo a la consecución de una efectiva igualdad sustancial, que supone el “verdadero símbolo legitimario del Estado del Bienestar” (García Cotarelo, 1986: 73). En todo caso, el componente igualitario que trae consigo la articulación del Estado social en el ámbito sanitario no es la garantía de un perfecto estado de salud a todos los individuos, sino la condición subjetiva común de ser titulares de un derecho a la protección de la salud, en virtud del cual, aquéllos podrán reclamar frente al Estado la provisión de los cuidados sanitarios necesarios. A estos efectos, conviene partir de una premisa fundamental: resulta a todas luces imposible el aseguramiento de la ausencia de enfermedad. La vida humana en general y la salud en particular se hallan sometidas a leyes cuyo cumplimiento no se puede eludir por ningún medio jurídico. Todos estamos expuestos a los “resultados del azar natural” (Rawls, 1985: 29). Y ya se sabe que el Estado social persigue luchar contra las desigualdades fruto de la organización social y económica, pero no consigue, por razones obvias, desterrar las desigualdades biológicas. La aparición de dolencias físicas o psíquicas mantienen, en efecto, barreras imposibles de suprimir. En consecuencia, esta incertidumbre, que acompaña a la sociedad desde tiempos inmemoriales, no ha podido ser derrotada por las técnicas de previsión social. No es posible asegurar al individuo que no acaecerá en su vida el riesgo social de enfermedad, pero sí garantizar que si éste irrumpe, lejos de quedar desamparado, gozará de los medios necesarios para suprimir o, al menos, paliar sus efectos. Es por ello que el Estado, a través de la Seguridad Social, es apto para garantizar un “derecho a la protección de la salud” y no un “derecho a la salud”, estableciendo un sistema que brinda acceso a iguales oportunidades de restauración de la salud perdida.

Ineludible conexión entre la asistencia sanitaria y la garantía jurídico-institucional del Sistema de Seguridad Social

El fundamento de la articulación de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social

La correlación entre un derecho social, integrante del status jurídico de ciudadanía

social, y el deber jurídico tendente a su satisfacción es imprescindible para evitar que aquél quede reducido a un mero derecho de papel. Existe, pues, una estrecha correspondencia entre el derecho público subjetivo a las prestaciones sanitarias y el deber público de éstas que incumbe al Estado, una vez verificada la contingencia. Es por ello que la concepción de la asistencia sanitaria como un derecho subjetivo, consistente en una “pretensión de tutela jurídica estatal” (Nawiasky, 2002: 169), lleva inmanente e impone la garantía del mismo a través de la acción positiva del Estado en el establecimiento de las condiciones que posibiliten al individuo el disfrute de la salud, rehabilitándola si ésta es alterada. En concreto, tal obligación de prestación se cristaliza mediante la garantía jurídico-institucional del Sistema de Seguridad Social, “uno de los más potentes factores de transformación de las sociedades contemporáneas” (Durand, 1991: 729). Se concibe, de este modo, la asistencia sanitaria como un derecho social en cuanto derecho de crédito, ya que lo característico del mismo no es la abstención del Estado sino la exigencia al mismo, bajo el título jurídico de derecho, de una determinada acción positiva mediante la previsión de los medios necesarios para la satisfacción de unos niveles adecuados de salud. Se trata del indefectible poder de exigir que acompaña a todo derecho de prestación positiva.

A este respecto, conviene incidir en la estrecha conexión entre asistencia sanitaria y Seguridad Social, en tanto que la garantía de la protección de la salud queda endentada en el mantenimiento de un Sistema de Seguridad Social que articula, entre otras, las prestaciones sanitarias. La enfermedad es concebida ya desde BEVERIDGE como uno de los grandes “gigantes” contra los que ataca eficazmente el plan de Seguridad Social (Beveridge, 1989: 285).

La protección de la salud, como derecho social orientado a la igualdad, es una condición necesaria para la proclamación de la justicia social, de ahí su tratamiento en los brazos de la Seguridad Social, institución que encarna desde su concepción tal sentimiento. En consecuencia, los sujetos protegidos por el Sistema de Seguridad Social están titulados para compeler a los poderes públicos a la satisfacción de los correspondientes mecanismos protectores de la salud.

La asunción de la asistencia sanitaria por la Seguridad Social resulta alentadora, asumida la íntima vinculación entre protección social y libertad (Venturi, 1995: 771). En efecto, aquél promueve la libertad real de los individuos a través de la liberación a los mismos de las limitaciones que la necesidad les impone y tal liberación, materializada en este caso en la prevención o reparación de las consecuencias de la enfermedad, garantiza a su vez la seguridad humana, la cual, en la “sociedad del riesgo” (Beck, 2010) en la que vivimos, no deja de presentarse como un objetivo a cuya consecución se aspira constantemente.

De lo anterior se colige que el derecho a la asistencia sanitaria y el Sistema de Seguridad Social son componentes primordiales de la configuración del Estado social de Derecho. Éste utiliza la Seguridad Social a modo de herramienta institucional en la misión de liberar a los individuos de las “preocupaciones que acompañan a la vida” a las que se refería VENTURI (Venturi, 1995: 275), entre las que la enfermedad, sin necesidad de gran ar-

gumentación, ocupa un lugar altamente remarcable. El bienestar que aspira a garantizar la Seguridad Social mediante la protección de la salud permite afianzar el principio de solidaridad en la consolidación del Estado social.

Si procurar “el restablecimiento de una persona enferma es un deber del Estado” (Beveridge, 1989: 267), resulta claro que ello se sustenta en la inalienable dignidad e igualdad de los seres humanos, ambos valores netamente arraigados en el fundamento del Sistema de la Seguridad Social, artificioso instrumento de superación de desigualdades. No existe duda de que la lógica del Estado social es la de la continua lucha por la igualdad, asumida la conexión entre ésta y la justicia. A tal efecto, no procede pasar por alto que la igualdad no se distingue del concepto y del valor de la justicia en la mayor parte de sus acepciones (Bobbio, 2009: 56). El gran logro del Estado social reside en su fundamento axiológico, en tanto busca la materialización del ideal de justicia como equidad en el sentido de RAWLS, a través de la igualdad y, muy marcadamente, de la libertad. Al servicio de dicho propósito social, la Seguridad Social supone un instrumento fundamental. Si bien es cierto que la Seguridad Social no define toda la política social, sí se puede afirmar que la política Social no es definida como un todo sin Seguridad Social. Es en esta intrínseca relación Seguridad Social-Estado Social en la que se vislumbra a las claras el objetivo de este último, materializado en “integrar a la población, a través de la Seguridad Social, de una igualdad acrecentada y de una cogestión sociopolítica” (Ritter, 1991: 37).

La garantía que la Seguridad Social ejerce para con el carácter universal del derecho a la asistencia sanitaria supone una exigencia coherente con el principio de solidaridad que sirve de soporte a la unión de todos los miembros de la comunidad política y que incita, pues, a la extensión de la prestación superando colectivos reducidos de destinatarios. Por tanto, la asistencia sanitaria representa la prestación en la que mejor se evidencia el principio de solidaridad, inspirador de toda política social. No en vano, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea ubica el derecho a la protección de la salud en el Título IV, dedicado al valor de la solidaridad.

El origen de la inclusión de la asistencia sanitaria en la protección social

El Seguro Obligatorio de Enfermedad (en adelante, SOE) constituye el origen más inmediato de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social tal y como se concibe en la actualidad. Una preocupación generalizada sobre la salud de la población llevó a actuar con mayor ímpetu en el ámbito sanitario, desde el novedoso enfoque de la previsión social, lo cual sería de provecho para el desarrollo del país y la satisfacción de las necesidades sanitarias de los individuos. Se emprendió, así, la protección de un ámbito que tradicionalmente había constituido objeto de atención por la beneficencia y la previsión privada, llenando, desde otra técnica, una necesidad poderosamente sentida en la sociedad.

Lo cierto es que el tratamiento del origen de la previsión social española lleva aparejado indefectiblemente el de la explosión del intemperante conflicto obrero que subyacía en la realidad de la época y que despertó ante la situación político-económica existente. En efecto, la previsión social de comienzos del siglo pasado no puede ser analizada desde una perspectiva exclusivamente jurídico-positiva, mediante el análisis de las diversas disposicio-

nes normativas, sino que, con mayor ambición, se ha de valorar la construcción social en que se acometió su instauración. Y es que, resulta de todo punto imposible interpretar enunciados jurídicos sin escudriñar las raíces sociales y políticas que les sirvieron de base. El Derecho, como siempre, aparece tras una realidad social que le precede, revelando la entramada de conflictos, preocupaciones y necesidades latentes en la misma. A tal efecto, acertadamente se ha señalado que “no es comprensible el fenómeno del Estado Social si se hace abstracción de una serie de datos sociales que, al menos en un pasado reciente, han configurado una sociedad que servía de soporte a tal forma de Estado” (García Cotarelo, 1986: 38). Como seguidamente se expondrá, la situación real de la época obligaba a una nueva lectura a través de la óptica de la previsión social.

El último tercio del siglo XIX trajo consigo unos conflictivos años en los que la cuestión social asume la envergadura de problema estatal. En este sentido, la tensión social propició que la previsión se incorporara a las inquietudes del Estado, el cual, mediante la correspondiente normativa social, comenzó a intervenir en las relaciones socioeconómicas y productivas, adquiriendo una nueva calidad de componedor de las mismas. La previsión social, al igual que cualquier otro instrumento del Derecho social responde, pues, a una llamada de necesidad obrera. En efecto, la instauración del Estado Social no parte de cero, antes al contrario, deriva de una lucha que verificó las aportaciones teóricas de IHERING. En todo caso, conviene tener en cuenta que no se trató en exclusiva de una autónoma conquista por parte de los trabajadores, ni una concesión del poder establecido, sino una suerte de “compromiso político-social” (Monereo Pérez, 2007: 162).

Así las cosas, el ímpetu que durante el siglo XVIII y buena parte del XIX animó la lucha de la sociedad contra las limitaciones que el poder político imponía al libre desenvolvimiento de la actividad individual, se dirigía ahora hacia aquellos obstáculos surgidos de la organización socioeconómica y sus efectos, muy señaladamente el binomio de la enfermedad y la miseria, o la miseria y la enfermedad. Conquistados los derechos individuales, la acción pasó a enfocarse hacia los derechos sociales, reclamándose del Estado la provisión de los medios de existencia a través de los seguros sociales.

Como resultado de esta nueva conciencia, surge una legislación social que a instancia, en primer lugar, de la Comisión de Reformas Sociales y, con posterioridad, del Instituto de Reformas Sociales, integra las normas legales reguladoras de las condiciones de trabajo, así como de forma innovadora, la previsión social. Paradójicamente, siendo las principales inquietudes de los obreros los riesgos de enfermedad y muerte, el Estado comenzó su programa social mediante la previsión de la vejez. En todo caso, con carácter paulatino, se va constatando la necesaria ampliación de los riesgos protegidos mediante la articulación de los correspondientes seguros. Las siguientes dimensiones de la vida del individuo dignas de aseguramiento eran fácilmente identificables a la vista de la realidad socioeconómica, destacando con fuerza la enfermedad. Ciertamente, se evidenciaba la urgencia de articular los mecanismos que, de manera efectiva, lucharan contra el riesgo social de enfermedad, sabido que el mismo se caracteriza por ser intrínsecamente generalizado, amenazando con aparecer en cualquier momento, y, por consiguiente, imposible de escapar a la inquietud humana.

En base a lo anterior, no resulta costoso reconocer la entidad del Seguro de enfermedad en cuanto instrumento para afrontar un riesgo que brotaba con fuerza en la clase obrera de principios del siglo XX. Al tiempo que se pretendía acabar con los altos índices de morbilidad y enfermedades infecciosas, de la mano de un eficaz modelo de ingeniería sanitaria, se aspiraba a lograr una plena igualdad de oportunidades de los diversos grupos sociales ante la vida y sus condiciones dignas de conmiseración.

Es fuerte el vínculo entre enfermedad y miseria y así se ha puesto de manifiesto en reiteradas ocasiones. En este sentido, el Seguro de enfermedad fue ideado como un mecanismo de lucha contra la pérdida de la salud, aunque en el trasfondo residía una ardua batalla contra la pobreza que aquélla lleva indefectiblemente aparejada. Resultaba claro que el azote que representaba la miseria no sería desterrada con meras medidas económicas, sino que era preciso articular otras más amplias entre las que destacaba la previsión contra la enfermedad. El SOE, pues, como cualquier instrumento de política social, obedecía a motivos de muy diversa naturaleza, más allá del estrictamente sanitario, presenciando una encrucijada de intereses y necesidades que coadyuvaban a la emergencia del mismo. De ahí la naturaleza política, social, sanitaria, económica y jurídica del proceso pretendido. Se trataba de evitar, por una parte, que los obreros, ya de por sí con condiciones exiguas de vida, cayeran en la indigencia. Pero también colaboraban a la causa motivos de índole demográfica y economicista de la mano de obra. En este sentido, se aspiraba a paliar la suspensión de la participación del trabajador en la vida económica y la correspondiente traba a la producción. Existía, en definitiva, un evidente objetivo restaurador de los incidentes sanitarios que supusieran una interrupción en la actividad productiva del trabajador.

Así, de forma complementaria, la articulación de un seguro social que protegiese ante la pérdida de salud se concebía como una poderosa manera de lograr la recuperación económica y la acumulación de capital de un país arrasado por la contienda civil, dado que se trataba de proteger sanitariamente a la fuerza de trabajo. Se confirma, en definitiva, la idea de que la protección de la salud es un componente fundamental en el camino hacia el desarrollo social y económico de toda sociedad. En efecto, la relación entre salud y desarrollo social implica una suerte de retroalimentación, de forma que un índice adecuado de salud depende de un efectivo desarrollo social, y de manera inversa, éste existe, en buena medida, en función de aquél.

Las técnicas del mutualismo privado, la iguala y la beneficencia, que se hallaban consolidadas aprovechando el terreno libre que la actividad estatal había dejado hasta entonces, se habían revelado insuficientes para responder a un problema digno de atención integral. El amplio ámbito sombrío que dejaban tales técnicas propias del Estado liberal no tardaría en ser alumbrado bajo los auspicios de la previsión social. Ciertamente, la previsión individual materializada en el ahorro se reveló manifiestamente ineficiente para atender a las necesidades sociales que surgían del nuevo modelo de producción industrial. También se predicaba, por su parte, la ineficacia de la beneficencia, ya que atendía en exclusiva a los efectos de la miseria, sin reparar en sus motivos. El carácter deficiente de la respuesta proporcionada por ambas técnicas se manifestó con toda su crudeza a finales del siglo XIX, de ahí que la intervención del Estado en materia de previsión no ofreciese dudas, emergiendo

como un mecanismo apremiante canalizado a través de los seguros sociales obligatorios. Tal percepción sería común en toda Europa, en la que se evidenciaba, que “desde mediados del siglo XIX por lo menos, la fórmula liberal (...) había dejado ya de ser adecuada, y a medida que fue transcurriendo el tiempo dejó de ser políticamente aceptable” (Ashford, 1989: 357).

Conforme la asistencia sanitaria emerge en tarea social, la protección de la salud deja de estar relegada a una esfera estrictamente individual, al considerarse que su atención y protección no corresponde exclusivamente al individuo. Éste no puede afrontar solo, con sus propios recursos, el riesgo de la enfermedad, por lo que corresponde al Estado poner a disposición del mismo los medios necesarios para recuperar la salud cuando la haya perdido. El Estado se concibe, así, como el único ente en condiciones de crear “con el esfuerzo de todos, la seguridad para todos” (Venturi, 1995: 770). Como se advierte, los planteamientos individualistas, propios del Estado liberal, fueron progresivamente sustituidos, en el propósito de evitar que situaciones de necesidad cayeran en la desprotección social. Ése es el sentido del Estado social y de la función que lleva a cabo inicialmente mediante la técnica de los seguros sociales. Frente a la tradicional protección de la salud pública (en su vertiente colectiva), el Estado invade el terreno que hasta entonces habían ocupado la previsión privada organizada y la beneficencia, en aras a atender más eficazmente determinadas situaciones que precisaban de aseguramiento. Ya no se aspiraba únicamente a erradicar las enfermedades y prevenir su difusión, como otrora había sido el objetivo principal de la tutela de la salud pública, sino también a articular los medios precisos con el fin de asistir sanitariamente a los individuos.

Sin duda, el principio de obligatoriedad que inspiraba el modelo español de seguros sociales representa la mayor ruptura con el modelo anterior, en tanto que, por primera vez, el Estado intervenía sobre las relaciones sociales y económicas, exentas de su composición bajo el Estado liberal. Obediente a una estricta separación entre sociedad y Estado, el principio de “laissez faire” había desplazado el desarrollo individual a la esfera más íntima de cada individuo, tras lo cual irrumpió con fuerza la idea de la necesaria intervención del Estado en aras a socorrer a los que, por sí mismos, no podían alcanzar dicho desenvolvimiento, pretendiendo materializar la justicia social (Monereo Pérez, 2008: 78).

El SOE, a pesar de constituir el centro estructural de la previsión social -no en vano se le ha definido como “el gran seguro social” (Vida Soria, 2001: 24)-, quedó postergado en el tiempo con respecto a otros seguros, a diferencia de lo ocurrido en el escenario internacional. En concreto, la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad se llevó a cabo por la Ley de 14 de diciembre de 1942 y su Decreto de 11 de noviembre de 1943. Su implantación supuso un valioso avance en materia de previsión social. Por primera vez, se atendía a la enfermedad desde un prisma diferente, desde una conciencia social que aspiraba a la solidaridad. En efecto, el SOE representa el inicial instrumento de protección que asumió la cobertura de la pérdida de salud de un amplio colectivo de población, mediante un abanico de prestaciones directas. Logró despertar, así, una nueva conciencia de derecho hasta entonces desconocida por la sociedad. Ciertamente, el logro más significativo con la inclusión de la asistencia sanitaria en la protección social viene representado por el título jurídico en ba-

se al cual es otorgada aquélla (Aparicio Tovar, 2002: 1559).

En cualquier caso, la exclusiva inscripción en la previsión social de los incluidos en las relaciones productivas supuso una criticable diferenciación entre los que integraban el esquema productivo y los que no. El seguro carecía de una ambición universal, a diferencia de otros sistemas comparados (remarcablemente, el National Health Service inglés), ya que las prestaciones sólo cubrían a los trabajadores “económicamente débiles”. Por tanto, quedaban excluidos los que no eran trabajadores aunque careciesen de capacidad económica suficiente y aquellos que, siéndolo, percibieran cuantías salariales superadoras del límite legal.

El modelo de los seguros sociales y su limitación subjetiva quedó con posterioridad superado y sustituido por la instauración de un Sistema de Seguridad Social inspirado en la solidaridad social y movido, pues, por una ambición totalizadora, esto es, con vocación integradora y de conjunto, que dispensa, entre otras, las prestaciones sanitarias articuladas en correspondencia al derecho subjetivo del individuo, de forma que, loablemente, se brinda acceso, a través del status de ciudadanía, a la plena participación en la comunidad social y política.

Bibliografía

AGUDO ZAMORA, M. (2009), “Fundamentación filosófica de la lucha contra la pobreza y la marginación como objetivo básico del Estado Social”, en TEROL BECERRA, M. J. (Dir.), *Pobreza y exclusión: II Foro Andaluz de los Derechos Sociales*, Valencia, Tirant lo Blanch.

ALONSO OLEA, M. (1999), *Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud*, Madrid, Cívitas.

APARICIO TOVAR, J. (1989), *La Seguridad Social y la protección de la salud*, Madrid, Cívitas.

____ (2002), “El derecho a la protección de la salud. El derecho a la asistencia sanitaria”, en MONEREO PÉREZ, J. L.; MOLINA NAVARRETE, C. y MORENO VIDA, M^a N. (Dir.), *Comentario a la constitución socio-económica de España*, Granada, Comares.

ASHFORD, D. E. (1989), *La aparición de los Estados de Bienestar*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

BECK, U. (2010), *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*, Barcelona, Paidós.

BENACH, J. (1997), “La desigualdad social perjudica seriamente la salud”, en *Gaceta Sanitaria*, Núm. 6.

BEVERIDGE, S. W. (1989), *Seguro Social y Servicios Afines. Informe de Lord Beveridge (1942)*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

BOBBIO, N. (1995), *Derecha e izquierda. Razones y significados de una distinción política*, Madrid, Taurus.

_____ (2009), *Igualdad y libertad*, Barcelona, Paidós.

DE CURREA-LUGO, V. (2005), *La salud como derecho humano. Quince requisitos y una mirada a las reformas*, Bilbao, Cuadernos Deusto de Derechos Humanos.

DOYAL, L y GOUCH, I. (1994), *Teoría de las necesidades humanas*, Barcelona, Icaria.

DURAND, P. (1991), *La política contemporánea de la Seguridad Social*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

FERNÁNDEZ GARCÍA, E. (2009), *Valores constitucionales y derecho*, Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas, Universidad Carlos III de Madrid, Madrid, Dykinson.

FERRAJOLI, L. (2011), *Principia iuris: Teoría del derecho y de la democracia. 2. Teoría de la democracia*, Barcelona, Trotta.

GALA VALLEJO, C. (2007), *La asistencia sanitaria en el marco de la Seguridad Social*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

GARCÍA COTARELO, R. (1986), *Del Estado del bienestar al Estado del malestar*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales.

GARCÍA-PELAYO, M. (1989), *Las transformaciones del Estado contemporáneo*, Madrid, Alianza Universidad.

HELLER, H. (2004), *Teoría del Estado*, Granada, Comares.

MARTÍNEZ DE PISÓN, J. (1998), *Políticas de bienestar. Un estudio sobre los derechos sociales*, Madrid, Tecnos.

MONEREO PÉREZ, J. L. (1995), "La política social en el Estado del Bienestar: Los derechos sociales de la ciudadanía como derechos de desmercantilización", en *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, Núm. 19.

_____ (2007), *Los orígenes de la Seguridad Social en España: José Maluquer y Salvador*, Granada, Comares.

_____ (2008), "Pobreza, trabajo y exclusión social en la larga duración: una reflexión crítica a partir de Henry George", en *Documentación Laboral*. Revista de Relaciones Laborales, Economía y Sociología del Trabajo, Núm. 83.

_____ (2012), "Artículo 35. Protección de la salud", en MONEREO ATIENZA, C. y MONEREO PÉREZ, J.L. (Dir.), *La Europa de los derechos. Estudio sistemático de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*, Granada, Comares.

NAWIASKY, H. (2002), *Teoría General del Derecho*, Granada, Comares.

PECES-BARBA, G. (1988), *Escritos sobre derechos fundamentales*, Madrid, Eudema.

RAWLS, J. (1985), *Teoría de la Justicia*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica.

RITTER, G.A. (1991), *El Estado social, su origen y desarrollo en una comparación internacional*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

VENTURI, A. (1995), *Los fundamentos científicos de la Seguridad Social*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

VIDA SORIA, J. (2001), "¿Qué fue eso de la Seguridad Social?", en *Discurso de apertura Curso académico 2001-2002*, Universidad de Granada.