

II CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE DIREITO SANITÁRIO /

II CONGRESO IBEROAMERICANO DE DERECHO SANITARIO

Declaración de Sevilla 2012

Los académicos de la Red Iberoamericana de Derecho Sanitario, reunidos en el Segundo Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario, celebrado bajo el lema “Salud y Derecho en el siglo XXI: realidades y desafíos” en la ciudad de Sevilla (España), durante los días 25 y 26 de octubre de 2012, están de acuerdo en formular la presente Declaración que contiene las siguientes conclusiones:

Primera. El Derecho Sanitario constituye una disciplina dotada de autonomía científica. En este sentido, puede afirmarse que el Derecho Sanitario está dotado de principios jurídicos propios que permiten la auto integración de lagunas y la interpretación normativa con arreglo a criterios hermenéuticos singularizados. Asimismo presenta una serie de caracteres que le confieren especificidad propia puesto que tiene un marcado carácter multidisciplinar al nutrirse de elementos propios de diversas ramas del Derecho.

Segunda. La potenciación del uso de las herramientas jurídicas propias del Derecho Comparado se muestra imprescindible en la construcción del Derecho Sanitario contemporáneo. En consecuencia, deben establecerse índices, parámetros y marcadores comunes que se muestren útiles a los efectos de detectar las eventuales diferencias entre los diversos ordenamientos jurídicos nacionales en la protección que dispensan a la salud y formular las medidas legislativas y políticas sanitarias que redunden en un mayor grado de protección del derecho a la salud por los sistemas jurídicos.

Tercera. Íntimamente relacionada con la conclusión anterior, debe consolidarse la promoción de la creación de foros y redes de cooperación de manera que pueda llegar a constituirse un espacio iberoamericano de intercambio de conocimientos en

materia de Derecho Sanitario. La Red Iberoamericana de Derecho Sanitario contribuye a la materialización de dicho objetivo debiendo profundizarse no sólo en la transferencia de conocimiento, experiencias e iniciativas de la misma sino también en la integración de otros países del mismo entorno geográfico.

Cuarta. El contexto de crisis económica actual influye directamente en los umbrales prestacionales. Por lo tanto, resulta urgente reflexionar sobre lo sustantivo y nuclear de la prestación sanitaria y farmacéutica para desarrollar actuaciones eficientes que permitan garantizar la sostenibilidad de sistema público de salud.

Quinta. El papel del legislador debe tener en cuenta el principio de irreversibilidad en la protección de la salud, estudiando que la adopción de nuevas políticas públicas no supongan un retroceso en los derechos adquiridos. Como muestra de ello, la Alta Comisionada para los Derechos Humanos de Naciones Unidas ha afirmado que *“derechos como la salud, la vivienda, la educación y el acceso a la justicia no son bienes a la venta, disponibles sólo para una minoría”*.

Sexta. La relación médico-paciente debe transitar de un modelo paternalista, basado en la beneficencia y contemplado desde la óptica de la enfermedad y la imposición unilateral por el médico de las medidas terapéuticas a adoptar, a un modelo presidido por el principio de autonomía, basado en la igualdad de ambos actores y centrado en el enfermo y su capacidad de decisión.

Séptima. El objetivo de llegar a una plena democracia sanitaria exige la implementación de medidas que conciban a sus destinatarios no desde su condición de pacientes sino desde su consideración como auténticos “ciudadanos sanitarios” dotados de un haz de derechos que integran su esfera jurídica y que pueden oponer a terceros en caso de que se vulnere su contenido.

Octava. Las listas de espera en el acceso a las prestaciones no deben configurarse a partir de un mero agregado cronológico sino que en su configuración debe atenderse a criterios de priorización social y asistencial como la gravedad de la patología, el tiempo estimado de espera, la calidad de vida del paciente durante la espera, el riesgo de complicaciones, la efectividad de la intervención, la mayor o menor intensidad en el uso de recursos y servicios sanitarios y sociales durante la espera.

Novena. La normativa de prevención de riesgos laborales ha transitado desde el ámbito del Derecho del Trabajo para pasar a integrarse como una de las materias

sobre las que se extiende el Derecho Sanitario en su vertiente de protección de la salud de los trabajadores. En este sentido, la protección del derecho a la salud del trabajador no se incluye ya como un derecho oponible frente al empleador sino que se encuentra englobado dentro del derecho subjetivo a la salud que tiene todo ciudadano.

Décima. Tal y como refleja el lema del Segundo Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario, resulta necesario analizar científicamente las realidades contemporáneas del fenómeno sanitario y abordar de manera decidida los desafíos derivados del desarrollo de las sociedades modernas y de los avances de la Medicina, de manera que se garantice no sólo el derecho a acceder a las prestaciones sanitarias sino que dicho acceso se desenvuelva en condiciones de calidad, seguridad, dignidad y autonomía.

Sevilla, 26 de octubre de 2012.