

# **Un Derecho a la Salud que respete los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la solidaridad en que se funda la Union Europea**

de Eduardo Missoni<sup>1</sup>

En la constitución de la Organización Mundial de la Salud, la salud es definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>1</sup>

Ahí mismo “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr” es reconocido como “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el art. 25 se lee: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

En el art. 22, se reconoce que: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”<sup>2</sup>

Salud, entonces, come derecho de por sí, pero inevitablemente ligado a otros derechos que la sociedad en su conjunto tiene que garantizar.

Por otro lado, si bien es cierto que la responsabilidad en la salud de los pueblos la tienen los gobiernos, a quien corresponde la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas,<sup>3</sup> la constitución de la OMS evidencia el valor internacional de la salud siendo “La salud de todos los pueblos ...condición fundamental para lograr la paz y la seguridad” y “los resultados alcanzados por cada Estado ... valiosos para todos”. Consecuentemente, en fin, “La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades ... constituye un peligro común”. De ahí el necesario compromiso internacional y el llamado a “la más amplia cooperación de las personas y de los Estados” para alcanzar la salud.

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud estableció el objetivo de “Salud para todos dentro del año 2000”. El año siguiente, en Alma Ata, con solemne declaración todos los gobiernos del mundo identificaron en la *Atención Primaria en Salud* la estrategia para alcanzar aquel ambicioso objetivo. Según la Declaración de Alma Ata la atención primaria era “parte integrante” del sistema de salud de cada país y, sobre todo, de su “íntero desarrollo social y económico” según una visión de equidad, participación de la comunidad, atención focalizada sobre la prevención, la tecnología apropiada y una dimensión intersectorial e integrada al desarrollo.

---

<sup>1</sup> Instituto de Pública Administración Salud y No profit (IPAS), Universidad “L. Bocconi” Milano – Italia.  
Presidente del Observatorio Italiano de Salud Global

En el documento constitutivo della OMS y en la Declaración de Alma Ata, se manifiesta el caracter indivisible de la salud y la necesidad de un acercamiento intersectorial y global en su fomento. Eso, como ciudadanos europeos, nos pone frente a un doble desafío. Por un lado, reivindicar el derecho a la salud para todos los ciudadanos de la Unión y la responsabilidad de su Gobierno, así como de cada uno de los Gobiernos de los Estados miembros, en asegurar su cumplimiento; por otro asumir el deber de la Unión Europea para contribuir adecuadamente a que todos los pueblos del mundo gozen del mismo derecho.

El derecho a la salud y a la asistencia médica es reconocido en varias formas en las Constituciones de los Países que conforman la Unión Europea. En pocos casos el “derecho a la salud” es indicado como tal (ej. Holanda, Italia). En conformidad con el concepto de salud formulado por la OMS, el correspondiente derecho - aún limitadamente a la “protección de la salud” - se afirma juntos a otros derechos sociales (ej. Francia, Bélgica, Luxemburgo, España), en general se reconoce la responsabilidad de la institución pública en garantizar los cuidados correspondientes. En los casos de Estados federales, como Alemania o Austria, o con condiciones de autonomía de las Regiones, como Italia, la protección de la salud es objeto de legislación concurrente entre los dos niveles central y descentralizado. Por otro lado en el caso de España la Comunidad Autónoma es indicada como competente en materia de higiene y sanidad pública.

Algunos ejemplos:

La Constitución de la V Republica Francesa (1958) integra el preámbulo del texto constitucional del 1946 y la Declaración de los Derechos del hombre y del ciudadano del 26 de agosto de 1789. En esa Carta que constituye el antecedente fundamental de la moderna sociedad europea reconoce que “los hombres nacen y viven libres y con iguales derechos” y que son derechos fundamentales del hombre “la libertad, la propiedad, la seguridad e la resistencia a la opresión” (art.2) También se lee ahí que la ley debe ser igual para todos, no sólo cuando se trata de sancionar, sino también cuando se ofrece protección (art.6).<sup>4</sup>

En el preámbulo de 1946 se afirma que: “La Nación asegura al individuo y a la familia las condiciones necesarias a su desarrollo” y “...garantiza a todos y especialmente a los niños, a las madres y a los ancianos trabajadores, la protección de la salud, la seguridad material, el descanso y las vacaciones” así como el “derecho a obtener de la colectividad adecuados medios de subsistencia” para “todo ser humano que como consecuencia de la edad, de su estado físico o mental o de su situación económica, se encuentre en la imposibilidad de trabajar”.<sup>5</sup>

La Constitución de la República Italiana (1948) establece claramente que “la República protege la salud como fundamental derecho del individuo e interés de la colectividad, y garantiza cuidados gratuitos a los indigentes” (art.32). La protección de la salud es objeto de legislación concurrente entre Estado y Regiones (art.117).<sup>6</sup>

La Constitución de la República Federal Alemana (1949) no hace referencia directa al derecho a la salud, mientras indica que las leyes que regulan la “asistencia pública” son parte del poder legislativo concurrente entre la Federación (Bund) y los Estados (Laender), así como toda ley para el control de las enfermedades que comporten algún riesgo para la colectividad, y leyes regulatorias de la profesión médica, del comercio de medicamentos y de las tarifas hospitalarias.<sup>7</sup>

La Constitución de Bélgica expresamente indica “el derecho a conducir una vida conforme a la dignidad humana” y establece que la Ley garantiza “el derecho a la seguridad social, a la protección de la salud y a la asistencia social, médica y jurídica” así como “el derecho a una habitación digna” y “a la protección de un ambiente sano”.<sup>8</sup>

También para los ciudadanos de Luxemburgo, la Constitución establece entre los derechos fundamentales (art.11) que la Ley “organiza la seguridad social, la protección de la salud y el descanso de los trabajadores”.<sup>9</sup>

La Constitución Holandesa (1983) en referencia al derecho a la salud (art. 22) confía a las autoridades institucionales la responsabilidad de asegurar condiciones ambientales, a las mismas autoridades le compete proveer “condiciones habitacionales suficientes” y “promover el desarrollo social y cultural, y actividades sociales”.<sup>10</sup>

La Constitución del Reino de España (1978) reconoce el derecho a la defensa de la salud (art.49) y la responsabilidad de los poderes públicos en organizar la tutela de la salud pública. La Comunidad Autónoma puede ser competente en materia de higiene y sanidad pública. (art.148).

La Constitución finlandesa (1999) es entre aquellas que incluyen el tema del derecho a la salud en el más amplio tema de la seguridad social (sección 19), garantizando entre otros “a todos adecuados servicios sociales, de salud y médicos”.

Por lo que se refiere a las políticas sectoriales sanitarias, aún en diferente medida y a través de sistemas distintos, los países de la Unión Europea han inicialmente traducido la afirmación del derecho a la salud en un acceso muy amplio, cuando no universal, a los servicios de salud preventiva, curativa y rehabilitativa; diferenciándose así claramente del sistema estadounidense.

De hecho, según la OMS, un buen sistema de salud, no contribuye solamente a desarrollar un buen nivel medio de salud, sino que tiene también como misión reducir las desigualdades, tratando de mejorar preferencialmente la salud de aquellos en condiciones más difíciles. La OMS subdivide el objetivo de buen nivel de salud en dos: la cualidad, o sea el mejor nivel de salud alcanzable, y la equidad, o sea la mínima diferencia posible entre individuos y grupos de población en acceder y disfrutar de los servicios.<sup>11</sup> Por otro lado un sistema equitativo es un sistema donde el riesgo (financiero) está repartido lo más ampliamente posible entre la población, y donde los individuos contribuyen en medida progresiva (a través de la imposición fiscal general) de acuerdo a sus posibilidades económicas. La asignación de los recursos de acuerdo a las necesidades y la progresividad en la recolección de recursos, deben ser considerados integralmente en la evaluación de la equidad del sistema de financiamiento de la salud.<sup>12</sup>

En tiempos más recientes, la situación parece haberse revertido. En su plataforma programática para 2003, el mayor sindicato italiano indicaba: “La Unión Europea se encuentra en la fase constituyente de la ciudadanía social y enfrenta la ofensiva del liberismo que ha producido retroceso en las políticas del welfare y en los sistemas de salud, hasta en aquellos con base universal y solidaria. Las políticas de reducción del gasto social han determinado una reducción del derecho a la salud y a los cuidados.... Existe el riesgo concreto que las políticas monetaristas y el prevalecer de visiones economicistas en el proceso de constitución de la Unión Europea lleven a uniformar las protecciones al nivel más bajo o, de todos modos, a subordinar el welfare y los derechos al crecimiento económico”.<sup>13</sup>

El fenómeno europeo responde a una tendencia global. En los últimos veinte años se han modificado los paradigmas que habían caracterizado las opciones de la comunidad internacional y de la mayoría de los países después de la Segunda Guerra Mundial. Las múltiples formas de estos cambios pueden ser resumidas así: la tendencia a considerar los gastos en salud como limitación al desarrollo económico, con consecuentes cortes al presupuesto y transferencia a cargo de los individuos, promoviendo el sistema de los seguros privados; la negación del derecho universal a la salud y la afirmación de un *compassionate conservatism* (G.W. Bush) que consolida las

diferencias existentes y reduce la intervención pública a la asistencia a los pobres, posiblemente delegándola a instituciones filantrópicas privadas; en vez de promover el modelo de prevención y de cuidado más eficaz en el plano social (atención primaria y planificación pública de las prioridades) se ha reforzado la tendencia a privilegiar la oferta de servicios basados en las altas tecnologías y en un mercado restringido pero seguro, también en los países menos avanzados; de conceptos holísticos de la relación entre los seres humano, la salud, el medio ambiente, la sociedad, se ha pasado a posiciones reduccionistas: de los sistemas de salud se ha pasado a los sistemas de atención médica, de la multiplicidad de los factores colectivos de enfermedad al énfasis casi exclusiva sobre factores individuales, de la multiplicidad de los factores sociales de salud a la exclusiva preocupación por los recursos monetarios, de la equidad en la distribución de los medios terapéuticos a su “racionamiento” decidiend arbitrariamente quien tiene derecho y quien no lo tiene; en vez de insistir en la idea, originada en los siglos XIX y XX que la salud del mundo es indivisible, se abre camino la sensación que pueda haber progreso abandonando a sus destinos pueblos y clases sociales que soportan la mayor carga de enfermedad.<sup>14</sup>

Segùn el mencionado sindicato italiano la “Carta de Niza” podría ofrecer un un punto de referencia esencial para enfrentar y resolver el problema de la ciudadanía social europea. Ahí los Estados miembros se comprometen a llevar los derechos de ciudadanía social al nivel más alto.<sup>15</sup> En realidad, por lo menos por lo que se refiere al derecho a la salud no parecería haber elementos para tanto optimismo.

El artículo 35 de dicha Carta trata de la “Protección de la salud”; textualmente:

“Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y practicas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.”<sup>16</sup>

Cabe notar que en ninguna parte del documento se afirma el “derecho a la salud”. A pesar que a partir de los trabajos del Nobel Amartya Sen<sup>17</sup> muchos reconozcan la salud como una “libertad” indispensable para el desarrollo, a diferencia del “derecho a la educación” (art.14) incluido justamente entre las “libertades” garantizadas por la carta (Capítulo II), la “protección de la salud” ha sido colocada en el ámbito de la “solidaridad” (Capítulo IV) interpretándola una vez más en términos reductivos sólo como derecho a servicios preventivos y curativos. Por otro lado, no se indica un estándar europeo ya que el derecho a la protección es referido a “las condiciones establecidas por las legislaciones y practicas nacionales”. Al contrario, la definición de estándares europeos en términos de cualidad y equidad representa un elemento imprescindible de una Unión Europea con caracter social, además que monetario, económico y político.

En una fase histórica del desarrollo marcada por el aumento de las desigualdades, las políticas que apuntan al mejoramiento de las condiciones sociales de la población, deben comenzar la atención a los grupos mas desfavorecidos, y la lucha a toda forma de pobreza y de exclusión. El aumento de las personas ancianas, por ejemplo, exige un crecimiento de la demanda de servicios de salud, siempre más dedicados a condiciones crónicas e integrados a la asistencia social. Por otro lado, la creciente inmigración de personas de otras culturas y la progresiva formación de una sociedad multiétnica, determina nuevas necesidades; entre otras la capacidad del sistema de asegurar la protección de la salud también a los inmigrados no regulares. (“Toda persona” tiene ese derecho según la “Carta de Niza”).

Aunque en la Carta de Niza no falte la enunciación de otros derechos y factores que en conjunto concurren a la promoción de la salud (protección del medio ambiente, educación, condiciones de trabajo, seguridad social, vivienda, etc.) una explícita afirmación del derecho a la salud y de la necesidad de alcanzarlo también por medio de políticas e intervenciones públicas en otros sectores habría sido un verdadero paso adelante.

En la “Verona Initiative” promovida por la Región Europea de la OMS, por ejemplo, se reconoce que “invertir *para* la salud [y no *en* servicios de salud] es invertir en desarrollo” y se reivindica la salud como objetivo de las políticas en todos los sectores, y el nivel de salud como indicador de la eficacia de las demás acciones para el desarrollo.<sup>18</sup>

Es ausplicable que en la elaboración de una Carta de Derechos a la Salud de los Ciudadanos Europeos se pueda ir mas adelante, no sólo detallando mayormente el limitado ámbito de la “protección de la salud” de la Carta de Niza, si no abriéndose a la mencionada dimensión intersectoral e integrada y promoviendo en todos los sectores “Políticas Públicas Saludables”. Por ejemplo, debería ser garantizado el carácter “saludable” de las políticas macroeconómicas (inclusive poniendo en discusión, desde el punto de vista de la salud, el “dogma” del crecimiento económico, y las consecuencias de su acrítica aceptación), de las políticas productivas (agrícolas e industriales), de las políticas sociales en general, etc.

Es indispensable que el “alto nivel de protección de la salud humana” que la Unión pretende garantizar se traduzca eficazmente en toda acción de la Unión. Considérese por ejemplo la importancia de la acción en tema de medio ambiente o para los fines de la salud alimentaria. Es indispensable no sólo que se asegure la protección en base a los conocimientos actuales, sino que se reafirme la cultura de la “precaución” que las normas internacionales elaboradas en el marco de la Organización Mundial del Comercio, y bajo las exclusivas presiones del mercado han descalificado. Se sabe muy poco, por ejemplo, de los riesgos a largo plazo de la asunción de alimentos sujetos a manipulación bio-química, lo que no excluye que puedan producirse efectos negativos. Por otro lado, el caso de la BSE ha demostrado la importancia de una mayor rigurosidad en tema de seguridad alimentaria en Europa.

Finalmente, en un mundo donde 850 millones de personas todavía se acuestan todas las noches con hambre, donde se registran cada año 4,8 millones nuevas infecciones y 2,72 millones de muertos por HIV/AIDS, ... una Unión Europea “fundada sobre los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la solidaridad” no puede desconocer la dimensión global del Derecho a la Salud. En este sentido una carta de derechos debería ser acompañada por otros tantos deberes y reflejar así la responsabilidad global que como ciudadanos europeos (privilegiados) deberíamos asumir para que en el mundo, y no sólo en Europa, el derecho a la salud, y no el crecimiento económico, guie el destino de las mujeres y de los hombres.

---

<sup>1</sup> OMS, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y entrada en vigor el 7 de abril de 1948 <http://www.who.int/governance/es/>

<sup>2</sup> Naciones Unidas, *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/spn.htm>

<sup>3</sup> OMS, *ob.cit.*

<sup>4</sup> <http://www.conseil-constitutionnel.fr/textes/d1789.htm>

<sup>5</sup> <http://www.conseil-constitutionnel.fr/textes/p1946.htm>

<sup>6</sup> Costituzione della Repubblica Italiana, (G.U. n. 298, ediz. straord., del 27 dicembre 1947; G.U. n. 2 del 3 gennaio 1948) Con le modificazioni introdotte con le leggi costituzionali. <http://www.parlamento.it/funz/cost/home.htm>

<sup>7</sup> Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949 (BGBl. S. 1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 26. Juli 2002 (BGBl. I S. 2863) [http://www.bundestag.de/gesetze/gg/gg\\_07\\_02.pdf](http://www.bundestag.de/gesetze/gg/gg_07_02.pdf)

<sup>8</sup> La Constitution Belge. Texte coordonné du 17 février 1994 [http://www.senate.be/doc/const\\_fr.html#t2](http://www.senate.be/doc/const_fr.html#t2)

<sup>9</sup> Texte coordonné de la Constitution du Grand-Duché de Luxembourg du 17 octobre 1868, <http://www.gouvernement.lu/publications/download/instit.pdf>

<sup>10</sup> Netherlands – Constitution. Adopted on: 17 Feb 1983, [http://www.uni-wuerzburg.de/law/nl00000\\_.html](http://www.uni-wuerzburg.de/law/nl00000_.html)

---

<sup>11</sup> OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000: pour un système de santé plus performant, OMS, Genève, 2000, p. 28

<sup>12</sup> Hsiao William C., Liu Yuanli, Health Care Financing : Assessing its Relationship to Health Equity. In: Evans T., Whitehead M., Diderichsen F., Bhuiya A., Wirth M. (editors) "Challenging Inequities in Health. From Ethics to Action" pp.261-275

<sup>13</sup> CGIL, Per il diritto alla salute, un sistema di qualità (CD CGIL 13 gennaio 2003). Piattaforma programmatica.

<sup>14</sup> Berlinguer G., Missoni E., Anche la salute è "globale", *Politica Internazionale*, n.1-2 (gen.-apr.) 2001, pp.273-284

<sup>15</sup> CGIL, *ob.cit.*

<sup>16</sup> Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Proclamación solemne, Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 18.12.2000, C 364/1

<sup>17</sup> Sen A., Development as Freedom, 2000

<sup>18</sup> The Verona Challenge: investing for health is investing for development. The Verona Initiative. Arena Meeting III, 5-9 July 2000, Verona, Italy.