

Sobre la función preventiva de los poderes públicos en materia de obesidad y sobrepeso(*)

On the preventive function of the government in matter of obesity and overweight

POR JAIME RODRÍGUEZ-ARANA MUÑOZ (**)

Resumen

Palabras claves

prevención
poderes públicos
obesidad
sobrepeso
España

Partiendo del hecho de que la seguridad jurídica, patrimonial y/o física se ha convertido en una característica ansiada por millones de ciudadanos, este trabajo aborda el relieve especial que ha tomado el principio de precaución y las medidas de prevención en las actividades humanas, principalmente en el ámbito de la salud, haciéndose más patente la necesidad de contar con Administraciones públicas preparadas para la detección a tiempo de posibles riesgos con el fin de garantizar una actuación oportuna. Las conclusiones a las que se llegan son: que no es suficiente con disponer de protocolos, procedimientos y sistemas de seguridad; lo realmente decisivo es tener estructuras científicas permanentes y personal preparado para prevenir riesgos sanitarios, como la obesidad o el sobrepeso, y, tanto o más importante, disponer de capacidad técnica para supervisar y vigilar que tales protocolos, procedimientos y sistemas se realizan de forma rigurosa.

Abstract

Keywords

prevention
government
obesity
overweight
Spain

Based on the fact that legal, patrimonial and/or physical security has become a sought-after characteristic for millions of citizens, this work addresses the special importance that the precautionary principle and preventive measures have taken on in human activities, mainly in the field of health, making the need for public administrations prepared for the early detection of possible risks more evident in order to guarantee timely action. The conclusions reached are that it is not enough to have protocols, procedures

(*) Este artículo está realizado sobre la base de un estudio encargado por la empresa farmacéutica Novodisk en relación con la prevención de la obesidad y su régimen jurídico en España.

(**) Catedrático de Derecho Administrativo, Universidad de A Coruña, Galicia, España. Director-Coordenador del Grupo de Investigación 'Derecho Público Global' de la UDC. Coordinador del Programa de Doctorado en Derecho Administrativo Iberoamericano. Presidente del Foro Iberoamericano de Derecho Administrativo (FIDA).

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=108663>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9641-5419>

and safety systems in place; what is really crucial is to have permanent scientific structures and trained staff to prevent health risks, such as obesity or overweight, and, just as importantly, to have the technical capacity to supervise and monitor that such protocols, procedures and systems are rigorously implemented.

I. Introducción

La sociedad en la que vivimos, como reconocía de forma clarividente Ulrich Beck (2006), es una sociedad de riesgos. Riesgos en el mundo de las finanzas, en el mundo del clima, en el mundo de la sanidad –tal y como experimentamos a nivel planetario especialmente en tiempos de la pandemia del Covid–, en el mundo del transporte de personas por aire, por carretera o por mar, en el mundo del medio ambiente, en las relaciones internacionales, o, por ejemplo, en el mundo de la industria en cualquiera de sus ramas o sectores.

En efecto, la seguridad se ha convertido en una característica ansiada por millones de ciudadanos que están viendo, y sufriendo, como la existencia de determinados riesgos en determinadas actividades da lugar a lesiones y perturbaciones de sus posiciones jurídicas, patrimoniales o físicas. Por eso, frente a las amenazas, potenciales y reales, en este tiempo ha cobrado especial relieve el principio de precaución y las medidas de prevención en tantas y tantas actividades humanas. Hoy, por todo ello, es más patente la necesidad de contar con Administraciones públicas preparadas para la detección a tiempo de los riesgos y poder actuar oportunamente.

Como es sabido, la emergencia de estos principios: prevención y precaución, traen causa del ordenamiento ambiental y paulatinamente han ido invadiendo variadas esferas de la actividad pública, y, por supuesto, también privada. El problema, además de construir toda una categoría de actividad administrativa autónoma, reside en que más allá de normas y estructuras, en realidad la ausencia de políticas públicas de prevención acabadas y coherentes, integradas y sincronizadas en un sistema multigobierno como el nuestro, reclama diseñar estrategias de prevención reales y con contenido que sean capaces desde la detección precoz y las alertas tempranas de cumplir con la función que la sociedad espera de estas tareas tan relevantes.

La actividad administrativa adopta muchas formas y dimensiones. Ahora, la que está de mayor actualidad es la actividad de prevención, de precaución, así como las actividades de vigilancia y supervisión. No es suficiente con disponer de protocolos, procedimientos y sistemas de seguridad, lo realmente decisivo es tener estructuras científicas permanentes y personal preparado para prevenir riesgos sanitarios, como la obesidad y, tanto o más importante, disponer de capacidad técnica para supervisar y vigilar que tales protocolos, procedimientos y sistemas se realizan de forma rigurosa.

Hoy está fuera de duda que los poderes públicos, sobre todo los sanitarios, preven- gan los riesgos. Especialmente en España, donde el artículo 43 manda a los citados poderes públicos en materia de salud pública adoptar las medidas preventivas que sean menester. Y, para ello, es fundamental contar con una Administración científica permanente que pueda detectar anticipadamente los riesgos reales en tantas áreas de la actividad humana. En pocas palabras: más vale prevenir que curar.

II. La función preventiva de los poderes públicos: especial referencia a la pre- vención de la obesidad y el sobrepeso

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en el año 1988 la prevención en salud como “aquellas medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas” (AMS, 1989, p. 52).

De esta manera, la prevención en salud se entiende como una actividad consis- tente en la realización de un conjunto de medidas orientadas a detener el avance de una enfermedad, así como a aliviar o atenuar sus efectos una vez iniciada. La preven- ción debe estar basada en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad o en cómo evoluciona un proceso patológico cuando no hay intervención médica de por medio.

Por eso, cuanto antes se apliquen las medidas de intervención, mejor será el resul- tado en la prevención de la enfermedad o de sus secuelas. Con todo ello, al controlar un problema de salud, se pueden establecer principalmente tres tipos de preven- ción, que dependen del nivel en el que se encuentre la citada enfermedad: preven- ción primaria, secundaria y/o terciaria.

La prevención primaria agrupa a todas aquellas actividades sanitarias orientadas a la población general, con el objetivo de impedir el comienzo o adquisición de una dolencia o problema de salud, de disminuir la incidencia de la enfermedad, median- te el control de los factores causales y los predisponentes. Tiene lugar cuando aún no ha surgido la enfermedad, es decir, en personas sanas, y las medidas pueden estar dirigidas a prohibir o a disminuir la exposición de la persona a ese factor dañino para su salud. Según la OMS, la educación para la salud es uno de los elementos clave en la prevención primaria en salud, ya que tiene por objetivo el fomento de actividades dirigidas hacia una mejora en la salud de la persona. Incluso no sólo información sobre aquellas condiciones sociales, económicas o ambientales que pueden influir sobre la salud de la persona, sino también sobre aquellos factores de riesgo.

Por otro lado, la prevención secundaria en salud se orienta a detectar la posible enfermedad en sus estadios más iniciales y actuar lo antes posible para retrasar el progreso de la enfermedad; por lo que las medidas en esta etapa van encaminadas

hacia la detección, diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad¹. Es decir, la prevención en salud se orienta a mejorar la calidad de vida del paciente dentro del proceso patológico. Su objetivo también es marcar las líneas de actuación a seguir para intentar evitar su progreso y, en caso de que se desarrolle, lograr un buen tratamiento para afrontarla y así reducir al máximo sus posibles secuelas o complicaciones. No sólo participan en este nivel los médicos de atención primaria, sino también los especialistas de área.

Por último, la prevención terciaria se encamina hacia el tratamiento de la enfermedad en sí, con el objetivo de reducir las complicaciones o secuelas y la rehabilitación una vez superada la enfermedad. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, que se recupere de la enfermedad, su rehabilitación y acelerar su reincorporación a la vida normal. Siempre hay que evitar llegar a ella. En esta materia es vital el control y el seguimiento del paciente e intentar minimizar al máximo los sufrimientos causados al perder la salud.

Aunque a veces se usan indistintamente, no es lo mismo la promoción en salud que la prevención en salud. En efecto, la “Promoción en Salud” –o “*Health Promotion*”– es una estrategia establecida en la Carta de Ottawa de 1986, impulsada por la OMS, donde se entiende la promoción de la salud como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (PAHO, 1986, p. 2). De esta forma, fija la promoción en salud dentro de un proceso social y político global, con el objetivo de aminorar su impacto en la salud pública. La principal diferencia con la prevención en salud radica en que la promoción trabaja con población sana, mientras que la prevención con personas en riesgo de enfermar o bien enfermas. En definitiva, la prevención en salud se basa en todas aquellas medidas que no solo están orientadas a prevenir una patología, sino también a reducir sus factores de riesgo o asociados, detener su avance y mitigar sus posibles consecuencias.

La OMS define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Se trata de la enfermedad metabólica más frecuente en países industrializados. Desde 1975, la obesidad casi se ha triplicado en todo el mundo. La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal.

La Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Helsinki en el año 2013 instó a los gobiernos a comprometer como prioridad política la equidad en salud, a actuar sobre los determinantes sociales y a asegurar las estructuras, procesos y recursos eficaces que faciliten la implantación de dicho enfoque en todos los niveles

(1) Por ejemplo, las campañas de cribado de cáncer de colon o de detección precoz del cáncer de mama.

y sectores sociales. Además, a través del liderazgo, la colaboración, la promoción y la mediación, se anima a incluir a las comunidades, a los movimientos sociales y a la sociedad civil a participar, capacitando a su población de referencia en el autocuidado y en la gestión de su salud.

En las últimas décadas, la obesidad surgió como un problema emergente en nuestra población y supone un desafío para su abordaje desde una perspectiva de salud pública que, contemplada como un acto colectivo, debe asegurar un óptimo estado de salud para su población de referencia, producto a su vez de diferentes niveles de influencia.

Las condiciones en las que las personas crecen, juegan, aprenden y trabajan son factores determinantes en tanto que modulan y modifican el estilo de vida de una población. De hecho, la epidemia de la obesidad y de todas las enfermedades crónicas no transmisibles reveló como el estado de salud de la población se ve determinado por factores socioeconómicos, culturales y sociales. Dichos factores trascienden las políticas sanitarias e involucran a todos los sectores y administraciones.

El sobrepeso y la obesidad resultan de un desequilibrio energético que se encuentra estrechamente relacionado con el aumento de la ingesta calórica, la disminución del gasto energético, factores genéticos, psicológicos y factores socioeconómicos, ambientales y culturales.

Se trata de un problema crónico cuya importancia radica en su contribución como factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas. La incidencia de diabetes *mellitus* tipo 2 aumenta con el tiempo de duración del sobrepeso o la obesidad que, a su vez, es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares e hipertensión. Así mismo, se relaciona con el aumento de la incidencia de algunos tipos de cáncer: próstata, colorrectal, endometrio, cérvix, mama y vías biliares.

En cuanto al sobrepeso y la obesidad infantil, los niños y niñas con obesidad sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión. También, desgraciadamente, presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos. Además, se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta.

Debido a la alta prevalencia del sobrepeso y la obesidad, a su contribución en el aumento de la morbi-mortalidad ya la creciente demanda asistencial que genera, se debe considerar como un grave problema de salud pública.

Los datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad se recogen en el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS y se basan en datos agregados proporcionados por la OMS y el NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), que a su vez se originan a

partir de datos de estudios de base poblacional con resultados publicados o proporcionados por organizaciones nacionales o internacionales. Los datos más recientes datan del año 2022 en el que más de mil novecientos millones de personas adultas (de dieciocho años o más) en el mundo tenían sobrepeso; es decir, una de cada ocho personas adultas sufría obesidad.

A nivel europeo, según los últimos datos facilitados por la Oficina Europea de la OMS (año 2022), la prevalencia de obesidad era del 22,9 % en Europa y del 23,8 % en España. Además, se observa una clara tendencia ascendente en la prevalencia de obesidad desde el año 1975 hasta el 2020. La prevalencia de sobrepeso sigue la misma tendencia durante este periodo alcanzando 59,4 % de la población europea y el 61,6% de la población española. Los datos sobre el porcentaje de personas con obesidad, por sexo según comunidad autónomas son publicados por el Ministerio de Sanidad (2023). Y en España, la prevalencia de exceso de peso –sobrepeso y obesidad– es del 61,6 % y de obesidad de 23,8 %, según el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico titulado “La pesada carga de la obesidad” (OCDE, 2019), y en el que se presentan los datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad de cincuenta y dos países. En cuanto al exceso de peso de la población infantil –de cinco a diecinueve años–, España tiene una prevalencia del 34,1 %. Teniendo en cuenta únicamente la obesidad, España tiene una prevalencia igual al 10,8 % y ocupa la séptima posición en los países de la Unión Europea.

Además de los resultados presentados anteriormente, la OCDE presenta unas “Estadísticas de Salud”, con datos crudos –no ajustados por edad– de prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas adultas, con datos procedentes de encuestas nacionales realizadas en los distintos países. En el caso de España, los datos son autorreferidos; y en los mismos se muestra una prevalencia de obesidad y sobrepeso en personas adultas del 53,6 % (OCDE, 2023, p.7).

En cuanto a los datos nacionales obtenidos de mediciones antropométricas, destaca el “Estudio Nutricional de la Población Española” (ENPE), con prevalencia de obesidad y factores de riesgo cardiovascular asociados en la población general española (Aranceta, 2015). En este estudio se estima la prevalencia de sobrecarga ponderal y obesidad abdominal en población española de edad superior a tres años y se analiza la influencia de factores sociodemográficos y estilos de vida y la relación con los factores de riesgo cardiovascular. Utiliza una muestra de seis mil ochocientas personas en las que se analizaron mediciones antropométricas individuales, factores sociodemográficos, consumo alimentario, actividad física, estilos de vida y problemas de salud. Este estudio muestra una prevalencia total estimada de obesidad del 22,0 % y de obesidad abdominal del 64,7 %, siendo mayor en varones, con edad igual o superior a los sesenta y cinco años, menor nivel socioeconómico y de la región sur. Concluye que la prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en la población española es

alta, mayor en varones, aumenta con la edad y presenta relación inversa con el nivel socioeconómico. También concluye que el perfil de estilos de vida con mayor nivel de actividad física, sedentarismo moderado y patrón alimentario mediterráneo se asocia con menor probabilidad de obesidad, obesidad abdominal y factores de riesgo cardiovascular.

En relación con la población infantil, según los últimos datos procedentes del «Estudio Aladino», realizado por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN, 2023), un 40,6 % de los niños y niñas españolas de entre seis y nueve años tiene exceso de peso, el 23,3 % presenta sobrepeso y el 17,3 % de obesidad. Si se comparan los datos de este estudio con los obtenidos en el año 2011, se observa que la prevalencia de exceso de peso –sobrepeso y obesidad– ha disminuido de forma significativa un 3,9 % y la de sobrepeso un 2,9 %. Por otro lado, la población infantil con normopeso ha aumentado significativamente un 3,7 % y la prevalencia de obesidad en 2023 ha disminuido ligeramente, no siendo este descenso aún significativo.

Por otro lado, la obesidad y el sobrepeso representan el 9,7 % del total del gasto en salud en España (OCDE, 2019, p. 65), lo que supone que doscientos sesenta y cinco euros de los impuestos de cada ciudadano o ciudadana están destinados a estos tratamientos. Todo esto se traduce en que el sobrepeso reduce el producto interior bruto (PIB) español en un 2,9 %. Este valor es superior a la media de los países de la OCDE, que destinan una carga de 8,4 % del gasto sanitario a este problema y cuyo coste en impuestos individuales se sitúa en casi ciento ochenta y dos euros por persona al año.

El sobrepeso y la obesidad tienen un fuerte componente social, de estilo de vida y de hábitos alimentarios; y está directamente relacionado con el ambiente obeso-génico. Este se caracteriza por la influencia que tienen las condiciones ambientales sobre las oportunidades y decisiones que toma la población relacionadas con los hábitos de vida y que promueven el sobrepeso, tales como la adopción de una alimentación inadecuada y conductas sedentarias.

Existen barreras ambientales como la mayor dificultad de acceso a alimentos saludables, el precio, la publicidad, la ausencia de información suficiente en los envases alimentarios o el entorno poco favorecedor. Esto resulta particularmente problemático cuando las circunstancias sociales combinan las dificultades financieras con la falta de habilidades y el tiempo para la preparación de los alimentos.

Esta situación es, lógicamente, contemplada con idéntica preocupación en otros estados, como por ejemplo en el Reino Unido, que plantea tratar la obesidad con inyecciones adelgazantes (Salazar, 2024). Se enfrenta actualmente una crisis de salud pública y económica debido a que dos de cada tres británicos tienen sobrepeso u obesidad, lo que supone una enorme carga para el sistema nacional de salud (NHS, por sus siglas en inglés) y para la economía del país. En este contexto, el gobierno ha

propuesto una medida inédita: ofrecer inyecciones para la pérdida de peso a personas obesas y desempleadas, con el objetivo de ayudarles a reincorporarse al mercado laboral y reducir la presión sobre el sistema sanitario.

El primer ministro británico, Keir Starmer, destacó la relevancia de esta propuesta durante una entrevista con la BBC, afirmando que el plan no sólo beneficiaría a las personas que necesitan perder peso, sino que también tendría un impacto positivo en la economía y en el NHS. “Este fármaco será muy útil para quienes quieren y necesitan perder peso. Es muy importante para la economía, porque permitirá que las personas regresen al trabajo, y también para el NHS, ya que reducirá la presión sobre el sistema”, explicó Starmer, que subrayó la necesidad de pensar de manera diferente para abordar tanto los desafíos económicos como los de salud pública (Salazar, 2024).

Para abordar este problema de manera integral, el gobierno ha asegurado una inversión de doscientos setenta y nueve millones de libras (unos trescientos dieciséis millones de euros) de la empresa farmacéutica Lilly que se destinará al desarrollo de nuevos tratamientos y estudios sobre el impacto de las inyecciones de pérdida de peso en el desempleo. Como parte de este acuerdo, se llevará a cabo un estudio de cinco años en Manchester, liderado por Health Innovation Manchester y Lilly, que evaluará el impacto del medicamento Mounjaro en la reincorporación laboral de las personas que usen la medicación y en la reducción de la demanda de servicios del NHS. Las autoridades sanitarias estiman que casi doscientas cincuenta mil personas recibirán estas inyecciones en los próximos tres años, pero advierten que el lanzamiento de este tratamiento tendrá que ser escalonado.

Esta medida forma parte de un enfoque más amplio del gobierno para fomentar la innovación en el tratamiento de la obesidad y mejorar la salud pública. Durante una cumbre internacional de inversiones organizada por Starmer, se anunció que Lilly también desarrollará aplicaciones móviles que ayudarán a los pacientes a controlar su peso, y explorará la posibilidad de establecer una base de fabricación en el Reino Unido. Según el responsable de Ciencia y Tecnología, Peter Kyle, esta colaboración sitúa al Reino Unido en una posición destacada como un “banco de pruebas global” para el desarrollo de medicamentos contra la obesidad, un mercado que se espera que crezca cinco veces para el 2030 (De Miguel, 2024).

Desde el 1º de febrero de 2023, los fumadores disponen de un tratamiento financiado por Sanidad para dejar de fumar (Todacitan) y ayudar a la deshabituación tabáquica en sólo veinticinco días (Rábade, 2023), lo que supone una ventaja, ya que la adherencia al tratamiento es mayor, el número de abandonos menor y se trata de un medicamento con muy pocos efectos secundarios, con un principio activo de origen vegetal (cisticina), único tratamiento reembolsado con fondos públicos.

Con la entrada en la cartera de servicios de Todacitan, se pone fin a tres meses en los que Sanidad no financiaba ningún medicamento para dejar de fumar. Según la

Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud, la ficha técnica del medicamento Todacitan contempla que está indicado en adultos para el tratamiento de la dependencia tabáquica y reducción de la ansiedad a la nicotina en fumadores dispuestos a dejar de fumar (Rábade, 2023). El tratamiento consiste en la toma de seis comprimidos al día (uno cada dos horas) durante los tres primeros días, periodo en el que se puede fumar. Del cuarto al duodécimo, una pastilla cada dos horas y media, y ya se tiene que haber dejado el tabaco; y a partir del decimotercer día, se va reduciendo la dosis hasta el día vigésimo quinto.

Para realizar la prescripción del medicamento los pacientes deben estar incluidos en un programa de apoyo –individual o grupal– de deshabituación al tabaco que esté implementado en las comunidades autónomas o mutualidades. Además, los pacientes tienen que cumplir las siguientes características: motivación expresa de dejar de fumar que se pueda constatar con un intento en el último año y pacientes con alto nivel de dependencia, diez cigarrillos o más al día.

Según la ficha técnica (AEMPS, 2023, p.7), se financiará un intento anual por paciente para dejar de fumar con apoyo farmacológico. Cada prescripción se realizará por un envase que equivale a veinticinco días de tratamiento, y se dispensará por el sistema de receta electrónica.

III. Los principios rectores de la política social y económica de la Constitución y el derecho a la salud en España (el marco constitucional del artículo 43 y de las medidas preventivas)

Para comprender mejor la naturaleza preventiva de la salud pública, debemos estudiar el alcance y sentido que tiene el artículo 43 de la Constitución española de 1978, precepto que está ubicado en el capítulo III de la Norma Fundamental y que dispone:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los Poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los Poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Por tanto, la prevención es la primera de las políticas públicas de salud pública, lo que pone de relieve la importancia que el poder constituyente atribuye a esta función en la salud pública.

Los principios rectores de la política social y económica, como es sabido, dan nombre al título del capítulo tercero de la Constitución, siguiendo la orientación alemana pues ni conforman auténticos derechos fundamentales sociales, ni siquiera derechos

sociales exigibles en sí mismos. Todo lo más, “aunque deben orientar la acción de los poderes públicos, no generan por sí mismos derechos judicialmente actuables” (STC 36/1991), constituyen “criterios para resolver la constitucionalidad de una acción positiva del legislador” (STC 45/1989), “conducen a la intervención del Estado para hacerlos efectivos, a la vez que dotan de una trascendencia social al ejercicio de sus derechos por los ciudadanos –especialmente de los de contenido patrimonial como el derecho de propiedad– y al cumplimiento de determinados deberes, como los tributarios” (STC 26/1992), “enuncian proposiciones vinculantes en los términos que se desprenden de los artículos 9 y 53 de la Constitución: dejan al legislador un margen muy amplio” (...), “son normas que deben informar la legislación positiva y la práctica judicial” (STC 247/2007).

Los principios rectores de la política social y económica, como también ha precisado el Tribunal Constitucional del Reino de España, son de naturaleza muy diversa, carecen de las notas de aplicabilidad y justiciabilidad inmediatas que caracterizan a los derechos fundamentales de la persona y tienen un valor constitucional respecto de todos los Poderes públicos sin distinción, orientando sus respectivas actuaciones (STC 19/1982 y STC 36/1191). En todo caso, “no cabe considerarlos como normas sin contenido ya que es obligado tenerlos presentes en la interpretación tanto de las restantes normas constitucionales como de las leyes” (STC 95/2000)².

La doctrina del Tribunal Constitucional español es bien clara acerca de su carácter principal: son de naturaleza diversa, informan la legislación, la actuación de la Administración pública, así como la jurisdiccional, no generan derechos exigibles ni por tanto disponen de las notas de aplicabilidad y justiciabilidad inmediata, aunque tampoco son normas sin contenido. De la STC 18/1984 se deduce, sin embargo, que el Estado debe hacerlos efectivos y que tales principios impregnan de contenido social los derechos y los deberes de los ciudadanos.

En el marco de los principios rectores de la política social y económica hay normas de muy diversa naturaleza. Efectivamente, hay principios que deben orientar la acción de los poderes del Estado, y hay, derechos que tienen la caracterización jurídica que les ha dado el Tribunal Constitucional. Sin embargo, los derechos sociales fundamentales, entre ellos, el derecho a la salud, deberían ubicarse en el capítulo y sección correspondiente a los derechos fundamentales de la persona pues el derecho fundamental como categoría jurídica es una, multifuncional, pero única y con un único régimen jurídico.

Es verdad que el entendimiento y sentido que tiene este capítulo de la Constitución española es probablemente el que cabía esperar del momento en el que se

(2) En la sentencia del Tribunal Constitucional STC 95/2000, de 10 de abril se señala que “una resolución judicial que desconoce la orientación que debió tener la aplicación de la legalidad acentúa la falta de justificación y de razonabilidad de la resolución impugnada”. Se trata de la denegación de asistencia sanitaria a una ciudadana rumana que convivía con un español. En el mismo sentido, STC 154/2006, de 22 de mayo.

promulga, habida cuenta, sobre todo, de la influencia que en ella tuvo la Ley Fundamental de Bonn (1949) que, como sabemos, tampoco dota de aplicabilidad y justiciabilidad inmediata a los derechos sociales fundamentales. Sin embargo, a día de hoy tal capítulo se ha quedado obsoleto y, mientras no se reforme, que debería hacerse cuando antes, debería procederse por el Tribunal Constitucional a una labor de interpretación que rescatara, a partir de una rigurosa operación de argumentación y ponderación sobre los principios esenciales del Estado social y democrático de Derecho, como ha hecho su homónimo alemán, los derechos sociales fundamentales, que son derechos fundamentales de la persona, inherentes a la condición humana, como es el derecho a la salud.

En este sentido, no es baladí recordar en este momento que las medidas preventivas propias de la acción del Estado en materia de salud pública forman parte del concepto mismo de buena administración aplicado a la realización del derecho social fundamental a la protección de la salud.

La evolución del Estado social, el colapso de la dimensión estática del Estado de bienestar, y la profunda crisis que vive en este tiempo el constitucionalismo europeo, junto a la crisis económica y social que se ha instalado entre nosotros en estos años, aconsejan, a nuestro juicio, dar un paso adelante y pensar en la existencia de genuinos derechos fundamentales de la persona que requieren acciones positivas de los poderes públicos para su realización. En este sentido, el derecho social fundamental a la salud depende de una buena administración y de unas políticas públicas que posibiliten una salud digna y adecuada para todos los ciudadanos, marco en el que encontramos esas medidas preventivas ínsitas constitucionalmente en la actividad de los Poderes públicos sanitarios.

A pesar de la interpretación del Tribunal Constitucional en su conjunto, hay que subrayar que estos principios no son normas sin contenido y, sobre todo, como establece la sentencia quizás más importante en la materia, que es la STC 18/1984, afirmar que la funcionalidad de estos principios conduce a la intervención del Estado para hacerlos efectivos. Es decir, el Estado en su quehacer debe buscar la forma concreta en que tales principios sean efectivos y reales, pues el artículo 9.2 constitucional no se limita a señalar la conveniencia de que el Estado facilite las condiciones para que se pueda realizar la libertad y la igualdad, o la libertad solidaria, sino que manda a los Poderes públicos que la libertad y la igualdad de las personas y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas. Y, en este sentido, la estrategia más coherente con el modelo del Estado social y democrático de Derecho, sea precisamente la de instaurar o alumbrar genuinos derechos fundamentales sociales que en este tiempo permitan mantener, contra viento y marea, los postulados elementales de este modelo de Estado, desnaturalizado por no haber empalmado bien la juridicidad administrativa en la supremacía de la Constitución y sus valores fundamentales.

En otras palabras, esas medidas preventivas a que se alude en el artículo 43.2 constitucional deben ser reales y efectivas y, de acuerdo con los artículos 9.2 y 10.1 constitucionales, diseñarse para la realización de la dignidad humana y el libre y solidario de su personalidad.

Por eso, no es trivial que el artículo 43 de la Constitución disponga que la efectividad de la salud pública dependa de las medidas preventivas y de los servicios que sean necesarios. Es decir, está en el ADN constitucional la función preventiva de los Poderes públicos, una tarea pública, que debería realizarse en alianza estratégica con los agentes privados y sociales.

La libertad en su sentido más individualista está reconocida como derecho fundamental en la Constitución. Sin embargo, la letra del artículo 9.2 constitucional es bien clara y dice lo que dice apelando a un concepto de libertad solidaria o libertad social, más en consonancia con la tradición romano-germánica de nuestro Ordenamiento jurídico. Además, la acción de los Poderes públicos no sólo va dirigida a propiciar la efectividad de la libertad y la igualdad de personas y grupos en que se integran. Se proyecta también, como ya sabemos, a eliminar y remover los impedimentos para que la libertad y la igualdad sean efectivas. Es decir, el artículo 9.2 sólo se ha realizado en parte, en lo que se refiere a la libertad. Y en lo que se refiere a la igualdad, al menos en lo que atiende al mínimo vital para vivir en dignidad, a la igualdad de oportunidades en su versión más elemental y conectada a la dignidad de la persona, todavía no ha sido suficientemente reconocida con las notas de realidad y efectividad con las que se distingue el régimen de la libertad individual en la Constitución de 1978.

Por tanto, la prevención de la obesidad, una de las enfermedades más frecuentes de nuestro tiempo, es una tarea de responsabilidad pública. Tal afirmación se deduce, en sentido general de la llamada función promocional de los Poderes públicos del artículo 9.2 constitucional y más en concreto de los términos del artículo 43.

No es baladí, además, recordar que el principal fundamento constitucional es la dignidad de la persona junto al libre desarrollo de su personalidad, tal y como proclama el artículo 10.1 constitucional. En efecto, la protección, defensa y promoción de la dignidad de la persona tiene mucho que ver con una vida plena y saludable, que permite, es obvio, el libre y solidario desarrollo de la personalidad.

Como señala Tenorio (2012, p. 266), los principios rectores contenidos en los artículos 39 a 52 de la Constitución, por razón de su ubicación en la Constitución, son los derechos, intereses o posiciones jurídicas subjetivas más débilmente protegidas por nuestra Constitución, entre ellos el derecho a la salud, lo que en el tiempo en el que estamos, después de ya más de cuarenta años de aplicación de la Constitución, reclama un vuelco importante, especialmente en un época de crisis como la que vivimos, pasando de ser principio rector de la política social y económica a genuino derecho fundamental.

Como sabemos, el artículo 53.3 constitucional sienta que “el reconocimiento, el respeto y la protección de estos Principios (...) informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la acción de los Poderes públicos”. Es decir, las medidas preventivas a las que alude el artículo 43.2 constitucional deben impregnar las políticas públicas de todas las Administraciones sanitarias, también por supuesto de las autonómicas.

Por lo que se refiere a los efectos jurídicos de la inclusión en la Constitución de estos principios rectores, se puede afirmar, pues así lo dispone su artículo 53.3, que son vinculantes de acuerdo con su naturaleza. Es decir, como principios rectores, informan, deben informar, deben estar presentes en la acción pública, práctica judicial o legislación positiva que traten de materias regidas por estos principios. Y esa vinculación, de acuerdo con el artículo 53.3 de la Constitución, se proyecta sobre el reconocimiento, el respeto y la protección de estos principios rectores. Es decir, en materia de salud, el artículo 43 debe ser observado, en sus diferentes aspectos, en lo que se refiere a la protección de la salud, a su reconocimiento, a su respeto y a su protección, incluyendo la prevención como es lógico. Reconocimiento, respeto y protección, incluyendo la prevención, son las tres funciones que a los tres poderes del Estado vinculan en cuanto se refieran a las materias a que se refieren los principios rectores de la política social y económica.

¿Pueden los Poderes públicos, especialmente las Administraciones públicas, actuar tomando como título directo los principios rectores? La contestación a este interrogante parece bastante clara. No es que puedan, es que de la lectura de los artículos 53.3, 103.1 y del 9.2 constitucionales se desprende sin demasiada dificultad que la misma cláusula del Estado social manda a las Administraciones que en su actuación hagan reales estos principios en la forma en que mejor puedan darles cumplimiento y completa realización. Es decir, las Administraciones públicas pueden –deben– actuar para proteger la salud de los ciudadanos, sin mediación legal a partir de los principios rectores salvo que en los casos en los que las normas del Capítulo III incorporen reservas de ley (Tenorio, 2012, p.268). Deben, pues, para cumplir el mandato del artículo 43 constitucional adoptar las medidas preventivas que estimen por conveniente, claro está en un marco, artículo 103 constitucional, de servicio objetivo al interés general. Es decir, deben ser medidas objetivas, fundadas en las más modernas técnicas de prevención existentes en cada momento histórico.

La naturaleza de la vinculación de los principios rectores de la política social y económica alude a su condición de fines de la acción del Estado. Esto significa que en su quehacer, Gobierno, Administración, Poder Legislativo y Poder judicial deben mostrar en sus actuaciones la referencia finalista a dichos principios rectores. Es más, en la medida en que tales principios estén presentes, con citas expresas, en sus resoluciones y disposiciones, en esa medida los poderes del Estado están dando cumplimiento nada menos que al capítulo III de la Constitución de 1978. Un estudio

de los preámbulos de las leyes, de las normas administrativas y de las sentencias en materia social y económica nos dará el efectivo cumplimiento de dichos principios por los poderes del Estado.

Desde otro punto de vista se ha señalado que los principios rectores a los que hacemos referencia tienen naturaleza programática en el sentido de que imponen objetivos al poder público, en particular al legislador, pero en tales términos que la ley no puede ser juzgada con arreglo a su grado de consecución de los mismos. Por eso, la naturaleza preventiva de las medidas de salud pública del artículo 43.2 constitucional puede ser título para el despliegue de normas con rango de ley sobre la materia.

Los principios rectores de la política social y económica son fines y son objetivos. En su condición de fines, tales principios rectores sí podrían ser objeto de evaluación o de control (Jiménez, 1996, p. 129), pero como programas o directrices es más difícil. En cualquier caso, esa doble naturaleza, fines y objetivos, refleja sobremanera la importancia de unos principios que, aun siendo insuficientes en lo que se refiere al grado de concreción de la cláusula del Estado social, al menos permiten que se incorporen efectivamente a todo el conjunto de la actuación de los Poderes del Estado y que, en el caso que nos ocupa impliquen obligaciones de hacer a las diferentes Administraciones públicas encargadas de la protección de la salud, tanto a nivel nacional, como en los espacios autonómicos.

En su condición de normas constitucionales programáticas informan las actuaciones de los Poderes públicos y por ello, del conjunto del ordenamiento jurídico en la medida en que son principios derivados directamente de la cláusula del Estado social y democrático de Derecho.

Desde una perspectiva negativa, como es lógico, quedan prohibidas todas las actuaciones de los Poderes del Estado que conculquen o lesionen dichos principios rectores. Tenorio (2012, p. 269 y ss.) nos muestra algunos ejemplos extraídos de la doctrina del Tribunal Constitucional, por ejemplo STC 19/1982, que, en materia de protección de la tercera edad –artículo 50 de la Constitución– “manda que se deseche la aplicación de una regla que conduce a un resultado opuesto al que dicho principio constitucional declara deseable”, entendiendo inconstitucional una determinada interpretación de la Administración pública y de un Tribunal de Justicia que habían estimado incompatibles la pensión de vejez y la de viudedad. Por su parte, la STC 45/1989 declaró inconstitucionales determinados preceptos tributarios que podían suponer mayor carga impositiva como consecuencia del matrimonio, entre otras razones, por ser incompatibles con el mandato constitucional de protección de la familia y de la institución matrimonial. En relación con las medidas preventivas en materia de salud pública, serían inconstitucionales políticas públicas en la materia que desconozcan la prevención o, lo que es más grave, que la lesionen o conculquen.

Los principios rectores de la política social y económica, entre los que se encuentra el artículo 43 constitucional, el que manda la adopción de medidas preventivas en materia de salud pública, son mandatos objetivos vinculantes para la actuación de los Poderes públicos y, por ello, imponen tareas públicas, del Estado y/o de las Comunidades Autónomas de acuerdo con el reparto constitucional de competencias, de desarrollo permanente; y entrañan igualmente mandatos negativos que puedan desnaturalizarlos. En este sentido, legitiman las exacciones patrimoniales coactivas de carácter específico que los Poderes públicos impongan a los particulares, así como el sostenimiento de los servicios necesarios con cargo a los ingresos públicos generales.

Una lectura atenta y minuciosa de los artículos 39 a 53 de la Constitución española, entre los que se encuentra el 43.2 que es el que establece las medidas preventivas como una de las políticas públicas más relevantes para organizar y tutelar la salud pública, demuestra sin especiales dificultades que a pesar de llevar como rúbrica “Principios rectores de la política social y económica”, en dichos preceptos hay principios, por supuesto, pero también hay derechos, el derecho a la protección de la salud; por ejemplo, hay mandatos constitucionales de optimización, hay mandatos simples de regulación, hay reservas de ley, hay normas en materia de igualdad y hay también garantías institucionales.

IV. Sobre el derecho a la protección de la salud y las medidas preventivas en la Constitución

El artículo 43 de la Constitución se refiere a la protección de la salud, derecho que, en realidad, además de principio rector de la política social y económica, es un claro y neto derecho fundamental de la persona. Es un derecho fundamental de la persona, es cierto, que precisa de una acción positiva del Estado para su realización efectiva, pero finalmente es un derecho fundamental. Derecho al trabajo y derecho a la salud son los típicos derechos fundamentales sociales. Sin trabajo y sin un estado físico, mental y espiritual adecuado, la persona no se puede desarrollar libre y solidariamente.

El derecho a la protección de la salud del artículo 43 de la Constitución debe conectarse con los derechos sanitarios de determinados colectivos que precisan atención: es el caso de trabajadores –artículo 40.2 constitucional–, de minusválidos –artículo 49 de la Constitución–, de personas de la tercera edad –artículo 50 constitucional–, de consumidores o usuarios –artículo 51 de la Constitución– o de madres e hijos –artículo 39 constitucional–, y, por supuesto, como bien jurídicamente digno de protección: el *nasciturus* o persona en potencia, quizás, por su fragilidad y debilidad, el más necesitado de protección sanitaria.

El artículo 43.1 dice que “se reconoce el derecho a la salud”. Es decir, no estamos propiamente en el marco de un principio rector sino de un derecho, un derecho fundamental que debería estar regulado donde le corresponde. En cambio, en el

apartado segundo del precepto, sí que estamos en presencia de un principio rector: “competen a los Poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”. Nótese, esto es relevante, que la principal política pública referida específicamente en el apartado dos del artículo 43 constitucional, entre las que son propias de la organización y tutela de la salud pública, es la preventiva. Tal mención expresa significa que el Constituyente tuvo muy claro que la actividad preventiva de los Poderes públicos en materia de salud pública era primordial y bien relevante.

Por otra parte, leer en tiempo de postpandemia este párrafo segundo de este precepto constitucional ayuda a entender el valor de la actividad administrativa de prevención. Una actividad de relevancia constitucional cuyas carencias han sido puestas de manifiesto con ocasión de la reciente epidemia del Covid-19.

En todo caso, tras la experiencia de esta epidemia, es lógico, y urgente, que la actividad preventiva en materia sanitaria se active lo antes posible, con procedimientos de detección remota y próxima de riesgos, con un mayor diálogo entre Gobierno y científicos, y con estructuras dedicadas a la prevención más estables. Si, además, resulta que los datos conocidos sobre el porcentaje de la población con problemas de obesidad en España indica que un 55,8 % de la población mayor de dieciocho años residente en España presenta un exceso de peso, un porcentaje que se sitúa en un 18,7 % referido a la obesidad, y en un 37,1 % al sobrepeso, entonces la pertinencia de la prevención es evidente. Sobre todo, si tenemos presente que un exceso de grasa trae consecuencias graves para la salud, como enfermedades cardiovasculares –sobre todo cardiopatías y accidentes cerebrovasculares–, diabetes de tipo dos, afecciones osteomusculares como la artrosis y algunos tipos de cáncer –de endometrio, mama y colon–.

V. El derecho a la salud, un derecho fundamental

Mucho se ha discutido y se seguirá discutiendo acerca del alcance constitucional del derecho a la salud. No tendría sentido que, siendo reconocido en la Constitución por ser un derecho humano o fundamental, no fuera susceptible del amparo y tutela jurídica de estos derechos. Claro que lo es si es lesionado, para lo que habrá que estar, no en cuanto al núcleo esencial, sino en cuanto a otros aspectos complementarios, a lo que diga el legislador.

Por otra parte, el titular del derecho a la protección de la salud, el derecho a la salud es el ciudadano, la persona física, la persona natural. Si estamos de acuerdo en que es un derecho que forma parte del mínimo vital para un desarrollo digno, será un derecho de toda cuanta persona se encuentre en territorio español, sea cual sea su nacionalidad y situación jurídica, pues de lo contrario no sería, como es, un dere-

cho humano. Por cierto, el reconocimiento del derecho a la protección de la salud se refiere, de otra manera no tendría sentido, a que los ciudadanos dispongan de un estado físico y psíquico adecuado para el libre y solidario desarrollo de la personalidad.

El párrafo segundo del artículo 43 constitucional apunta a los Poderes públicos y a la salud pública, concepto que en principio pareciera incluso diferente y contrapuesto al de salud personal. Sin embargo, tal aseveración, razonable y correcta *prima facie*, podría conducir a conclusiones inaceptables como, por ejemplo, la de entender que en relación con la salud de las personas el Estado social no tuviera tarea o función alguna, sólo en la medida en que el ciudadano fuera trabajador o vinculado por alguna relación a su actividad profesional. En realidad, al no estar reconocido en la Constitución en sede de derechos fundamentales de la persona el derecho a la salud y sí en sede de principios rectores de la política social y económica, tal interpretación podría reputarse exagerada o desproporcionada; pero si entendemos que el derecho a la protección de la salud, a la salud, es un derecho fundamental, entonces el alcance del párrafo segundo del artículo 43 debería ser amplio y omnicompreensivo.

También se ha polemizado acerca de si la protección de la salud es o no es un servicio público. En la medida en que la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud, de todos, pareciera que las características de los servicios públicos: continuidad, regularidad e igualdad, aconsejarían esta solución. El problema es que la Constitución habla de derecho a la protección de la salud y el servicio público es una actividad de titularidad pública que regula el Estado con notable intensidad. Otro problema no menor es que la ecuación servicio público-derecho fundamental no juega en esta materia. Entonces se podría colegir que estamos en presencia de un servicio de interés general de responsabilidad pública en el que el Estado debe garantizar a través de la regulación la universalidad, la asequibilidad y la calidad. Es indiferente quien sea el titular o quien preste el servicio, la clave está en que se preste adecuadamente.

La tesis del servicio público, incluso en materia de salud pública, no se deduce del tenor literal del párrafo segundo del artículo 43 puesto que en ningún momento se alude ni a esa calificación jurídica ni a la titularidad de la actividad de protección de la salud pública. Es decir, estamos en presencia de un derecho fundamental (Escobar, 2012, p. 565).

En este sentido, González del Solar (2009, p. 417) ha señalado acertadamente que el acceso a los bienes, servicio y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de la salud no es sólo un derecho humano fundamental y la clave para que las personas puedan disfrutar de otros derechos fundamentales. Desde una perspectiva social, es también un elemento crucial para la construcción de capital social, a través de la inserción de los individuos en la vida de su comunidad. El derecho a la protección de la salud implica que el Estado lo garantice, a cuyo efecto ha de organizar la actividad

sanitaria, pública y privada, para que se pueda dispensar en las mejores condiciones, al menos en condiciones de digna calidad de vida. Desde luego, no se podría garantizar una organización y tutela de la salud pública, tal y como destaca la Constitución en este parágrafo sin la adopción de medidas preventivas.

El derecho a la salud, además, tiene una evidente connotación social en la medida en que tal actividad del Estado tiene una especial responsabilidad en el marco de las relaciones laborales y sobre todo en el caso de las personas con especiales dificultades para el acceso a este derecho.

El derecho a la protección de la salud, ubicado en el capítulo III, atiende a las personas, a los ciudadanos más frágiles y desvalidos porque se entiende que los ciudadanos con más posibilidades podrán ser atendidos en centros médicos y hospitalarios privados de su elección.

El derecho a la protección de la salud de las personas tiene una evidente y obvia relación el derecho a la vida y a la integridad física y moral de las personas del artículo 15. Hasta tal punto que podría sostenerse que el derecho a la salud está ínsito en el derecho a la vida en cuanto derecho a disfrutar de un estado físico y espiritual adecuado para el libre y solidario desarrollo de la personalidad, de manera que el derecho a la salud pública sería el objeto del artículo 43 de la Constitución. Sea como sea, lo que es exigible en un Estado social y democrático de Derecho es que todos los ciudadanos, especialmente los más débiles y desvalidos, puedan acceder en dignas condiciones a una salud física y/o moral adecuada a la naturaleza humana.

Como es bien sabido, el derecho a la salud está reconocido como derecho humano a nivel internacional desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y encuentra especial acomodo, por ejemplo, en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).

La sanidad española, por ejemplo, es expresión –a mi parecer– del profundo grado de solidaridad de nuestra sociedad en todos sus estamentos, aunque en algunos casos el gasto público se haya disparado por irracional. Sólo se puede explicar su entramado, ciertamente complejo, avanzado técnica y socialmente –y también muy perfectible– por la acción solidaria de sucesivas generaciones de ciudadanos y por la decidida acción política de gobiernos de variado signo. Sobre bases heredadas a lo largo de tantos años, hemos contribuido de modo indudable al desarrollo de una sanidad en algunos sentidos ejemplar; y con el desarrollo autonómico se han desenvuelto experiencias de gestión que suponen ciertamente un enriquecimiento del modelo –en su pluralismo– para toda España.

Pero si afirmamos que el modelo del Estado de bienestar es perfectible, estamos reclamando la necesidad de reformas, que deben ir por el camino de la flexibilización,

de la agilización, de la desburocratización, de la racionalización en la asignación de recursos y de su optimización, y de la personalización y humanización en las prestaciones. Reformas que hoy son más evidentes por el notable despilfarro que se ha producido a consecuencia del esquema estático y errático del modelo de Estado de bienestar seguido a nivel nacional y también territorial.

Es decir, que en muchos sentidos el modelo sanitario sea ejemplar no quiere decir que sea viable en los términos en que estaba concebido, ni que no pueda estar mejor orientado de cara a un servicio más extenso y eficaz. En efecto, queda muchísimo por hacer. La asistencia sanitaria universal no puede ser una realidad nominal o contable, porque la asistencia debe ser universalmente cualificada desde un punto de vista técnico-médico, inmediata en la perspectiva temporal, personalizada en el trato, porque la centralidad de la persona en estas políticas lo exige. Y además debe estar articulada con programas de investigación avanzada; con innovaciones de la gestión que la hagan más eficaz; con una adecuación permanente de medios a las nuevas circunstancias y necesidades; con sistemas que promuevan la competencia a través de la pluralidad de interpretaciones en el modelo que –eso sí– en ningún caso rompan la homogeneidad básica en la prestación.

Además, precisamente por no tratarse de un problema puramente técnico o de gestión, la política sanitaria y los desafíos del bienestar deben encuadrarse en el marco de la política general. En ella se evidencian los objetivos últimos de la política ya indicados: promoción de la libertad –en nuestro caso liberación de las ataduras de la enfermedad–, solidaridad –evidente como en pocos campos en la asistencia sanitaria universal–, y participación activa. Este deber de participación, libremente asumido, enfrenta al ciudadano a su responsabilidad ante el sistema sanitario, para reducir los excesos consumistas; le abre y solicita su aceptación de posibilidades reales de elección; establece límites subjetivos al derecho, que debe interpretarse rectamente no como derecho a la salud estrictamente, sino como derecho a una atención sanitaria cualificada; y plantea también la necesidad de asumir la dimensión social del individuo buscando nuevas fórmulas que den entrada al ámbito familiar –sin recargarlo– en la tarea de humanización de la atención sanitaria.

VI. Referencias

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (2023). *Todacitan*. Ministerio de Sanidad. https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/83407/FT_83407.pdf

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) (2023). *Estudio Aladino*. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ALADINO_AESAN_avance.pdf

Aranceta Bartrina, J. (Dir.) (2015). *Estudio Nutricional y de Hábitos Alimentarios de la Población Española: Estudio ENPE*. Fundación EROSKI.

Asamblea Mundial de la Salud (AMS) (1989). *Informe del Director General sobre las actividades de la OMS en 1988*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/201811>

Asamblea Mundial de la Salud (AMS) (2013). *Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Helsinki, 2013*. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf

Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Hacia una nueva modernidad. Editorial Paidós.

Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 311, de 29/12/1978.

De Miguel, R. (15 de octubre de 2024). El Gobierno de Starmer plantea recetar inyecciones adelgazantes a los desempleados obesos en el Reino Unido. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2024-10-15/el-gobierno-de-starmer-plantea-recetar-inyecciones-adelgazantes-a-los-desempleados-obesos.html>.

Escobar Roca, G. (2012). Algunos problemas del derecho a la salud, a la luz de la teoría general de los derechos fundamentales. En Cascajo Castro (Ed.), *Derechos sociales y principios rectores. Actas del IX Congreso de la Asociación de Constitucionalistas*, pp.563-588. Tirant lo Blanch.

González del Solar, N. (2009). El derecho a la salud. En Embid Irujo (Dir.), *Derechos económicos y sociales*, pp.401-438. Iustel.

Jiménez Campo, J. (1996). Artículo 53: protección de los derechos fundamentales. En Alzaga Villaamil (Coord.), *Comentarios a la Constitución española de 1978* pp.(439-530). Cortes Generales: EDERSA.

Ley Fundamental para la República Federal Alemana. *Consejo Parlamentario*, de 23/05/1949.

Ministerio de Sanidad (2023). *Porcentaje de personas con obesidad, por sexo según comunidad autónoma*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla10.htm>

Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr_SP.pdf

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2019). *La pesada carga de la obesidad*. <http://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2023). *España: Estadísticas de Salud*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/es/publications/reports/2023/12/spain-country-health-profile-2023_727a7995/f12f0172-es.pdf

Pan American Health Organization (PAHO) (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>

Rábade, C. (3 de febrero de 2023). Sanidad financia un tratamiento para dejar de fumar en 25 días. *La Opinión. Coruña*. <https://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2023/02/03/sanidad-financia-tratamiento-fumar-25-82433051.html>

Salazar, I. (15 de octubre de 2024). Reino Unido plantea recetar inyecciones adelgazantes a los desempleados obesos. *ABC Sociedad*. <https://www.abc.es/sociedad/reino-unido-plantia-recetar-inyecciones-adelgazantes-desempleados-20241015144207-nt.html>

STC 19/1982, Sala Segunda, 05/05/1982. <https://vlex.es/vid/1-2-9-i-3-53-c-4-5-15034889>

STC 18/1984, Sala Primera, 07/02/1984. <https://hj.tribunalconstitucional.es/es/Resolucion/Show/271>

STC 45/1989, Pleno, 20/02/1989. <https://vlex.es/vid/31-i-12-23-32-an-38-lotc-15034149>

STC 36/1991, Pleno, 14/02/1991. <https://vlex.es/vid/stc-aatc-35-lotc-ma-t-as-i-an-8-9-15356776>

STC 26/1992, Pleno, 05/03/1992. <https://vlex.es/vid/cuestiones-acumuladas-promovidas-loja-18150713>

STC 95/2000, Sala Primera, 10/04/2000. <https://vlex.es/vid/ra-r-b-143880>

STC 154/2006, Sala Primera, 22/05/2006. <https://vlex.es/vid/2002-h-b-317875>

STC 247/2007, Pleno, 12/12/2007. https://vlex.es/vid/2006-20-10-1-17-35309392?_gl=1*_1vz3yj3*_up*MQ..*_ga*NTewNzkxMzIxLjE3NDgzNDawNTc.*_ga_703M8XRED8*cze3N-DgzNDawNTQkbzEkZzAkdDE3NDgzNDawNTQkajAkBDaKaDAkZEVtNF84cEt3dW-FBbWVNeDVuLXdtWnBIN291dFhTTkd6ckE

Tenorio Sánchez, P.J. (2012). El Tribunal Constitucional, la cláusula del Estado social, los derechos sociales y el derecho a un mínimo vital digno. En Cascajo Castro (Ed.), *Derechos sociales y principios rectores. Actas del IX Congreso de la Asociación de Constitucionalistas* pp.(257-300). Tirant lo Blanch.

Fecha de recepción: 02 -06-2025

Fecha de aceptación: 28-07-2025