

Material Imprimible

Curso Derecho a la salud.

Módulo 1. Conceptos fundamentales sobre derecho y salud.

Contenidos:

- Conceptualización del derecho a la salud.
- Noción de blindaje constitucional.
- Evolución de la implicancia del derecho a la salud.
- Organización Mundial de la Salud.

Conceptualización del derecho a la salud

Para comenzar a delimitar el presente objeto de estudio, haremos un recorrido por la conceptualización del **derecho a la salud**, intentando comprender y delimitar lo que ambas palabras significan en un mundo legal.

El autor cubano Máster Carlos González Díaz en su artículo “Educación Médica Superior” explica que el Derecho, elemento regulador de todas las relaciones humanas, se caracteriza en el sector de la salud por el establecimiento de una serie de vínculos interpersonales que han propiciado la aparición de un conjunto de regulaciones, disposiciones y leyes propias de este sistema.

Sin embargo, no existe una aprobación en el ámbito internacional sobre las características inherentes a una rama del Derecho centrada en el tema de la salud, pues las diversidades en la concepción y ejercicio de la medicina en los

diferentes sistemas sociales dificultan la uniformidad de una doctrina al respecto.

La propia génesis del Derecho se explica por la misma actividad social del hombre, inherente a su condición humana, y por la necesidad de establecer un ordenamiento o regulación a las acciones que de ella se derivan.

Por ello, el Derecho, como elemento regulador de las relaciones sociales, reviste una importancia especial en todas las acciones humanas. Es fácil comprender pues, el origen y desarrollo de un sistema que debe no sólo considerar sino también regular todas las facetas de las complejas y siempre cambiantes relaciones humanas.

En este universo de interacciones, se ha fomentado y consolidado uno revestido de connotaciones muy especiales determinado por las complejidades propias del sector de la salud y lo singular de las relaciones que genera, propiciatorias de la aparición de un conjunto de regulaciones, disposiciones y leyes propias de este sector.

El autor N. Daniels menciona en su obra “Just Health Care” (1985) que de la noción de salud se desprende la idea de justicia, y por ello es necesario definir qué tipo de bien social es la salud; qué relación tiene con otros bienes; si hay o no obligación de proveer atención sanitaria; y si existen o no desigualdades en la distribución de recursos que resultan moralmente aceptables o inaceptables.

Es necesario remarcar que un buen punto de partida para enfocarnos en el tema es comprender que en la concepción de salud que tanto el Estado como los gobiernos, los organismos y la ciudadanía sostienen, condiciona e impacta en la configuración de los sistemas jurídico y sanitario; en las políticas públicas que se implementan; en las formas de abordar las problemáticas; en la definición de los sectores del Estado convocados y en el tipo de respuesta; y en

los dispositivos de participación comunitaria que se crean, reconocen o legitiman.

Por ello, podemos afirmar que acercarse al conocimiento del **Derecho de la Salud** permitirá conocer de qué manera se asegura, defiende y organiza este elemental derecho humano.

En el contexto del sector de la salud, las relaciones que se establecen entre el médico y su paciente son sólo un aspecto de este entramado, que incluye también todas las situaciones o acciones que pueden influir en el estado de salud de la población, bien sean determinadas por un factor de tipo ambiental o psicosocial.

El **Sector de la Salud** ha desarrollado un conjunto de normas que constituyen, sin duda, una rama del Derecho con características definitorias de muy amplio espectro.

En el sistema jurídico argentino el derecho a la salud es considerado un Derecho Humano fundamental interdependiente de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. No obstante, existe una amplia brecha entre el derecho consagrado y su implementación.

La práctica diaria jurídica suele hacer un uso restringido de la conceptualización de lo que el término engloba, cerrando el abanico de derechos para la ciudadanía, así como de participación estatal. Sin embargo, el concepto de salud, no es unívoco, y experimentó cambios en el contenido, alcance y extensión.

La autora María Natalia Echegoyemberry, en su artículo “El Derecho a la salud en el campo jurídico y sanitario. Hacia la construcción de la justicia sanitaria”

explica que si hablamos de derecho a la salud es necesario definir primero qué entendemos por salud y por enfermedad.

Siguiendo con las definiciones de la salud, nos encontramos en la actualidad por lo menos dos concepciones diferentes acerca del entendimiento de lo que la salud conlleva. Una de ellas, con una connotación más biológica, es el Modelo biomédico o Modelo Médico Hegemónico (MMH); y la otra, con una mirada más amplia, incorpora variables sociales condicionantes delineando un modelo basado en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado (PSEAC).

Las diferencias entre estas dos miradas se revelan en la manera de pensar la respuesta sanitaria, la mayor o menor participación y autonomía de las personas en relación a su salud, la exigibilidad hacia el estado de prestaciones de salud y, fundamentalmente, tiene implicancias en términos de ampliación o restricción de ciudadanía y de justicia sanitaria. Es interesante e importante, para avanzar en el estudio de la materia, que analicemos un poquito más ambos modelos.

El **modelo biomédico o hegemónico** se centra en un entendimiento de la salud estrictamente corporal. Según él, la salud y la enfermedad se centran en el cuerpo, en un órgano, en su aspecto puramente biológico. A finales del Siglo XIX se entendía que, si no había células enfermas, no había patologías. En esta conceptualización, hay un concepto unitario que sostiene que la salud se define por su negativo, es decir, por la ausencia de enfermedad.

Los autores Gavidia y Talavera (2012) señalan que la medicina antigua poseía una concepción unitaria y globalizadora del fenómeno de la enfermedad, de forma que cualquier enfermedad implicaba la pérdida de la normalidad.

La salud y la enfermedad aparecen como conceptos opuestos o categorías dicotómicas. Desde esta concepción biologicista, la enfermedad recae en el cuerpo y de ello derivará una forma específica de tratamiento.

El Modelo Médico Hegemónico es definido por Menéndez Eduardo, en su obra “Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica” (1990), como: “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del S. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.”

Este autor considera que el tratamiento de la enfermedad ha sido atribuido casi de manera exclusiva al saber de la medicina, reduciendo así la enfermedad a signos y a diagnósticos casi exclusivamente biológicos. Es de destacar que el sistema de salud argentino está basado en la atención individual de la enfermedad entendiéndola principalmente desde los aspectos biológicos y la medicalización.

Para eso, la primera pregunta a responder es ¿a qué llamamos salud?

Teniendo en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), se entiende que “la salud es el completo Estado de bienestar físico - mental y social”.

Esta concepción significó un avance en cuanto a los conceptos de salud hasta ese momento dados, puesto que hasta allí se hablaba de salud sólo desde lo biológico.

Por su parte, el **modelo basado en salud, enfermedad, atención y cuidado (PSEAC)**, surge como un modelo alternativo al modelo biologicista, pero fundamentalmente es un modelo que critica la forma de producir salud y enfermedad propia del modelo de desarrollo capitalista.

Particularmente, en América Latina esta corriente se va perfilando como modelo alternativo dentro de lo que se conoce como Salud Colectiva latinoamericana. Aquí la enfermedad no es ya un fenómeno biológico, sino un producto histórico y derivado de las relaciones sociales y del trabajo.

Dentro del modelo social encontramos a la salud definida como “una categoría compleja, socialmente construida, determinada no sólo por el patrón biológico, sino que es expresión y producto de una construcción social e histórica, que responde a factores sociales, políticos, culturales y económicos” (Laurell, 1995).

Se señala que esta corriente entiende la salud como un asunto de orden político (Granda, 2000, 2003).

En el sistema de salud encontramos distintos tipos de leyes, que podemos clasificar de la siguiente forma: en primer lugar, las leyes que configuran el sistema de salud, como la regulación de los subsectores -público, privado de la seguridad social-; mecanismos de control sobre medicina privada y obras sociales; regulación de la tecnología en salud y medicamentos; Programa Médico Obligatorio (PMO); cobertura explícita a grupos vulnerabilizados -prescripción de medicamentos por su nombre genérico, y calendario de vacunación gratuito y obligatorio-.

En segundo lugar, ubicamos a las leyes que implican cambios de paradigmas, sustituyéndolos por otros más garantistas, como el reconocimiento y legitimación de la diversidad -orientación, identidad y expresión sexual. También encontramos leyes que protegen el derecho a saber de los pacientes como las leyes de protección de personas mayores o la de parto humanizado.

Luego encontramos las leyes que abordan problemáticas de salud y enfermedad específicas de discriminación positiva o afirmativas de derechos,

que buscan la cobertura integral, el acceso al diagnóstico, a medicamentos y a tratamientos, como la Ley de lucha contra el VIH/SIDA; la Ley de cuidado integral de enfermedades poco frecuentes; la Ley de detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedad celiaquía; la Ley de reproducción medicamente asistida; los programas de salud sexual y reproductiva; la Ley de lucha contra la hepatitis, entre muchas otras.

Por otro lado, se encuentra la legislación sectorial, que es la regulación de profesiones de salud; acreditaciones, tecnologías, y sistema de información en salud, y la creación de organismos sanitarios de articulación y control y regulación.

Por último, existe también la legislación de salud en otras leyes de otros sectores y organismos como la Ley Nacional de Educación, la Ley Nacional de Migraciones, la Ley de protección integral de las mujeres, la Ley de Presupuesto, la Ley de transparencia y rendición de cuentas del Estado, o Ley de Protección de Datos personales.

En este sentido, cobra fuerza la idea de que, en el camino hacia la construcción de la justicia sanitaria, es necesario comprender el texto y el contexto en el que se inserta. Así, existen distintas normativas de salud tanto en leyes nacionales y provinciales.

Las leyes en salud se encuentran insertas en un sistema jurídico y un sistema sanitario que se configuran y reconfiguran mutuamente. Coincidimos con Echegoyemberry en que el derecho a la salud no puede entenderse por una o varias leyes de manera aislada, sino debe ser interpretado de manera sistémica, recordando que la salud en el sistema jurídico argentino es un derecho humano fundamental con jerarquía constitucional.

Blindaje constitucional

A partir de la reforma constitucional de 1994, se incorporó expresamente el derecho a la salud en la Constitución Nacional (CN) y gracias ello, se ha visibilizado la existencia del derecho a la salud en los tribunales y se ha generado un activismo judicial en pos de hacer valer dicho derecho (Abramovich, Pautassi, 2008).

La Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), reconoció jerarquía constitucional al derecho a la salud, a la luz de los tratados de Derechos Humanos incorporados en la Carta Magna. Además de la normativa nacional sobre el derecho a la salud, es de aplicación el derecho internacional de Derechos Humanos, por remisión expresa de nuestra Constitución Nacional (art. 75 inc. 22).

La legislación sanitaria internacional o en salud global es el conjunto de normas legales, procesos e instituciones de derecho internacional público (DIP) designados primariamente para el logro de los mayores estándares posibles de salud física y mental de la población mundial.

En efecto, la salud como derecho ha sido reconocida en el cuerpo normativo nacional, como internacional. De esta manera, se pueden mencionar algunos de los pactos internacionales que contienen cláusulas específicas que resguardan la vida y la salud y que obligan al Estado nacional a velar por su cumplimiento e impulsar todas las medidas necesarias para preservar el derecho a la salud.

La salud en tanto derecho fundamental, permite el ejercicio de otros derechos que se enuncian en la Carta Internacional de derechos. Así, en el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se señala que “Las personas sin distinción de clase social, religiosa, étnica, de situación migratoria o sexo-genéricas tienen derecho al más alto nivel posible de salud física y mental” comprendiendo el derecho a la salud, condiciones o factores determinantes

como la alimentación, la nutrición, vivienda, acceso agua potable, condiciones sanitarias y laborales seguras y sanas y a un ambiente sano.

En la Observación General N° 14 se establece un marco de referencia mínimo en relación al contenido de lo que debemos entender por salud. Esto conlleva el deber para los Estados parte de garantizar cuatro aspectos. En primer lugar, la disponibilidad de suficientes establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y de programas.

En segundo lugar, la accesibilidad física; la no discriminación; la accesibilidad económica de los servicios, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos; y el acceso a solicitar, recibir y difundir información, además de la confidencialidad con que deben ser tratados los datos en salud.

También deben garantizar la aceptabilidad, es decir, que los servicios deberán ser culturalmente adecuados y respetuosos de la ética médica, teniendo en cuenta la perspectiva de género, la perspectiva de ciclo de vida, y la perspectiva de interculturalidad.

Por último, deben garantizar el acceso a servicios de calidad desde el punto de vista científico.

Los estándares de Derechos Humanos establecen ciertos mínimos que deben ser garantizados por acciones positivas del Estado, y en caso de su infracción, generan responsabilidad y mecanismos para asegurar su cumplimiento.

El Sistema de salud en Argentina es complejo, y se encuentra configurado por el Sistema Jurídico. Ambos sistemas se reconfiguran mutuamente. Ambos articulan tres componentes: la gestión, el financiamiento y la atención.

Estos tres factores van de la mano de la concepción de salud, de los modelos organizativos que se implementen y de los modelos económicos que se promuevan desde el Estado (Echegoyemberry, Castiglia, Yavich & Báscolo, 2017).

La negación del derecho a la salud habilita la protección judicial nacional y supranacional y permite recurrir, en casos de urgencias, a medidas cautelares y procedimientos de amparo con la finalidad de hacer efectivo el derecho vulnerado.

Desarrolla el autor Dante D. Gómez Haiss, en su artículo “La Salud Como Derecho Humano Y Social De Primer Orden” (2018) que con la aparición del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, en vigencia desde el 1.º de agosto del año 2015, impregnado por el constitucionalismo, ya no solo deben verse los aspectos de la responsabilidad estatal en torno a la salud pública, tan solo con una mirada cercana, acotada y rápida, teniendo presente tan solo normas locales o nacionales y aun las especiales o reglamentarias, sino que se impone contemplar aquellas consideradas supralegales o internacionales de derechos humanos.

Con ello, la lectura y estudio pormenorizado de estas normas deberán ser “pan de todos los días” para todos los operadores del sistema judicial. El nuevo Código de fondo especifica que todos los casos que su letra no incluya o resuelva, deben ser resueltas según las leyes que resulten aplicables, conforme con la Constitución Nacional y con los tratados de derechos humanos en los que la República sea parte. A tal efecto, se tendrá en cuenta la finalidad de la norma.

Los usos, prácticas y costumbres son vinculantes cuando las leyes o los interesados se refieren a ellos o en situaciones no regladas legalmente, siempre que no sean contrarios a derecho”.

Al respecto, en su Artículo 2º, establece que “la ley debe ser interpretada teniendo en cuenta sus palabras, sus finalidades, las leyes análogas, las disposiciones que surgen de los tratados sobre derechos humanos, los principios y los valores jurídicos, de modo coherente con todo el ordenamiento”.

Por su parte, el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos dice textualmente que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, a sí mismo, 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”.

Asimismo, el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, establece que “los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a. La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

Nuestra Constitución Nacional hace referencia a la protección de los derechos de la salud del ser humano. Al respecto, el art. 42 de la constitución reza que “los

consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno”.

Dentro de la República Argentina, las constituciones provinciales que versan sobre el derecho y la protección de la salud de las personas, son Chaco, en el art. 36; la Provincia de Bs. As. en el art. 36; Río Negro en el art. 59; Catamarca en el art. 64, Salta en el art. 41; Tucumán en el art. 146; CABA en el art. 20; Córdoba en los arts. 51 y 59; San Juan en el art. 61; y Santiago del Estero en los arts. 16 y 21.

Podríamos hacer referencia también a la Ley 23.661, normativa que, en su art. 1, menciona lo siguiente: “Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica”.

El art. 2 de la Ley 23.661, por su parte, establece que “el seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva”.

Así, podemos ver como el **blindaje constitucional** del derecho a la salud, permite incorporar su protección desde las distintas esferas y ámbitos que la temática encierra.

Evolución de la implicancia del derecho a la salud

El concepto de salud ha ido atravesando a lo largo del tiempo una notable evolución y transmutación, dependiente del contexto histórico, social y cultural, así como de los avances en medicina. Estas transformaciones fueron dando espacio a diferentes modos de entendimiento y de aplicación del concepto de salud y del correlativo derecho a la misma.

La doctrina en su conjunto coincide en que en los primeros años de nuestra historia predominó un pensamiento primitivo de carácter místico-religioso, que duró un largo período de tiempo, y que se basaba en la creencia de que una enfermedad era un castigo divino, y que por ello no era necesario buscar síntomas ni causas.

El primer cambio conceptual acerca de la salud llegó con las sociedades egipcia y mesopotámica, que introdujeron la conciencia acerca de la higiene personal y pública. Nuestra concepción actual de salud encuentra su origen en la cultura griega, que canalizó sus conocimientos de medicina a través de su mitología: Higea, diosa de la salud, e Hipócrates, padre de la medicina.

El pueblo romano a su vez, fascinado por la cultura griega, aplicó dichos avances en medicina a su sociedad, además de sumar conocimientos propios de carácter urbanístico que enfocaron a la salud pública: construyeron ciudades más salubres para sus habitantes con grandes acueductos para la dotación de aguas así como para el alojamiento de sustancias de desecho.

En la Edad Media, al aparecer las escuelas monásticas, se enseñó medicina hipocrática en la Escuela de Salerno. Además, se elaboraron volúmenes escritos que contenían normas de higiene y salud. El sentido de la higiene desarrollado por aquél entonces permaneció durante siglos.

En el auge del movimiento renacentista, la investigación científica en el ámbito de la medicina se avivó de forma notable, aportando grandes descubrimientos.

Cabe decir que la Reforma luterana abrió algunos caminos para el progreso del continente europeo a todo nivel, también en la investigación del cuerpo humano.

La estricta moral católica prohibía profanar los cuerpos de los difuntos y por ello jamás se había realizado una autopsia; sin embargo, la nueva moral protestante introdujo la curiosidad científica por la investigación y los avances técnicos.

Durante el Renacimiento hubo un resurgir de la medicina como disciplina científica. Así, se elevó la preocupación por la salud a un aspecto social de prioridad.

Las numerosas pestes que habían devastado Europa anteriormente también fueron un detonante; el inmovilismo al que se vio sometido el continente debido a la Santa Inquisición postergó una forma de vida precaria con una salud muy deficiente, pero esto tocó a su fin con todos estos progresos.

En el siglo XX el mundo moderno vivió un punto de inflexión en lo referente a la salud: Alexander Fleming patentó la penicilina, un antibiótico que dio cura a una gran cantidad de enfermedades que hasta entonces se consideraban intratables.

Cabe destacar que en casi todas las sociedades antiguas, como la árabe, la serbia, la griega, o la china, se han hallado investigaciones que llegaban a la misma conclusión que la penicilina de Fleming, es decir, la noción de que se pueden combatir dolencias con bacterias.

Acompañando este descubrimiento, fueron inventándose equipos sofisticados de diagnóstico y se fue gestando un nuevo paradigma de lo que la salud significa, dando paso a que en 1948 la Organización Mundial de la Salud la

definiera como “un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia del mal o la enfermedad”.

Por lo tanto, contempla el estado saludable de la persona desde el punto de la localidad de vida y no simplemente desde la manifestación de síntomas o el padecimiento de enfermedades.

De ahí que estar sano o sentirse sano no se defina por el hecho de no estar enfermo, sino contemplando una visión más amplia que abarca las múltiples facetas del desarrollo humano y que conlleva el respeto y resguardo de varios derechos humanos que se le vinculan de manera directa e indirectamente.

Como sostienen autores de la talla de Enrique Suárez en su artículo “Políticas Públicas de Prevención y Tratamiento de Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida en la Provincia de Buenos Aires. Algunos lineamientos sustantivos e instrumentales”, “el derecho a la salud es un derecho **multidimensional** porque su satisfacción implica la consecución de varios estándares de calidad de vida, como físico-mental u otros.

Es también un derecho de *tendencia expansiva*, ya que su contenido no es estático: la evolución del hombre en el tiempo y los adelantos tecnológicos y científicos, en pos del bienestar de los pueblos, han ido variando de los estándares mínimos que conforman una existencia digna para cualquier habitante de una sociedad dada”. Además, afirma que “el derecho a la salud abarca no solo la salud individual, sino también a la salud colectiva. La salud es un bien de toda la comunidad, un bien social”.

La Organización Mundial de la Salud

En tiempos de posguerra en 1948, y con el fin de cooperar entre ellos y con otros en la promoción de la salud de todas las personas, se unieron 61 estados de

gobierno para crear la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, organismo especializado dentro de la Carta de las Naciones Unidas.

La conformación de la Organización Mundial de la Salud representó la culminación de los esfuerzos de cooperación internacional en materia de salud que comenzaron hace casi 150 años atrás. El preámbulo de su Constitución fue aprobado en 1946 y entró en vigencia el 7 de abril de 1948. En la actualidad la componen 191 Estados Miembros, uno de ellos la República Argentina.

La salud, como derecho humano esencial, es vista por la OMS como un estado de equilibrio o bienestar psicofísico y social; es decir, no significa sólo la “ausencia de enfermedades físicas”, puesto que la salud depende además de las relaciones con los demás seres humanos, la naturaleza, y el lugar donde este nace, crece y se desarrolla.

La autora Dra. Elisabeth Gómez Mengelberg, en su artículo “Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS” alega que dentro del preámbulo de 1948 se define al término salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad.

El principal sustento de esa idea era la renuncia necesaria de la libertad pulsional del hombre, cambiándola por una menor inseguridad propiciada por el ambiente social. Ahora bien, un posible cuestionamiento a esta definición de salud nos lleva hacia la visión utópica de una perfección intangible, atentando contra las características de la personalidad y es más que discutible la validez de la distinción entre el soma, la psiquis, y la sociedad.

Es en este contexto, y en la ideología de la Organización Mundial de la Salud, que la temática de promoción de la salud considera a esta no como un estado

abstracto sino como un medio para llegar a un fin; un recurso que permita a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

Pero analicemos un poco: ¿qué es la OMS, y por qué es un organismo tan importante en la materia? La Organización Mundial de la Salud es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.

Es la organización responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

Como ya explicamos, en el siglo XXI la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.

La OMS cumple sus objetivos mediante las siguientes funciones básicas: en principio, ofrece liderazgo en temas cruciales para la salud y participa en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas.

Por otro lado, determina las líneas de investigación y estimula la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos. También se encarga de establecer normas, promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica.

Además formula opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico; presta apoyo técnico, catalizando el cambio y creando capacidad institucional duradera, y, finalmente, sigue de cerca la situación en materia de salud y determina las tendencias sanitarias.

Estas funciones básicas se han descrito en el Undécimo Programa General de Trabajo, que proporciona el marco para el programa de trabajo, el presupuesto, los recursos y los resultados a nivel de toda la organización.

Dedicada al logro del bienestar de todas las personas y guiada por la ciencia, la Organización Mundial de la Salud lidera y apoya medidas de aplicación mundial para ofrecer a todas las personas, en todas partes, las mismas oportunidades de llevar una vida segura y sana.

Cabe mencionar que desde 1948 la OMS es el organismo de las Naciones Unidas especializado en la salud que conecta a naciones, asociados y comunidades que trabajan para promover el grado máximo de salud que se pueda lograr para todas las personas, independientemente de su raza, religión, género, ideología política o condición económica o social.

Hoy en día trabaja con 194 países, y en primera línea en más de 150 lugares, liderando la respuesta mundial a las emergencias de salud, previniendo enfermedades, abordando problemas de salud desde su propio origen y ampliando el acceso a medicamentos y a la atención de salud. Su misión es promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las personas vulnerables.

En la actualidad está enfocada en lograr mil millones más de personas protegidas frente a las emergencias sanitarias, con cobertura universal de salud, y con mejor bienestar y calidad de vida.

En su propio portal, esta organización reconoce que aunque la pandemia de COVID-19 ha mostrado la capacidad curativa de la ciencia, también ha puesto de manifiesto las desigualdades de nuestro mundo.

La pandemia ha evidenciado deficiencias en todos los ámbitos de la sociedad y ha hecho patente la necesidad urgente de forjar sociedades del bienestar sostenibles y comprometidas con la consecución de una salud equitativa, tanto ahora como para las generaciones futuras, sin sobrepasar los límites ecológicos.

El planteamiento actual de la economía conduce a la distribución no equitativa de la renta, la riqueza y el poder, y hay demasiadas personas que siguen viviendo en situaciones de pobreza e inestabilidad. Las economías del bienestar deben velar por el bienestar de las personas, la equidad y la sostenibilidad medioambiental.

Estos objetivos se han de plasmar en inversiones a largo plazo; presupuestos enfocados al bienestar, la protección social y a estrategias legales y fiscales. Para romper estos ciclos de destrucción del planeta y de la salud humana es necesario adoptar medidas legislativas, reformar las empresas y apoyar e incentivar a las personas para que tomen decisiones saludables.

Como vemos, la OMS opera en un entorno cada vez más complejo y en rápida transformación. Los límites de la acción de salud pública se han difuminado, extendiéndose ahora a otros sectores que también influyen en las oportunidades de acción sanitaria y en sus resultados.

La OMS responde a esos retos con una agenda de seis puntos, que aborda dos objetivos de salud, dos necesidades estratégicas y dos enfoques operacionales. El desempeño global de la OMS se medirá por el impacto de su labor en la salud de las mujeres y en la salud de la población africana.

Un objetivo en la agenda de la OMS es promover el desarrollo. Durante el último decenio la salud ha adquirido un protagonismo sin precedentes como impulsor clave del progreso socioeconómico, de tal manera que nunca se había invertido en ella tal cantidad de recursos. No obstante, la pobreza sigue

contribuyendo a la mala salud, y ésta hunde a grandes poblaciones en la pobreza.

El desarrollo sanitario se rige por el principio ético de equidad, según el cual el acceso a intervenciones que salvan vidas o fomentan la salud no es algo que pueda negarse por razones injustas, en particular por razones económicas o sociales.

El respeto de ese principio asegura que las actividades de la OMS orientadas al desarrollo sanitario otorguen prioridad a los resultados de salud entre los grupos pobres, desfavorecidos o vulnerables. El logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas y la lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas son las piedras angulares de la agenda de salud y desarrollo.

El segundo objetivo es fomentar la seguridad sanitaria. La vulnerabilidad común a las amenazas que acechan a la seguridad sanitaria exige medidas colectivas. Una de las mayores amenazas para la seguridad sanitaria internacional son las que provocan los brotes de enfermedades emergentes y epidemiógenas.

Esos brotes son cada vez más frecuentes, como consecuencia de la rápida urbanización, el deterioro del medio ambiente, la manera de producir y comercializar los alimentos, y la manera de usar los antibióticos.

La capacidad del mundo para defenderse colectivamente de los brotes epidémicos se vio reforzada en junio de 2007, la fecha de entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional revisado.

El tercer objetivo es fortalecer los sistemas de salud. Para que las mejoras de la salud operen como estrategia de reducción de la pobreza, es necesario que los servicios de salud lleguen a las poblaciones pobres y subatendidas.

En muchas partes del mundo los sistemas de salud no pueden cumplir ese objetivo, lo que hace del fortalecimiento de esos sistemas una alta prioridad de la OMS.

Entre los diversos aspectos abordados cabe mencionar la disponibilidad de un número adecuado de trabajadores debidamente cualificados, una financiación suficiente, sistemas idóneos para reunir estadísticas vitales, y acceso a las tecnologías apropiadas, incluidos medicamentos esenciales.

El cuarto objetivo consiste en aprovechar las investigaciones, la información y los datos probatorios. Los datos probatorios son la base para establecer las prioridades, definir las estrategias y medir los resultados. La OMS genera información sanitaria fidedigna, en consulta con destacados expertos, para fijar normas, formular opciones de política basadas en la evidencia y vigilar la evolución de la situación sanitaria mundial.

El quinto objetivo es potenciar las alianzas. La OMS lleva a cabo su trabajo con el apoyo y colaboración de numerosos asociados, incluidos organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, donantes, entidades de la sociedad civil y el sector privado.

La OMS utiliza el poder estratégico de la evidencia para alentar a los asociados que aplican los programas en los países a alinear sus actividades con las mejores directrices y prácticas técnicas, así como con las prioridades establecidas por los países.

Finalmente, el sexto objetivo es mejorar el desempeño. La OMS participa en las reformas en curso encaminadas a mejorar su eficiencia y eficacia, tanto a nivel internacional como en los países. Procura que su capital más importante, esto es, su personal, trabaje en un entorno motivador y gratificante.

La OMS además planifica su presupuesto y sus actividades mediante la gestión basada en los resultados, en la que se definen claramente los efectos previstos para poder medir el desempeño a nivel de país, regional e internacional.

Como ya dijimos, la OMS inició su andadura al entrar en vigor su Constitución el 7 de abril de 1948, fecha en la que celebramos cada año el Día Mundial de la Salud. Actualmente somos más de 7000 personas trabajando en 150 oficinas del país, seis oficinas regionales y la Sede de Ginebra.

Su Constitución posee firmes compromisos y principios a saber: que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; y que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

También es un principio que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados; y que los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

Sostienen además que la desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común; que el desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; y que la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

También consideran que la extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud; y que una opinión pública bien informada y una

cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Más de 7000 personas de más de 150 países trabajan para la Organización Mundial de la Salud en 150 oficinas de diferentes países, zonas o territorios; seis oficinas regionales, y una Sede, que se encuentra en Ginebra, Suiza.

Además de médicos, especialistas en salud pública, científicos y epidemiólogos, la OMS cuenta con personal formado para gestionar los sistemas administrativos, financieros y de información de la que dispone, así como con expertos en los campos de las estadísticas sanitarias, la economía y el socorro en emergencias.

Uno de los órganos de la Organización Mundial de la Salud es la Asamblea Mundial de la Salud, y es el organismo decisorio supremo de la OMS. Se reúne en Ginebra en mayo de cada año con la asistencia de delegaciones de los Estados Miembros.

Su función principal es determinar las políticas de la Organización, designar al Director General, supervisar las políticas financieras, y revisar y adoptar el programa de presupuesto propuesto.

En la Asamblea, delegados de países toman decisiones sobre metas y estrategias en materia de salud, las cuales servirán de guía para su propia labor de salud pública y para la labor de la Secretaría de la OMS de hacer avanzar al mundo hacia una mejor salud y bienestar para todos.

La Asamblea Mundial de la Salud también sirve como foro para informar sobre el rendimiento en las áreas de trabajo establecidas, a fin de determinar lo que se ha logrado, y decidir estrategias para subsanar las deficiencias.

Así también, la OMS se divide en Región de África, Región de las Américas, Región del Mediterráneo Oriental, Región de Europa, Región de Asia Sudoriental, Región del Pacífico Occidental. En el caso puntual de las Américas, la OMS trabaja conjuntamente con La Organización Panamericana de la Salud (OPS), organización internacional especializada en salud pública de las Américas.

La OPS trabaja cada día con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población. Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

La OPS está comprometida a lograr que cada persona tenga acceso a la atención de salud que necesita, de calidad, y sin caer en la pobreza. Por medio de su labor, promueve y apoya el derecho de todos a la salud.

Con el fin de lograr estas metas, fomenta la cooperación entre países y trabaja en forma colaborativa con los ministerios de Salud y otras agencias de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, agencias internacionales, universidades, organismos de la seguridad social, grupos comunitarios y otros socios.

Además, vela porque la salud sea incluida en todas las políticas y porque todos los sectores hagan su parte para asegurar que las personas vivan más y mejores años de vida, porque la salud es nuestro recurso más valioso.

La PS tiene 35 Estados Miembros y cuatro Miembros Asociados en la región. Bajo su liderazgo, se establecen las prioridades sanitarias de la región para enfrentar juntos problemas comunes que no respetan fronteras y que, en muchos casos, pueden poner en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Asimismo, viste dos sombreros institucionales: es la agencia especializada en salud del Sistema Interamericano y sirve como la oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

Desde su sede regional en Washington, DC, sus 27 oficinas en países de la región y sus tres centros especializados, impulsa decisiones basadas en evidencia para mejorar la salud y promueve la salud como motor del desarrollo sostenible.

La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Secretaría está comprometida a ofrecer apoyo técnico y liderazgo a los Estados Miembros de la OPS en su empeño de alcanzar la meta de salud para todos y sus valores inherentes.

La Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas se celebró en Washington, D.C., del 2 al 5 de diciembre de 1902 con la asistencia de 11 países. El 2 de diciembre, día de la inauguración, se fundó la Oficina Sanitaria Internacional, que tenía varias funciones.

En principio, solicitar de cada país que se sirva remitir pronta y regularmente a la Oficina todos los datos relativos al estado sanitario de sus puertos y territorio nacional.

Luego, obtener toda la ayuda posible para hacer estudios científicos completos de los brotes de enfermedades contagiosas que pudieran ocurrir en los países. Por otro lado, proporcionar su mayor ayuda y su experiencia a fin de obtener la mejor protección posible para la salud pública de los países a fin de conseguir la eliminación de la enfermedad y facilitar el comercio entre las naciones.

Finalmente, se encargaba de estimular, ayudar o imponer todos los medios jurídicos a su disposición para el saneamiento de los puertos marítimos, incluyendo la introducción de mejoras sanitarias en la rada, el sistema de avenamiento, el drenaje del suelo, la pavimentación y la eliminación de la infección de los edificios, así como la destrucción de mosquitos y otros insectos nocivos.

Los Cuerpos Directivos son la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo. El cuerpo consultivo asesor del Comité Ejecutivo es el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

La Conferencia Sanitaria Panamericana es la autoridad suprema de la Organización y se reúne cada cinco años para determinar las políticas generales de esta.

El Consejo Directivo, por otro lado, se reúne normalmente una vez al año en los años en que no se celebra la Conferencia y actúa en nombre de esta.

Luego, el Comité Ejecutivo está integrado por nueve Estados Miembros elegidos por la Conferencia o el Consejo para desempeñarse durante períodos escalonados de tres años. El Comité, que se reúne dos veces al año, funciona como grupo de trabajo de la Conferencia o el Consejo.

El director de la Oficina puede convocar reuniones especiales del Comité ya sea por iniciativa propia o en respuesta a una solicitud de por lo menos tres Gobiernos Miembros. El Comité dispone de un cuerpo consultivo asesor que es el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

El Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración es un órgano consultivo auxiliar del Comité Ejecutivo que se ocupa de los aspectos relativos al programa, al presupuesto y a la administración. Examina y, si corresponde, formula recomendaciones al Comité Ejecutivo en torno a estas áreas.

Está integrado por siete Miembros, cuatro de los cuales tienen mandatos que corren paralelos a los de su pertenencia al Comité Ejecutivo y tres que son

designados anualmente por el director de la Oficina Sanitaria Panamericana en consulta con el presidente del Comité Ejecutivo con el fin de preservar una distribución geográfica equilibrada.

El Subcomité celebra al menos una sesión pública al año en la fecha estipulada por el Comité Ejecutivo y se pueden convocar sesiones extraordinarias en los años en los que se está analizando el presupuesto por programas de la Organización.