"Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina en el contexto de la pandemia del COVID-19"

Bitácora de sesiones

Grupo de Trabajo: Derecho a la salud

Coordinación: María Natalia Echegoyemberry[1]

[1]**María Natalia Echegoyemberry.** Es Magíster en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires (UBA); Abogada por la Universidad Nacional del Litoral (UNL); Psicóloga por la Universidad de Palermo (UP) con Diploma de Honor *Magna Cum Laude;* es Candidata a Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Es integrante del Grupo de Investigación Persona-Ambiente de la Universidade da Coruña (GRIPA). Investigadora asociada al Grupo Salud Internacional CLACSO. Es Coordinadora Académica de la Maestría de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), Es docente e investigadora.En la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ-Argentina), trabaja en el Área Acceso a la Justicia y Acción Legal Comunitaria. Es coordinadora del Foro Permanente del Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en contexto de pandemia" para el Proyecto DIRAJus de la Agencia Alemana de Cooperación GIZ y CEJA.Forma parte de la Red de Educación en Derechos Humanos de Latinoamérica y de la Red Namati de empoderamiento legal comunitario.Forma parte del Grupo Promotor de la Red de Abogacía Comunitaria de Argentina (RAAC).
Contacto: echegoyemberry2014@gmail.com

Índice

Introducción: 3
Título: "Alcances del derecho a la salud en contextos de estado permanente de crisis" 5
Transcripción: Sesión 1 5
Fecha: Se realizó el 9 de septiembre de 2021 5
Dinámica: 6
Presentación participantes: 7
Primer bloque. ¿De dónde partimos? 9
Inicio del diálogo 10
Título: "Desafíos de la Gobernanza Sanitaria -local, nacional, regional- y el rol de los Estados en la garantía del derecho a la salud y el acceso a la justicia en contextos de crisis". 39
Transcripción: Sesión 2 39
Dinámica 40
Presentación de participantes 40
Primer bloque: ¿De dónde partimos? 43
Preguntas orientadoras 44
Inicio del diálogo 45
Título: "Problemáticas, implicancias y desafíos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), pensado desde el Sur Global" 70
Transcripción: Sesión 3. 70
Preguntas orientadoras 70
Primer bloque. ¿De dónde partimos? 70
Segundo bloque. Delineando algunas propuestas ... 71
Inicio del diálogo 72
Anexo 73
Propuesta metodológica 73
Repositorio 74
Materiales de las sesiones 76
Entrevistas individuales 77
Lista de personas invitadas. Sesión 1 78
Lista de personas participantes. Sesión 1 79
Lista de personas invitadas. Sesión 2 80
Lista de personas participantes. Sesión 2 81
Lista de personas invitadas. Sesión 3 83
Lista de personas participantes. Sesión 3 84
Registro Fotográfico 86

Introducción:

El "Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina en el contexto de la pandemia del COVID-19" es ejecutado por el Centro de Estudios de Justicia de las Américas (CEJA) en conjunto con el Programa DIRAJUS de la Agencia Alemana de Cooperación (GIZ).

El Foro se concibe como una instancia colaborativa para intercambio de información, análisis, reflexión conjunta, con el ánimo de arribar a consensos y su eventual difusión referente a la situación del acceso a la justicia y el derecho a la salud en la región, en el contexto de la pandemia del COVID-19. Se propone la participación de un grupo amplio y diverso de organizaciones sociales, instituciones académicas y personas expertas de distintos países de la región, para quienes los impactos de la pandemia en el acceso a la justicia y en el derecho a la salud vienen siendo motivo de preocupación académico-profesional

El programa DIRAJus de la Agencia Alemana de Cooperación (GIZ) fue creado en el año 2013 y se plantea como objetivo contribuir al desarrollo y concreción del acceso a la justicia en América Latina, a través del apoyo a proyectos locales y regionales y la creación de herramientas y publicaciones.

CEJA es un organismo internacional del Sistema Interamericano, creado el 15 de noviembre de 1999 por resolución de la Asamblea General de la OEA, que tiene como misión apoyar los procesos de reforma y modernización de los sistemas de justicia en las Américas. Como parte de sus objetivos, CEJA promueve investigaciones en torno a los sistemas de justicia para contribuir al fortalecimiento de los mismos en la región. En los últimos años, CEJA ha desarrollado varios proyectos relacionados con los derechos económicos, sociales y culturales, y, concretamente, con el rol que corresponde a los sistemas de justicia en la garantía de estos derechos. Se invitaron a expertas y expertos en las temáticas (Ver Anexo)

Las sesiones del foro fueron íntegramente transcritas. Se analizaron luego, de acuerdo al método de análisis temático. Además, se realizaron entrevistas informales de acercamiento de las y los invitados.

Implementado por

Título: "Alcances del derecho a la salud en contextos de estado permanente de crisis"

Transcripción: Sesión 1

Fecha: Se realizó el 9 de septiembre de 2021

(conversaciones mientras aguardan el ingreso de otras y otros participantes a la plataforma zoom)

(Natalia presenta la dinámica y las características del encuentro y el perfil de las y los participantes)

Así que ahora sí, Bienvenidas y bienvenidos al "Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina en el contexto de la pandemia provocada por el COVID-19
Mi nombre es Natalia Echegoyemberry, y voy a estar coordinando y facilitando el diálogo en este espacio.
Quería antes que nada, AGRADECERLES por participar en esta instancia y por dedicarle tiempo en este contexto a este proyecto, que pueda robustecer el debate en este contexto..
Les quiero contar brevemente que este proyecto es ejecutado por el Centro de Estudios de Justicia de las Américas (CEJA) en conjunto con el Programa DIRAJUS de la agencia alemana de Cooperación (GIZ).
El Programa DIRAJus fue creado en el 2013 tiene por objetivo contribuir al desarrollo y concreción del acceso a la justicia en América Latina, a través del apoyo a proyectos locales y regionales.
Por otro lado, CEJA es un organismo internacional del Sistema Interamericano, creado en 1999 por resolución de la Asamblea General de la OEA y tiene como misión apoyar los procesos de reforma y modernización de los sistemas de justicia en las Américas.
El Foro se concibe como una instancia colaborativa de intercambio, de diálogo, análisis y divulgación de información referente a la situación del acceso a la justicia y el derecho a la salud en la región en el contexto de la pandemia y como garantizar el derecho a la salud. Hoy están convocadas y convocados para dialogar sobre "Alcances del derecho a

la salud en contextos de estado permanente de crisis" o estado de excepción constitucional.

Nos interesa básicamente hoy poder consensuar, validar, puntos de partidas, diagnósticos es quizás muy ambicioso, y generar propuestas que nos permitan pensar el derecho a la salud desde latinoamérica, sobre todo de cara de poder formular algunas recomendaciones para el RSI de la OMS, o para incidir en la elaboración de políticas públicas en materia de acceso a la justicia, que sobre todo nos permita re-pensar el derecho a la salud desde la perspectiva LA, o pensar si es necesario "refundar" el sistema de salud -como propone la corriente de salud colectiva- entonces cuál sería el andamiaje jurídico necesario para hacerlo?. Para no hablar de "reformas" como señala Gonzalo Basile.

Natalia: Me parece muy interesante como está concebido el FORO, que es un espacio de articulación o de intersección entre lo que es el campo del derecho a la salud y el campo de la justicia, el campo jurídico, por eso hay tantos invitados e invitadas que pertenecen a distintos campos, que todavía no dialogan. Si bien es necesario que dialoguen estos campos, que se conozcan la producción académica (de la salud colectiva, de la medicina social latinoamericana, del movimiento de salud internacional) qué es lo que está pasando, cuál es la mirada latinoamericana de los problemas de salud y cómo pensar un andamiaje jurídico para estos problemas de salud que trae la pandemia, lo cierto es que en la normativa nacional, en el derecho internacional, no se refleja la corriente de salud colectiva y que tienen una larga trayectoria en el campo sanitario. Esta mirada no aparece en los libros jurídicos, no aparece en las resoluciones o sentencias, no se encuentra en la normativa, ni sus postulados, ni las premisas de la que parten, ni las problematizaciones que esta corriente está haciendo desde hace más de 40 años.

Por eso, me interesa que conozcan la postura de sanitaristas latinoamericanos (Mariluz Martinez, Gonzalo Basile),que están pensando desde otra perspectiva la salud pública y el derecho a la salud.

Alicia Yamin ELI problematiza la dimensión individual de la salud y plantea el rol protagónico que tiene que tener el poder judicial para garantizar el derecho a la salud.

Las preguntas que nos hacemos son muy ambiciosas, pero creo que con los invitados que tenemos podemos llegar a profundizar algunos temas.

El objetivo de este encuentro es analizar los alcances del derecho a la salud en contextos de estado permanente de crisis, a partir de problematizar la dimensión individual y colectiva del derecho a la salud, su regulación, jerarquías normativas establecidas en la crisis sanitaria, la posible colisión de intereses y tensiones en relación a otros derechos fundamentales como la vida, la integridad, los derechos laborales, civiles, económicos, y la posibilidad de armonizarlos con el deber de proteger de los Estados.

Asimismo, se quiere analizar el papel de los Poderes judiciales de la región en la tutela de los derechos fundamentales en el contexto de las medidas adoptadas para el control de la pandemia.
A partir de la información, identificar propuestas que puedan robustecer el debate para la eventual modificación del Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2005) pensado desde el Sur Global.
Vamos a tener un momento de diagnóstico y un momento de propuestas.
Natalia: (hasta acá comparto la pantalla).
Presenta los objetivos de la sesión

Dinámica:

Les comento algunas cuestiones de la dinámica:

El espacio está dividido en dos bloques: La primer hora apunta a la generación de diagnósticos y la segunda hora a la generación de algunos lineamientos para elaborar propuestas

Les voy a presentar algunas preguntas para orientar la discusión. Pero podemos también generarnos nuevas preguntas a partir de este encuentro.

Quería contarle brevemente quiénes estamos participando de este evento, sin perjuicio de que cada una y cada uno se presenten cuando tomen la palabra.

Tenemos expertas y expertos que pertenecen tanto al campo jurídico como al campo sanitario. La idea es que puedan conversar actores que no siempre están sentados en la misma mesa, para poder pensar estas intersecciones entre el acceso a la justicia y el derecho a la salud.

Presentación participantes:

Se presenta

- Alicia Yamin. Doctora en derecho de la UBA.Directora del programa sobre derechos de la salud de mujeres y niños en el Centro de Salud y Derechos Humanos en la Escuela de salud Pública de Harvard y profesora adjunta sobre políticas y administración de la salud. Divide el tiempo entre la academia y la incidencia. Trabaja en una ONG guiada por la medicina social (Perú) “Compañeras de Salud (Perú, México).

- Mariluz Martín Martinez (Paraguay). Coordinadora de ALAMES. Paraguay. Coordinación del Movimiento por el derecho a la salud “María Rivarola". Docencia e investigación. Socióloga, politóloga, especializada en salud pública, salud colectiva y salud internacional. También coordina la RED MONSOLE MOVIMIENTO SOCIALES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

- Alexander Schubert. Economista, Politólogo. Trabajó en distintas Universidades de Alemania, Berlín. Consultor Programa DIRAJus de la Agencia Alemana de Cooperación (GIZ) trabaja en diferentes proyectos de cooperación para el desarrollo. Asesor en temas políticos económicos de DIRAJus. Trabajó en el proyecto de globalización del derecho.

- Robinson Perez Vera (Chile) Politólogo. El campo de experiencia son las políticas públicas. Participó en el proceso de reformas de Chile, desde el punto de vista de la salud pública. Se desempeñó como Jefe de Asesores en el Gabinete del Ministro del Interior y Seguridad Pública en el segundo Gobierno de Michelle Bachelet en Chile.Especialista en derecho a la salud en Chile. Ha participado como consultor en políticas públicas sanitarias, en diferentes instancias. Cientista Político de la Universidad de Chile.

- Gonzalo Basile (Argentina reside en el Caribe Haití). Epidemiología, Máster Epidemiólogo y cientista social argentino doctorado en Salud Internacional en UAB(Barcelona). Es coordinador regional del GT de Salud Internacional CLACSO. Es director del Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana Es profesor en posgrados en Laboratorio Nacional de Salud Pública (DERL Haití) y en Doctorado de Escuela Salud Pública Universidad Puerto Rico y en otras universidades de América Latina y el Caribe y España.

- Liliana Ronconi (Argentina) Abogada, Especialista en Ciencias Sociales con mención en Currículum y Prácticas Escolares (FLACSO) y Doctora en Derecho (UBA). Es Profesora en la Facultad de Derecho de Buenos Aires y en la Universidad de Palermo. Investigadora del CONICET . Trabaja sobre el tema de igualdad y acceso a la salud.

Natalia: Les voy a contar brevemente cómo será la dinámica de hoy, que no va a ser estructurada, queremos un diálogo de verdad, que nos escuchemos de verdad y que tratemos de sacar aprendizajes. Yo ya los estuve escuchando a cada uno y cada una de ustedes, y leyendo en las producciones recientes. La idea es que partimos de algunos presupuestos que queremos compartir con ustedes, consensuarlos y validarlos con ustedes, pero la idea es que ustedes también puedan preguntar-nos, y preguntar-se, y preguntarles a los y las participantes y re-preguntarnos para generar las preguntas que son necesarias hacer en este contexto. Sobretodo porque la pandemia deja aprendizajes o abre ventanas de oportunidad, pero como dice Boaventura de Sousa Santos, “hay una cruel pedagogía del virus”, por eso me parece que tenemos que optimizar todos estos espacios para que no sea un espacio más, sino para que sea realmente un espacio de aprendizaje, “no extractivista” como también dice Boaventura Santos.

Estamos para hacer las preguntas que son necesarias hacernos en este contexto.

Primer bloque. ¿De dónde partimos?

Natalia: Inicia el Primer bloque. ¿De dónde partimos?. Les voy a comentar algunos presupuestos de dónde partimos. (Hago una pequeña presentación de no más de 4 minutos).

- Si bien se realizaron esfuerzos estatales en la región para el abordaje de la pandemia, aún se desconoce el impacto de las medidas en relación a otros derechos y en relación a la estructura institucional.
- La mayoría de los países de LA adoptaron medidas de excepción constitucional que impactó en la división de poderes de los Estados.
- Se dió un proceso de acumulación de funciones en los PE, en algunos países se suspendieron las funciones de los Poderes Legislativos.
- Los poderes judiciales de la región se limitaron a cumplir funciones jurisdiccionales mínimas
- La pandemia impactó de manera desigual y diferenciada en los grupos vulnerabilizados, y existieron escasas instancias de participación social.
- En distintos grados se ha dado un proceso de securitización de la salud pública a nivel global, que ha impactado -con distinto alcance- en otros derechos fundamentales de las personas entrando en tensión la dimensión individual y colectiva del derecho a la salud y el deber de proteger de los Estados. (Acá

tenemos los diagnósticos que nos puede proporcionar Gonzalo Basile y mariluz Martín)

- Existe una política de la excepcionalidad como nueva regla a las emergencias de salud pública. Con un avance de la biomedicalización y disciplinamiento de la vida cotidiana de la ciudadanía (Basile, 2020).
- Existen desconfianza y baja credibilidad en relación al rol de los organismos intergubernamentales en el abordaje de la pandemia (Panel de Expertos)
- Los estados acudieron al endeudamiento externo como forma de afrontar la pandemia, esto marca la agenda de salud neoliberal.Surgen nuevos actores que definen la agenda "neoliberal" y prioridades de salud pública.
- El empuje del neoliberalismo a la mercantilización, comercialización y privatización de la salud socava tanto el concepto como el goce del derecho a la salud (Yamin, 2013: 405)
- Existe escasa literatura dedicada a la interpretación de las bases normativas del derecho a la salud (Yamin, 2013).
- No existe claridad sobre el núcleo básico mínimo del derecho a la salud en contexto normal y de crisis y el consecuente deber de proteger de los Estados
- Insuficiencia e inadecuada asignación de recursos y establecimientos de prioridades sanitarias a partir de una concepción individualista de la salud .
- Escasa instancias de diálogo y entrecruzamiento de saberes entre el campo sanitario -salud colectiva- y el campo jurídico. La judicialización del derecho a la salud no ha contribuido a una mayor equidad (Yamin, 2013).

Preguntas orientadoras

A partir de estos puntos de los que partimos, nos pare importante dar la palabra y hacernos algunas preguntas:

- ¿Cómo han **reaccionado o dado respuestas** los estados a la pandemia en LA? Es una pregunta muy amplia, muy ambiciosa. Pero necesaria.
- ¿Se verifican procesos de **securitización de la salud pública en LA**?En su caso, que podemos hacer desde el marco jurídico y desde la mirada de la salud colectiva para limitar este proceso. ¿Cómo ha impactado en el derecho a la salud y en otros derechos fundamentales de las personas?.
- ¿Se dieron (o no) procesos de ruptura del estado de derecho a partir de la pandemia o se profundizaron las problemáticas institucionales preexistentes?

Me gustaría que tengan abiertos los y entablemos un diálogo lo más parecido a un diálogo presencial.

Son necesarias las interrupciones "epistemológicas" como dice Boaventura de Sousa Santos.

Inicio del diálogo (transcripción literal)

- INTERVENCIÓN (ID 1, Foro 1): Vale. Yo vine también más preparado en fase conversación, no en fase presentación de nada, así que también espero interactuar. Básicamente el grupo de trabajo de salud internacional de CLACSO .lo que hemos venido estudiando centralmente en el transcurso de todo este año es un poco lo que nosotros llamamos la matriz crítica, es decir, qué eslabones críticos encontramos en el proceso de la pandemia global y las epidemias particulares.

Partiendo primero de un presupuesto claro epidemiológico que nuestros territorios y países atravesaron epidemias, no atravesaron una pandemia, porque una pandemia es un concepto global explicativo, pero que nuestras territorialidades, nuestros territorios, nuestras poblaciones, nuestros grupos sociales, etc., atravesaron distintas pandemias particulares en el SARCOS 2.

Entonces en esos nudos críticos, que son varios eslabones, que no me voy a detener a describir todos, sólo por ahí detenerme en lo que Natalia planteaba sobre el eslabón de digamos (…) en un reciente artículo que trabajamos hace poco yo hablaba de las tres D del SARS en América Latina y el Caribe, la D de determinación, la D de dependencia y la D de descoordinación.

Como ven, en primer lugar,a nosotros, y lo digo centralmente, no tenemos una gran reflexión acerca de la perspectiva de derechos, y me hago cargo porque soy medio un epistemólogo que está en crisis con el enfoque de derechos y con los DDHH. Ahí les estaba diciendo, Mariluz, si es de derechos, hablan ustedes, no lo tengo tan elaborado.

Nosotros lo que hemos estado estudiando más que nada es qué matriz de respuestas se activó en función de la pandemia y las epidemias. El sistema global, el GOAR, el sistema de respuesta a epidemias y pandemias globales nosotros lo veníamos estudiando en otras dinámicas, es decir, ébola, zika, cólera, en otros contextos de crisis, de emergencia de salud pública y también en desastres.

Entonces, lo que vimos es, en función de esos antecedentes y de lo que venimos estudiando, construir no sólo la matriz sino los presupuestos teóricos que tuvo esa matriz, que tampoco me voy a detener a plantearlos, pero que sí había un conjunto de presupuestos teóricos que se estaban sosteniendo y se siguen sosteniendo, muchos de

ellos. Bueno, cuáles eran los presupuestos teóricos y también cuáles eran los presupuestos metodológicos. O sea, en función del marco teórico, cómo se delimitaron lo que hacemos, lo que hizo por ejemplo la salud pública latinoamericana.

En el eslabón de lo que Natalia llamaba securitización, es un poco el eslabón sobre lo que nosotros trabajamos, sobre todo lo que se comprende internacionalmente como el concepto de seguridad sanitaria global. Y me parece importante traer este concepto porque quien habla no es que esté de acuerdo con el concepto, sino que en realidad es un concepto que viene instalado hace treinta años por lo menos en el sistema internacional, sobre todo de organismos internacionales del campo de la salud y de la seguridad. Y me parece importante ubicar, primero la geopolítica que tiene este concepto, porque de alguna manera es un ideario que de alguna forma se suele poner como punto de partida la ubicación del origen como a finales de los 80, principios de los 90, con toda la readecuación del concepto de enfermedades infecciosas emergentes que hace un poco Stephen Morse y todo el grupo del CDC,pero a partir de los años 90 expertos de salud y seguridad primero de EEUU, pero después de mucha de la academia del norte global, como lo llamamos nosotros, van a estar muy interesados en trabajar.

Y comienzan a medir un conjunto de amenazas internacionales, y dentro de esas amenazas a internacionales van a estar ubicando a las nuevas patogenicidades, a nuevos virus desconocidos, como un problema de seguridad sanitaria, de seguridad nacional. Y ese planteamiento del problema, de que los problemas de salud internacional son problemas de seguridad nacional, de alguna manera se consolida en el clima de época que se venía dando, que es el cambio entre salud pública internacional y salud global. Globalización mediante y demás.

Entonces centralmente este concepto me parece que trae un proceso muy creciente de securitización dentro del campo de la salud, pero sobre todo en las intersecciones de crisis epidemiológicas internacionales y emergencias de salud pública a nivel internacional.
Es decir, no es una agenda sólo de EEUU, de la agenda de seguridad sanitaria y agenda militar vinculada a la salud, sino que esto se va a a estar incorporando como marco conceptual en las academias, pudiera poner muchos ejemplos de distintas academias que tienen hasta grupos de trabajo, centro de estudio y demás… bueno, la Hopkins tiene un grupo de trabajo, el que hizo el ejercicio con Bill y Melinda Gates, es el centro de seguridad y salud global.

Ahora, lo que trato de plantear, que este concepto, esta geopolítica, que algunos autores, no sólo latinoamericanos y caribeños, sino a nivel global van a llamar la biomedicalización de las relaciones internacionales, van a plantear cómo esta securitización está haciendo readecuar también según estas amenazas y preocupaciones del norte, readecuar a los países del sur, y el reglamento sanitario internacional y su reforma del 2005 tiene mucho que ver con algunas cosas de estas.

Lo que a nosotros nos interesaba estudiar ahí, y estudiar un poco durante esta pandemia, es el régimen de gobernanza global que creó este concepto. Porque este concepto va a crear un régimen de gobernanza global para las emergencias de salud pública y crisis epidemiológicas internacionales. Es decir, un poco toda la reforma que hace la OMS a partir más o menos del 2005, entre el 95 y el 2005, que se crean esas dos grandes estrategias de lo que serían en español el sistema de vigilancia epidemiológica global, el GOAR, o la red de respuestas a alarmas globales, de respuesta a brotes. En general, todo ese andamiaje de gobernanza, incluso parte de la reforma del reglamento sanitario internacional (RSI), que después en otro momento por ahí hago comentarios de lo que por lo menos algunos académicos de América Latina pensamos del reglamento, pero en concreto lo que trata de plantear la securitización es que cada vez más empieza a haber un nexo más fuerte, no sólo en la geopolítica del proceso de gobernanza sobre crisis y emergencias de salud pública, sino que esa geopolítica está en manos de – muy entre comillas- expertos pero sobre todo como una herramienta geopolítica. Y en tercer lugar, lo que me parece importante también, que mientras está pasando este movimiento, se instala el concepto de seguridad sanitaria global como un concepto global, se reforma la gobernanza para dar respuesta a emergencias de salud pública se construye toda una geopolítica y todo un léxico pero además se reforman, se hacen readecuar incluso en nuestros países… y se arma un gran sistema de vigilancia de patogenicidad y de virus emergentes - como lo llaman – emergentes y reemergentes. Eso que está pasando en la academia también pasa en algunos mecanismos globales, al mismo momento esos propios organismos internacionales están destruyendo los bienes públicos o la naturaleza. En el mismo momento nosotros estudiamos epidemiológicamente cuántos saltos patogénicos se estaban dando de la naturaleza a la sociedad en los últimos 30 años, y el capitalismo acelerado extractivo, y qué empieza a pasar con la naturaleza y los saltos patogénicos en esa relación metabolismo- sociedad – naturaleza, y en segundo lugar qué está pasando con todas las radicales reformas a los bienes públicos, en general los sistemas de salud que no sólo ocurren en América Latina y el Caribe sino que están ocurriendo en todo el hemisferio occidental, como le gusta plantear a esta teoría.

Entonces mirar lo de securitización tiene que ver con cómo problemas de lo que podríamos llamar clásicamente salud colectiva para el enfoque crítico, para la teoría crítica, esos problemas comienzan a verse como de seguridad. Y comienzan a verse como problemas, operaciones y lógicas de operaciones de seguridad.

Entonces cuando uno mira los antecedentes de cómo se respondió al anterior SARS, de influenza, mira la experiencia, me parece muy importante mirar la experiencia de ébola, de Guinea, Nigeria, Sierra Leona, a mi me ha tocado evaluar pos la epidemia evaluando el sistema de salud pública de Sierra Leona. Uno lo que observa ahí es como esa excepcionalidad que va creando el aparato de seguridad sanitaria global, es una excepcionalidad que en general lo primero que hace es simplificar las lógicas de respuesta. Es decir, si uno va a mirar ébola va a encontrar más o menos 10 cosas que se hicieron ahora durante este SARS: las cuarentenas, la militarización, los controles médicos, la policía médica, es decir, un conjunto de instrumentales que ya se venían usando. El Zika también se ha venido usando como parte de esto. Las FFAA de Zambia y de Sudán venían trabajando sobre el cólera con una lógica muy complicada.

Es decir, lo que un poco estoy planteando en realidad es como América Latina y el Caribe que nosotras, por lo menos quien habla está pensando, y está actuando, cuenta con una larga tradición salubrista pero también con una larga tradición de fuerzas militares, fuerzas de seguridad con capacidades operacionales todavía importantes que todavía tenemos una discusión no resuelta sobre el rol que están empezando a tener o que tienen en Centroamérica sin duda, en Caribe, sobre el terreno de las emergencias en salud pública..

Entonces este andamiaje es el andamiaje que construye todo el discurso de la excepcionalidad y que lo vemos en boca de tomadores de decisión de América Latina y el Caribe, de gobiernos, pero que en realidad es un concepto que está producido sistemáticamente, esta idea de la securitización de salud, normalizando un conjunto de instrumentos, después podemos discutir técnicamente y metodológicamente cuál fue la matriz de respuesta, cuáles fueron los instrumentos que se usaron en la respuesta, que yo no los discuto tanto desde el punto de vista normativo-legal, no es mi preocupación. Nosotros/as lo pensamos y damos la discusión teórico metodológica desde el punto de vista de la efectividad que tenía eso, para qué eso sirve. Porque la medicina social, la salud colectiva hace 40 años que viene diciendo que es un proceso socialmente determinado, es decir, que es un flujo y una dinámica de cómo uno vive, trabaja, se enferma y se muere, y pareciera que todo eso implosionó y se paralizó durante sobre todo el primer semestre de la pandemia y la epidemia. Así que esos fueron mis primeros planteamientos en este estado de guerra. Cuando uno está en un estado de guerra, ya

sabemos como terminan las cosas, después termina habiendo escombros, daños colaterales. Y ese me parece un poco el centro de la discusión teórica que nosotros teníamos en esa triada que planteaba Natalia. Y ahí me quedo.

(comentario Natalia)

Me parece super interesante (a ID 1) lo que comentas, da para seguir conversando y profundizando sobre todo las “3 D” de dependencia, descoordinación y determinación, que se dieron simultáneamente todas esas “D” durante la pandemia, o como decis vos “epidemias silenciosas silentes” o al menos para los estados.
En este “estado de guerra” queríamos pensarlo desde lo jurídico, porque como los marcos normativos, son resistentes, o reacios, o desconocen la corriente de salud colectiva, o de medicina social latinoamericana y no son receptados en las legislaciones, en las sentencias judiciales. El rol de los poderes judiciales en la garantía de todos los otros derechos, y que claramente con un poder judicial que no fue considerado como un “servicio esencial” durante la pandemia, y permanecieron cerrados, difícilmente podemos esperar que pueda garantizar otros derechos, más allá del derecho a la salud y del reconocimiento normativo que tiene.

Si quieren reaccionar a partir de lo que dijo (a ID 1 Foro 1), o tomar la palabra, o si podemos validar o consensuar el estado de guerra que mencionó, que nos implica una ruptura, o esta excepcionalidad constitucional que han tenido algunos países, si bien en algunos casos es un proceso dentro de la constitucional, ese estado de es excepcionalidad se está manteniendo en latinoamérica, con toque de queda, con gran militarización, con represión, para imponer medidas, que desde el punto de vista puede ser correctas o no, el tema es cómo suceden en lso territorio.

- INTERVENCIÓN (ID 2, Foro 1) :Yo quería nomás aportar desde la experiencia paraguaya unos elementos más a esto que vos estás comentando Natalia.

En muchos Estados latinoamericanos se hizo lo de Estados de excepción, no fue así en el caso paraguayo. Paraguay definió mantener una declaración de emergencia a través de un decreto y después de una ley. No se declaró el estado de excepción a pesar de que si salieron los militares a la calle en una cuestión y una mirada así como comentaba ID1 y vos de militarización de las calles y yo quiero decir algo que a lo mejor genera algo de debate, que me parece interesante más que ir validando algunas cuestiones y categorías que son bastante complejas.

Yo admiro siempre (a ID 1,Foro 1) y siempre aprendo algo de todo lo que comparte, es para mi todo un desafío escucharle.
Yo creo que en el caso paraguayo en particular no hubo una ruptura del Estado de derecho, pero sí hubo una ruptura del Estado social de derecho y del contrato social.
Y acá meto otros elementos que hacen si a lo jurídico pero sobre todo desde la mirada de lo político y la ciencia política.
La normativa vigente digamos que se respetó, y se la utilizó para generar medidas extraordinarias que afectaron a otros derechos.
Y ahí en esa definición hubo, y retorno a algunas preguntas que vos nos hacías Natalia- contribuyó a profundizar problemáticas existentes en nuestros países que sí hacen a nuestros derechos: mayor empobrecimiento, mayor violencia, no sólo en las calles sino al interior de las casas, las comunidades, etc., desempleo, hambre. Y en general se afectó la calidad de vida de la población.
En estados que tienen políticas neoliberales, su sistema de protección social es profundamente débil y el estado en sí también es débil. Entonces además eso contribuyó a un descreimiento de las condiciones que tiene el Estado para responder a las necesidades de la población, pero es que no respondió porque con las cuarentenas que restringieron libertades, además no vino acompañada de medidas de protección social. Entonces la población no puede acceder a un trabajo digno.
Pero además, en el caso de las estructuras de desigualdad que tenemos en América Latina donde por ejemplo en Paraguay tenemos el 70% de la población en trabajo informal, la desprotección llegó al hambreamiento del pueblo.
Entonces, nosotros/as desde las organizaciones empezamos a trabajar desde la ruptura de la obligación del Estado en proteger y garantizar todos los derechos, a partir de una declaración de emergencia que ni siquiera se había declarado vía excepción. Es decir, simplemente se legitimó una situación de falta de garantías.

En eso quiero poner otro elemento. endeudamiento. Fíjense que nosotros en Paraguay en muchos países, para garantizar en la situación de emergencia se accedió a un montón de créditos, 1600 millones de dólares en el caso paraguayo, que triplicó la deuda que tenía Paraguay a nivel externo y con quienes fue. Y quiero meter otros elementos que ustedes saben que hacen también a la refundación de los sistemas de salud: banco Mundial, BID y en algunos otros países, no en el caso paraguayo, el FMI. Que tienen su propia lógica de cuál debe ser la mirada de nuestros sistemas de salud. Entonces, cuando vos comentabas, ¿hubo ruptura? Desde el Estado de derecho no, pero desde el Estado social sí, y del contrato social nosotros sostenemos que también. Porque además va a profundizar la desigualdad, la ha profundizado, y no hay en base a las medidas que se

tomaron, extraordinarias y no de excepción en nuestro caso, se van a profundizar todas las problemáticas sociales que hacen a la falta de garantía de DDHH. Entonces un poco también meter esos elementos que me parecen importantes cuando hablamos de derecho a la salud en la conceptualización de DDHH pero también en las obligaciones del Estado como garante y protector de esos derechos.

(comentario Natalia)

Me parece super interesante la distinción que haces, sobre todo pensando, cómo pensar el alcance del derecho a la salud en contextos permanentes de crisis?, ¿Es posible delimitar un contenido normativo mínimo para la crisis que permita conjugar la dimensión individual y colectiva del derecho a la salud?. Liliana Ronconi tiene también escrito sobre esto, y ID4.

- INTERVENCIÓN (ID 3,Foro 1): Gracias (ID 1), nos dejaste así con la presentación y con tu respuesta a una intervención. Yo acuerdo en parte de lo que decía (ID2, Foro 1).
En Argentina pasó algo parecido, todavía no sabemos si lo que se hizo fue bien hecho o no fue bien hecho. Claramente no se declaró el estado de sitio, que es el único instituto de emergencia que nosotros tenemos. Ahí concuerdo con (ID2,Foro 1).
Quizás podemos decir que no se rompió el Estado de derecho pero sí creo que fue un rompimiento de Estado social que no fue por la pandemia. La pandemia recrudeció claramente lo que nosotros veníamos teniendo en términos en general, de alimentación, salud, educación, vivienda, como para hacerlo en ese combo que lo podamos ampliar. Creo que ahí tenemos un punto importante. Pero en este punto de esto, se rompió o se quebró algo que ya venía tambaleando. No es por falta de política social, quizá, lo que marcaba (ID2, Foro 1), sino por insuficiencia de estas políticas, por no tomar en consideración que no todos estamos ante la misma situación de desigualdad.
Por ejemplo, un ejemplo que a mi me llama mucho la atención es que en Argentina en los últimos- sacando los 2 años de pandemia- en los últimos 4 años hemos recibido muchos inmigrantes venezolanos, en diferentes países de la región. Esas personas migrantes quedaron en un limbo, porque estaban en trabajos informales, eran migrantes, no tenían su documentación completa, no podían no sólo acceder a algunos de los beneficios que se establecieron para dar respuesta a la pandemia sino a otros. No sé, pienso en mujeres embarazadas, que no tenían su documentación para poder ingresar…
Entonces me parece que no sólo se trató de falta de medidas sino de insuficiencia.
Insuficiencia de medidas que yo diría ahora siguen, porque ahora estamos distribuyendo las vacunas y nadie sabe cómo estamos distribuyendo las vacunas. Quizás estén bien

distribuidas de empezar por los mayores, pero quizá en nuestros países con las desigualdades que tenemos, la distribución de vacunas no puede ser la misma que en otros países del Norte. Pienso, las personas en situación de calle no tuvieron prioridad para la vacunación en nuestro país, y son muchas.
Entonces me parece que ahí hay un punto importante, no sólo fue en el acto de emergencia clara de marzo de 2020 que estábamos todos en crisis, sino también que son políticas que se continuaron a lo largo del tiempo.
Esto puede tener una causa que es la falta de diálogos con el resto de la sociedad civil o incluso con los partidos políticos, creo que ahí hay un punto interesante para pensar. Pero más allá de esto, diría más vinculado con salud, cuál fue el impacto, lo que a mí me obsesiona un poco o me preocupa es qué nos va a pasar para la próxima pandemia, cómo vamos a reaccionar. Si no hacemos nada ahora, si seguimos con las mismas instituciones de emergencia, con el mismo sistema de salud, la próxima pandemia nos va a pasar lo mismo, y esto puede pasar. Por lo menos Argentina cada diez años tiene alguna crisis, volvemos a tener los mismos problemas que ya tuvimos 10 años atrás.
Entonces, ¿cuáles son las modificaciones, algo a lo que deberíamos apuntar?
Cuando leía los disparadores que Natalia trajo, decía que algo que tenemos que ver, no sólo tuvimos un año de pandemia sino por ejemplo en particular en Argentina tuvimos un año y medio de escuelas cerradas. Eso tiene un impacto en términos de salud y de violencia, que creo que es algo que traía (menciona a ID2), eso tiene un impacto directo e indirecto. Directo en términos de niños… UNICEF habla de la generación perdida, el impacto es tremendo. La Educación Sexual Integral quedó excluida completamente. Y eso, el problema no lo vemos hoy, mañana, el problema lo vemos de acá a 10 años, cuando tengamos altas cantidades de adolescentes embarazadas o en situación de violencia o demás.
Esto a mi, uno de los puntos a trabajar es esto, qué instituciones vamos a modificar para la próxima pandemia. Esta ya la tuvimos, y la pasamos o la estamos pasando de alguna manera, pero para la próxima no podemos reaccionar de la misma manera. A largo plazo, la educación ambiental, un poco lo que marcaba (menciona a ID1,Foro 1), tampoco estamos educando a nuestros niños a no contaminar porque se quedaron afuera del sistema educativo y no van a volver al sistema educativo.
Por otro punto, esto, en Argentina ahora hay un auge muy fuerte de la reforma de la justicia, queremos reformar.
Cada tanto se nos ocurre reformar la justicia y lo queremos llevar adelante. Pero creo que hay un punto importante en esto: mientras sigamos teniendo una mirada individualista de los derechos, que creo que la seguimos teniendo, por lo menos en lo que yo conozco, va a ser muy difícil lograr el reconocimiento efectivo igualitario, para toda la población.

Porque ahora tenemos un... lo que viene pasando en Argentina es que cuando hay algún problema de salud, ese caso se resuelve. Bueno, eso tiene un impacto en las poblaciones que no tienen acceso a la salud, perdón, acceso a la justicia. Incluso en aquellos casos en los que el acceso a la justicia está mínimamente garantizado, también se ha roto con por ejemplo, el Ministerio de Justicia que depende del poder ejecutivo ha creado un sistema de acceso justicia previo a lo que sería el poder judicial. Que eso podría ser visto como algo muy positivo, ciertas respuestas que se pueden dar, por ejemplo el acceso al DNI y demás sin necesidad de judicializar. Pero eso ha cambiado con cada nuevo gobierno, viene y modifica el sistema de esta justicia administrativa.
Creo que ahí hay un punto interesante para pensar a futuro, cómo podemos institucionalizar estos cambios ,que no dependan de… o cómo podemos darle valor a esto. No depende de un gobierno, de otro gobierno, sino cómo se pueden institucionalizar y tiene efecto directo en la salud.
Algunas reflexiones que se me ocurrieron cuando leía las preguntas de Natalia y con la intervención de (ID1,Foro 1) y (ID2,Foro 1).
Por ejemplo algo que no sabemos es de dónde estamos sacando los recursos para comprar las vacunas, llegan vacunas y estamos todos felices porque nos estamos vacunando, pero nadie sabe de dónde están llegado las vacunas, qué es lo que estamos invirtiendo, de dónde salen los recursos, con quién se está negociando, porque esto está en manos del poder ejecutivo.
La próxima pandemia debería agarrarnos con mejores respuestas o con una ciudadanía un poco más empoderada que no sólo se ponga contenta por recibir esas vacunas sino que sepa que esas vacunas están poniendo en riesgo por deuda o por capital. Sigo atenta a las conversaciones.

(comentario de Natalia) Me parece excelente la intervención, me parece válido saber ¿cuáles son las preguntas que nos tenemos que hacer?, no tanto la pedagogía de las respuestas que estamos tan acostumbrados/as, sino la pedagogía de la pregunta de la que habla Paulo Freire y me parece que una de las cosas que tenemos que sacar de acá es qué tenemos que hacer para que no vuelva a suceder una pandemia, o para resolver las epidemias que tenemos, y que están presentes
ID 1 trae en sus escritos y conferencias como en esta pandemia no se afectó la propiedad privada, fue indiscutible, podíamos pensar otra estructura de bienes comunes, de bienes, sociales, la vacuna como un bien social, y sin embargo se reafirmaron algunos derechos, derechos de propiedad sobre la vacunas. Hay ya líneas que son posible propuestas que pueden surgir de aca
Cuando uno lee lo que dicen los comité de expertos, vemos que hoy están sacando el mismo tipo de evaluaciones, que en otras evaluaciones,

A (ID 4), queres reaccionar en relación al deber de protección o lo que mencionó (ID3), o cómo pensar jurídicamente el deber de proteger de los Estados. ¿cómo pensar otras dimensiones del derecho a la salud, la salud aparece más como acceso a servicios o acceso a bienes, entonces cómo pensar un contenido mínimo para la crisis,pero también para luego de esta crisis. ¿El deber de proteger de los Estados ha entrado en tensión o colisión de intereses en relación a otros derechos?, ¿Qué modelos nos permitirán armonizar la dimensión individual y colectiva del derecho a la salud?. ¿Cuál es el núcleo intangible del derecho a la salud?,¿Qué rol juega o debería jugar los poderes judiciales en la garantía del derecho a la salud durante las crisis?

- (ID4,Foro 1): Bueno, son preguntas muy grandes. Yo primero, me encantó la presentación de ID1, me pareció fascinante, voy a leer los artículos que compartiste, muchas gracias. Segundo, quería decir que aunque estoy en EEUU y soy profesora en EEUU, he vivido muchos años en América Latina, tengo familia en Argentina y siento que puedo tener un poco la perspectiva de los dos lados: el Norte, EEUU, y soy acérrima crítica de mi gobierno y del Banco Mundial en mi trabajo, pero pensé agregar unas cositas, van a ser pensamientos sueltos.

Primero, lo que mencionaba (ID3,Foro 1), y este es mi trabajo de todos los días, tenemos que enfocarnos en liberar las patentes y en desconcentrar la fabricación, no sólo de vacunas, sino de todas las tecnologías, compartir las tecnologías y los conocimientos y desconcentrar la fabricación. Y en eso estamos en Partners in Health, porque no es tema de cómo consiguen los recursos los gobiernos en el sur global, es el tema de cómo expandimos el pastel como se dice en inglés.

Iba a responder a lo que decía (ID2,Foro 1) porque Paraguay es uno de los pocos países en la región que notificó a Naciones Unidas que había derogado/denunciado el cumplimiento de tratados de derechos humanos.Y me gustaría agregar ese tema, para qué sirven las notificaciones, el derecho internacional, el sistema internacional de DDHH como una fuente de rendición de cuentas en estas circunstancias y cuáles son los problemas en la normativa del derecho internacional.
Y luego también como una nota al pie para agregar a lo que decía (ID3), yo diría que no tendríamos que pensar solamente en el andamiaje jurídico del derecho a la salud, sino en cómo organizamos los sistemas de salud.

Porque en realidad la constitución brasilera por ejemplo tiene un derecho a la salud muy amplio.
Incluso en Argentina también hay fundamentos para construir, en muchos países de la región, pero los sistemas de salud segmentados, atomizados, de distintos niveles de servicios y accesos y muy medicalizados, dificultan mucho no solamente el acceso sino también pensar fuera de ese modelo de biomedicalización, comercialización de la salud. Y ahí me interesa más escuchar que hablar.

(comentario Natalia). Gracias (ID4,Foro 1), y si es un punto super interesante de pensar también la organización del sistema de salud, en clave del RSI, que parece que está hablando a sistemas de salud que parece que son todos iguales y cual es el interlocutor del RSI.

- (ID4,Foro 1): Perdón, se me olvidó este punto. Ustedes saben que se va a negociar quizá un tratado nuevo sobre pandemias, quizá una reforma del reglamento sanitario internacional y en Harvard estamos haciendo un simposio crítico de esto, sobre este proyecto, pero es un momento… Yo creo que es un momento muy peligroso para reformar el reglamento sanitario internacional, muy peligroso.

(comentario Natalia) Puede ser un RSI más regresivo.

- INTERVENCIÓN (ID 5,Foro 1): creo que las reflexiones son casi un lugar común, muy interesante y motivante. Voy a tomar dos o tres para entrar a la discusión y compartir alguna reflexión. Voy a partir que creo que lo señaló (ID1), que es muy interesante el enfoque que comparto,lo hemos trabajado dentro del grupo también, que el modelo y el paradigma de la seguridad sanitaria global está presente en la configuración de lo que hemos definido como estado de seguridad sanitaria.
O sea, la matriz del concepto de seguridad sanitaria global que lo tomó la OMS hace como 30 años atrás, está presente en el discurso actual. Y ese concepto que (ID1) desarrollo invisibiliza los determinantes sociales de la salud en el propio debate de la OMS. Entonces, factores de control epidemiológico, los sistemas de vigilancia operan para no ver en esta pandemia el factor de los determinantes sociales de la salud que la propia OMS lo había definido antes y que es un elemento que se encuentra en todos nuestros países. El tema de la salud no es un tema sanitario, no es solamente un tema de detección, no es un tema médico, es un tema más amplio. Era más amplio antes y es

más claro en pandemia. Creo que es muy interesante analizar que este concepto que está presente en la OMS sigue vigente.
Y quiero referir a lo que decía (ID4,Foro 1) recientemente.
También hemos analizado en el grupo el tema del tratado pandémico y las opciones de cambio que va a ser parte del desarrollo del foro. Este tratado pandémico surge de negociados, hay interpretaciones de por qué avanza, hay reticencia de Chile a EEUU en el marco geopolítico que decía (ID1,Foro 1), pero al parecer un cambio de la gobernanza de salud global que fracasó en la OMS y en los estados en el cuadro actual, el tratado pandémico ha sido la solución como fue el tratado de control de tabaco, para discutir a 5 o 6 años que será entre lo que se define, acuerda, negocia, aprueba para no enfrentar a la gobernanza global de la salud. Pero lo interesante en este punto es que en la propuesta que viene de la propia OMS y del equipo promotor, el concepto de seguridad sanitaria global está en la matriz del tratado pandémico. De manera que del enfoque, del simposio crítico, sería importante lo que dice (ID4,Foro 1), analizar la matriz. Porque los grupos de la salud pública global, los grupos defensores de los DDHH están preocupados que el tratado pandémico asegure – cosa que yo creo que no va a pasar - pero por lo menos asegure el tema de los DDHH en el marco de la globalidad de los derechos dentro de la pandemia. Y no bajo la lógica de la seguridad sanitaria haya nuevamente un factor regresivo. El único elemento que consideraban en la reforma del instrumento sanitario que se va al tratado es el tema de la vigilancia tecnológica.

EL primer punto yo creo que es muy interesante, el que planteaban (ID1,Foro 1) y (ID4,Foro 1), poder profundizar en el marco del foro.

Y una segunda idea por lo que se señaló con respecto a lo que decía (ID4), que no solamente hay que pensar el andamiaje jurídico, sino que el andamiaje del modelo de salud. A mi me motiva porque me tocó una de las experiencias que comentaba de tratar una reforma de la salud desde el Estado nacional, que fue la reforma de la salud en Chile, a medias, pero con la idea del derecho a la salud. Que en la pandemia actual el debate del modelo de salud está presente tal como está presente en la OMS.

La OMS escribió algo que los salubristas, los expertos que ustedes conocen, el paradigma Alma Ata, la definición de salud centrado en atención primaria que después la OMS abandona. Pasa a salud global, toma seguridad sanitaria global pero hoy día el modelo de atención primaria de salud global del año 78 cobra vigencia en el debate. En la organización de los modelos de salud en el marco de la pandemia, el modelo de salud está abierto. Y pensamos que la experiencia del modelo de salud pública fortalecido, digo, con sistemas de atención primaria fortalecidos, son los que pueden, entre otros factores, contribuir a la pandemia. De manera que ese debate está presente porque tal como decía Natalia, el reglamento (…) eso como modelo de estado sanitario global, centro de enlace, puntos de contacto. Es el modelo de la OMS para la salud que fracasó.

En cualquier ministerio de salud del mundo un centro de enlace es un organismo subordinado a una división, a una subsecretaría, no tiene ningún poder ni peso. De manera que el modelo de estado sanitario de crisis, pensaba en la matriz que hablaba ID1, desde América Latina y el Caribe es importante porque aparentemente va a llegar un nuevo modelo de estado sanitario y de crisis en que los reformadores de la OMS lo que plantean es un coordinador nacional empoderado. Eso no es así, lo va a manejar el presidente. El concepto de coordinador como solución a la falla del modelo de enlaces, este segundo aspecto que se plantea creo que también es muy interesante poder discutirlo. Eso es lo que quería comentar

(comentario Natalia). gracias (ID5,Foro 1). Y en este sentido, una cuestión que omite permanentemente la OMS, es tener en cuenta la determinación social del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado. qué es lo que viene hablando la medicina social latinoamericana, Jaime Breilh, que habló (ID1, Foro 1), (ID2,Foro 1), es decir tener en cuenta los modos de producción capitalista. Creo que el intercambio que se está dando en el chat, es lo que tiene que pasar en este foro. Que podamos apropiarnos de aquella producción de conocimiento que viene produciéndose desde latinoamérica, que no tiene lugar en la agenda global.

- (Intervención ID 6, Foro 1): Yo quisiera comentar que me parece fantástico lo que estamos presenciando ahora, este intercambio, porque si lo comparamos con año atrás, no estábamos en este nivel de desconocimiento y de conciencia y de análisis. Lo encuentro fantástico lo que ustedes han presentado. Pero eso no hace la cosa más fácil sino que la hace más difícil.

Porque si pasamos a un plano teórico, y a veces me gusta, es el plano complementario. Si tenemos la tesis de Foucault de que las políticas sanitarias juegan una parte importante en la gobernabilidad de los estados y vemos esta catástrofe que estamos escribiendo ahora, la incapacidad de los Estados para responder, pero incluso hasta mínimamente a algunas de ellas contradicciones fundamentales en las que se encuentran, yo me pregunto qué va a pasar con los Estados y es cierta la tesis de Foucault, que él no analizó además, tuvo muchos otros temas, no quiero ni criticarlo ni defenderlo, sino que la tesis de que las políticas de salud son parte fundamental de la gobernabilidad de los Estados. Porque parece como si esta tesis demostrara lo cierto de esta tesis de Foucault, la realidad que vivimos ahora, los desafíos que sufren los Estados por la crisis sanitaria, por la pandemia, y eso confirma la tesis de Foucault. Pero uno podría decir también lo contrario,esto confirma el fracaso de los Estados.

Entonces, el fracaso de la gobernabilidad, el fracaso de la idea de que los Estados tal como están conformados responden a los requerimientos de salud de la población. Y si eso es un fracaso es un fracaso de los Estados y por eso quizás explica el

desmembramiento que hay a nivel global. Yo no diría ni siquiera renacionalización porque no es una renacionalización porque se rompen estructuras globales y no por Estados que se fortalecen por ello sino que se debilitan. Uno ve y (ID4,Foro 1) lo podrá confirmar o no, pero yo encuentro, uno percibe, el Estado norteamericano se encuentra en crisis como Estado a esta altura, no sólo algunas políticas, como Estado. Y más como Estado centralizado, si uno ve cómo cada Estado federal se dispara hacia donde quiere o puede, uno no sabe por fuerzas que ya ni siquiera entiende, no las puede analizar.

Al final se termina preguntando cuál es la influencia del gobierno central. Y así también en muchas otras partes, la Unión Europea por ejemplo.

La crisis de la UE es muy grave. Entonces tenemos a Polonia, Hungría, Rumania, pero no sólo eso sino Estados como Francia que siguen políticas diferentes y contradictorias con las que se siguen en Alemania, o Dinamarca, y que cambian.

Pensar hace 6 meses que Dinamarca iba a liberalizar completamente la vida pública después de que fueron tremendamente represivos, insólitamente. Parece ser las coyunturas políticas internas las que obligan a los gobiernos a cambiar de rumbo y que les impiden establecer un rumbo más o menos claro, con una prognosis de más o menos 6 meses. Entonces creo que es efectivo el cambio, o sea, el tratado pandémico, lo que tú insinuaste (ID4,Foro 1), es un problema, pero es un problema porque no se van a poner de acuerdo.

El hecho de que no se pongan de acuerdo o que se pongan de acuerdo en barbaridades que les convenga a todos, y eso va a significar que esa estructura global no tenga efecto. Que tenga efecto para otras cosas, pero no para la salud, no para la gobernabilidad. Y eso nos obliga a pensar en términos muy complejos y yo me pregunto a veces cómo delimitamos. Tenemos que delimitar, pero me alegro mucho de escucharlos a ustedes porque ustedes no hacen ese intento de delimitar sino de globalizar la problemática y quiero advertir que esto puede crear un cierto tipo de frustración por la indefinición de muchas cosas pero hay que tomar ese riesgo. Yo me inclinaría, si hay que tomar un riesgo es más por la indefinición de los análisis y los pronósticos hacia el futuro, tomando conciencia, a plantear verdades que a los 3 meses ya se diluyen. Y por eso, importantísimo un diálogo, un intercambio, como lo que decías tú recién Natalia, me parece que le da en el clavo.

(comentario Natalia). Muchísimas gracias (ID 6,Foro 1), y estoy vinculado con esto. Desde la corriente de salud internacional se está pensando en refundar los sistemas de salud.Está vinculado con lo que dice (ID 4,Foro 1), (ID 1,Foro 1). Cuáles son esas bases normativas, o el andamiaje que tendría que tener en cuenta para refundar el sistema de salud, para alejarnos del concepto de reformismo, que es un término más asociado a los 90, con reformas sectoriales al sector salud que terminaron debilitando al sistema.

El esfuerzo que tenemos que hacer es de hablar con otros, lo que nos pasa cuando hablamos del derecho a la salud, es que por un lado hablan juristas o por otro lado hablan salubristas. Pero no dialogan en estos campos. Tenemos que sentarnos a ver cuales son los puntos de consensos y de disenso, si es simplemente que hay desconocimiento o resistencia de la tradición de salud colectiva latinoamericana. Me parecía importante generar esta pregunta, sobre cuáles serían las bases para refundar el sistema de salud, pero también para pensar las bases normativas del derecho a la salud.¿Cuáles son los marcos legislativos y regulatorios del sector salud que pueden facilitar el abordaje de la crisis sanitaria desde una perspectiva de salud como derecho humano fundamental?, ¿Es posible pensar en refundar el sistema de salud? ¿Podría pensarse lo mismo para el sistema jurídico?¿Es posible pensar en refundar el sistema de salud? ¿Sobre qué bases normativas?, ¿es una ventana de oportunidad para decolonizar la salud pública?, ¿Cuáles son los cambios o redefiniciones jurídicas de la arquitectura administrativa global-regional-nacional en el sector salud y cómo a partir de ella, se reinterpretan jurídicamente los derechos fundamentales?

- ID 1, FORO 1: Quizás algunos comentarios rápidos de lo que fuimos hablando, que me quedaban un poco de escucharles. Lo primero que me parece que ustedes plantean es una juridicidad comparada, del andamiaje jurídico legal que se creó, o que se operacionalizó para la respuesta al SARCOV2, nosotros estábamos en otra vertiente a ver, comparemos cómo se estructuraron las respuestas. Me parece que ahí hay que mirar dos cuestiones.

Por qué nosotros nos dedicamos a compara la conformación de los comité de emergencia de salud pública y los comité de expertos de casi 20 países de América Latina, para tratar de entender no solamente esta cuestión de la securitización en el mandato global, sino también para entender por qué a un proceso de salud-enfermedad de alcance poblacional lo estaban gobernando expertos clínicos.

Eso era un interrogante que nosotros teníamos. Al inicio, lo que decía ID7, esto lo estábamos discutiendo... creo que el 10 de marzo, se decretaron las cuarentenas y el 11 estábamos diciendo estas cosas. Pero no porque tuviéramos una bola de cristal sino porque ya lo veíamos operando en África, yo trabajo mucho en Haití, he estado 10 años de la epidemia de cólera en Haití. Entonces, todas estas operacionalizaciones que Alicia las podrá tener de cerca, nosotros las vemos en el cotidiano, sobre todo en el campo de emergencia. Estas discusiones, claro, eran discusiones que venían en micro grupos académicos críticos del norte y del sur, de compartir y estudiar procesos. Lo que pasó es

que de repente este instrumental operacional se universalizó rápidamente para toda la situación en general.
Entonces me parece, un poco ahí indagar los andamiajes del Estado Moderno Latinoamericano, caribeño, que por un lado echa mano a toda esta estructuración del saber biomédico clínico que era útil para un componente de la respuesta, pero no para la estrategia global, general, no me voy a detener en cosas muy técnicas. Pero me parece que es un tema importante por que un poco en esa interacción, y en esos comités de expertos y en esa institucionalidad, creo que ahí empezamos a mirar las interacciones entre el Estado y la sociedad. Es decir, esta fue una emergencia que se gobernó sin la sociedad. Sin la sociedad en el concepto.. pónganle sociedad, comunidad, depende de la epistemología que estemos planteando.

O sea, un poco creo que ahí hay un teórico del Estado, Bob Jessop, que dice la selectividad estructural del Estado, es decir, por qué a nuestros Estados latinoamericanos y caribeños les sale más fácil, lo diría brutalmente, juntar militares, policías y biomédicos para controlar a la sociedad, que construir tramas complejas de cuidado, de territorialización, una serie de cuestiones metodológicas, técnicas, que no me voy a detener acá. Eso escuchándolos me venía un poco eso a la cabeza, cuidado que no solamente hay que revisar comparativamente el diseño normativo legal sino además lo normativo legal de alguna manera garantizó o le dio respaldo jurídico legal a estas institucionalizaciones, a estos procesos de interacciones entre la sociedad y el Estado. Creo que ahí hay un interrogante para tener.

- Intervención: 6, Foro 1,: yo quisiera intervenir ahí (menciona a ID 1,Foro 1) porque tú has tocado un punto que es clave y que tiene la relación un poco lo que planteaba (menciona a ID 3,Foro 1) antes.
El hecho del reconocimiento de derecho, el quiebre… interesante la decir que el Estado de derecho ha seguido funcionando pero el Estado social de derecho no. Es interesante y teóricamente discutible, pero más allá de eso está el problema de la concepción del derecho que hay en América Latina.
En América Latina hay una concepción del derecho que es el derecho que otorgan los Estados; no es sólo formalista, sino que es autoritario por principio, no se reconoce el derecho subjetivo. El portador de los derechos nunca es el sujeto, nadie sabe qué derechos tienen. Parece que todos saben recién cuando han leído algún código, pero no lo llevan culturalmente. Y eso es lógico históricamente,porque desde un principio la invasión española acá fue segmentadora, y divisoria de la sociedad, algunos tenían derecho y otros no. Y muy interesante, un jurista muy conocido que es Martos Koskenniemi, internacionalista, ha hecho estudios sobre el derecho español, Vitoria, la

escuela de Salamanca, y cómo le derecho internacional se creó a partir de la visión de los españoles que crearon el derecho internacional para justificar la expropiación o el robo de la propiedad en América de los pueblos originarios, ellos se apropiaron de eso, y eso lo tenían que justificar. El derecho a la propiedad que se fundó ahí era un derecho excluyente. Y se excluyó a los sujetos de eso. Bueno, además de lo institucional, de que el tribunal supremo de todas estas cosas fue durante 300 años el Consejo de Indias en España donde llegaban todos los casos, y tenían de ahí para abajo justificar por reacondicionarlo a las condiciones locales Y después en las reformas constitucionales en los procesos de independencia se reproduce eso, tú decías Liliana el no reconocimiento del contrato social, aquí en América Latina no hubo nunca un contrato social, porque desde un comienzo de segmentó.
Eso es discutible si lo hubo en Europa, pero aquí si que no lo hubo nunca y no se ha llegado a constituir nunca, por lo tanto el ciudadano no sabe que tiene derechos subjetivos que no dependen del Estado, dependen de su condición de persona.
Entonces la dialéctica es diferente si uno la ve desde arriba y eso lleva a la pregunta, que les quisiera hacer a ustedes, por qué la gente no reaccionó con la fuerza que uno pudiera haber pensado que debía de haber reaccionado frente a esta expoliación de de derechos de la cual fue objeto. Fue un momento de protesta y hay un grupo en este conjunto de este proyecto que se va a dedicar a pensar, la reacción social fue débil. Y no sólo que el Estado pudo, como dices tú (menciona a ID1,Foro 1), se pudieron unir entre policías, el aparato represivo, peor por qué no reaccionaron los sindicatos. Incluso hay sindicatos de la salud que se transformaron en tremendamente represivos. Algunos sindicatos de salud y algunos colegios médicos como el chileno ha sido uno de los más violentos propugnadores del lockdown, de la reclusión de la gente. Y piden que ojalá no entre nadie a Chile, que se cierre la frontera, cuando está todo el mundo presionando, migraciones de miles y miles, el colegio médico está preocupado de que entre gente sin vacunas y que entre gente a Chile. Y curiosamente algunos de ellos aparecen como progresistas.
Mi pregunta es cómo explicar ese fenómeno de la respuesta social, el hecho de que se haya destruido como dice (menciona a ID3, Foro 1) el Estado social de derecho que también era muy débil, pero que la sociedad la respuesta fue débil y se dejó de movilizar, claro que la represión fue bárbara, y sigue siendo. Eso, va mi pregunta, a ver si coincidimos .

(comentario Natalia). Gracias (ID 6,Foro 1), difícil respuesta.(ID1,Foro 1) vas hablar?

- (ID1,Foro 1): Digamos que si coincido, lo que pasa es que de vuelta yo por ahí con el enfoque más de derechos no lo tengo como elaborado, casi que yo estoy radicalmente

tipo Laclau diciendo para mi el derecho a la salud es un significante vacío, y hoy lo operacionalizan muchos actores con distintas agendas.

De hecho, tenemos una discusión epistemológica sobre cómo dar una discusión, eso que llamamos derecho a la salud. Porque hoy en América Latina creo que no se me ocurre, creo que hasta el Fondo de Inversión de Mackenzie and Company habla de derecho a la salud. Eso que hace 30 años ordenaba como bienes públicos, privados, individuales, colectivos, todo ese ordenamiento me parece que epistemológicamente y conceptualmente es mucho más complejo, polisémico, y me cuesta mucho profundizar ahí. Sólo lo que decía (ID 6,Foro 1) que me parece interesante es que más allá de discutir técnicamente para qué los confinamientos, en qué lógica, cómo, que sería para otra reunión, pero sí me parece interesante esto de que, por un lado, creo que si la biomedicina es hegemónica en tanto y en cuanto comprender el campo de la salud-enfermedad, no es casual que si uno tuviera en cadena nacional, todos los días, 10 biomédicos- ahí voy a las adversidades. Esto no es para sacarle responsabilidades a los estados, a los gestores de gobierno, sino poner lo que al menos a mí me parece importante, hablar de, un poco los condicionantes y adversidades multinivel que han tenido las sociedades y los Estados latinoamericanos y caribeños. Muchas de ellas las hemos estado hablando acá, pero me parece que esas adversidades en general y condicionantes, que conceptualmente lo llamamos como determinación internacional de la salud que es algo un poco distinto de la determinación social. Pero me parece que esos condicionantes y adversidades no exculpan a las sociedades o a los Estados o a los procesos de gobierno, pero si complejizan el qué hacer para después, cómo se encara esto para que no se vuelva a repetir exactamente igual. Lo digo acá no, yo no sé cuánto de margen de autonomía y de soberanía sanitaria o política sanitaria tenía un gobierno, un gestor latinoamericano para no decretar confinamiento, aunque ID1, académicamente hiciera conferencias en marzo diciendo “es una barbaridad”. Epidemiológicamente están relacionando movilidad humana e interacción humana, están mezclando dos conceptos diferentes, epidemiológicamente no va a tener impacto, pero es otra discusión. Ahora, ¿qué grado de autonomía había ahí? Y, la verdad, con las adversidades globales, nosotros tratamos de listar. El problema es que lo único que pudiera decir ahí es por qué nuestros gestores de gobierno no nos dijeron todo el paquete completo, básicamente era, bueno, miren, la verdad es que venimos con 20 años de reforma de los sistemas de salud, 20 años de reformas neoliberales, están destruidos todos los bienes públicos, de lo que llamamos segundo, tercer nivel está destruido, cama por habitante, eso que salimos a repetir. Segundo, la salud pública que tenemos está obsoleta, es una salud pública que piensa sólo desde el Estado a controlar la población no por Foucault, sino por evidencia histórica, epidemiológica y sanitaria. La complejidad epidemiológica que tiene Latinoamérica y el Caribe, enlazadas por clase social, etnia, género y demás, no era la

complejidad epidemiológica, que tampoco resolvió el problema pero que se tomarán confinamientos en una tasa de ataque expansivo de una novedad virémica sobre rangos de edad determinados en una Europa que tuvo que confinarse en una epidemia ya en expansión. Nosotros “confinamos introductoriamente”.

Creo que ahí hay interrogantes de todas esas adversidades, de ser compradores periféricos, nuestra capacidad de adquirir bienes, insumos, materias. Todo eso que estaba reglamentado internacionalmente quedó paralizado. Creo que hacíamos una broma, en un aeropuerto en China había un pedido de, no sé, 200 ventiladores mecánicos para Perú y 100 mil para Francia. ¿A quién creen que van a cargar primero, la carga logística?

Lo que trato de decir como adversidades es esto que además, un poco si quieren, la paralización de los confinamientos, más allá de lo que dicen, que ahora voy con lo de la biomedicina. Porque la verdad, los que nos invitaron a confinar de la medicina no tenían ni idea de lo que estaban hablando, lo digo entre nosotros.

Ese sería un gran interrogante, no entiendo todavía por qué la sociedad se la agarra con los gobiernos y no se la agarra con los biomédicos clínicos que todavía siguen apareciendo públicamente a decir lo mismo de hace 18 meses, repetir las mismas tesis, que además muchas de esas tesis se les cayeron a pedazos porque se la pasaron haciendo pronósticos estadísticos, una serie de cosas.

En esas adversidades, un poco lo de refundar es poner en el centro de preocupación en bueno, seguimos profundizando más o menos la línea de salubrismo público desarrollista que vino en los últimos 40 años tratando de hacer cosas con los bienes públicos en América Latina, o en realidad los bienes públicos y los sistemas de salud en América Latina tienen que refundar una nueva arquitectura de esos sistemas de salud, es decir, una arquitectura que ponga en el centro no solamente la atención médica, todo lo que decimos, la producción de cuidados, la proximidad, la territorialidad.

En esta epidemia lo que ustedes saben que nos pasó es que en los primeros 100 días paralizamos todo y esperamos que todo viniera al hospital. Si eso me lo contaban a mí en una clase de epidemiología, creo que la persona sacaba 0. Le hubiéramos dicho no. O imagínense que estamos en una emergencia en África, llegamos, juntamos a toda la comunidad, 200 familias, y les decimos “miren, si ustedes se mueven, hacen algo distinto a lo que yo les voy a decir, se van a morir todos.”

Bueno, a ese coordinador de emergencias al otro día lo hubieras echado Sin embargo, es eso como la epistemología y la lógica que primó. Entonces, a mi no me sale decir si se violó el Estado de derecho, no es tanto mi preocupación. SI mi preocupación es qué adversidades había para que nuestros gestores públicos terminen operando sobre esas agendas. Y una de las adversidades es cómo están formados nuestros gestores públicos en las diplomacias para que administren por ejemplo este tratado. Mañana hay un tratado de SARS, olvídense del reglamento. Ustedes saben el curso de reglamento sanitario es

como ir a estudiar un listado de almacén o de supermercado, aprendete la norma tal, y la norma tal. Y esa es la forma… nosotros nos reímos, pero creo que (ID5) o sabrá, en nuestro Ministerio de Salud Pública, en el área de vigilancia, que le seguimos llamando vigilancia epidemiológica, está el que maneja el reglamento sanitario Y el equipo de reglamento sanitario, que se supone que… porque también hay que entender que el reglamento sanitario es una orgánica normativa heredado del colonialismo, y que en realidad es cuando la salud se transforma como asunto internacional y dejamos de hablar con una jerga más colonial y pasamos a hablar en una jerga un poquito más del desarrollo. Pero la matriz es la misma, creo que todos lo tenemos claro, las reuniones que preceden al reglamento sanitario, de todas las conferencias sanitarias, vienen muy ancladas en enfermedad, comercio.

Entonces, a mi me parece que un punto importante, y ahí puedo caer en la indefinición o en la incertidumbre que dice (ID 6, Foro 1), es darle un ojo más a la complejidad de las adversidades y a los condicionantes, porque hay muchos. Segundo y mi aporte sobre el reglamento sanitario internacional es que es un reglamento constituido bajo los intereses de intercambio del hemisferio occidental y reformular eso no creo que lo haga más democrático o que lo haga más preocupado por la salud colectiva. Posiblemente podemos poner más mecanismos, menos mecanismos normativos, más formas de cómo se hacía lo de mercancías, esto, aquello.. Yo creo que ahí sí, mi aportación sería, para mí América Latina y el Caribe en ese concepto de descoordinación tiene una discusión estratégica pendiente de desde qué lugar de integración regional pensamos nuestra inserción con ese andamiaje global. Porque si nuestros países operan solos y operan negociando por diplomacias y por lógicas de Estado Nación, vamos a seguir o administrando eso, o teniendo poca incidencia, teniendo poca voz en esa dinámica. Entonces yo creo que ahí un replanteo, y les digo, cuántas discusiones vimos de los Estados latinoamericanos y caribeños de decir “hagamos una revisión crítica de lo que nos pasó y cómo vamos a encarar de acá en adelante integración regional y salud como una intersección crítica de lo que nos pasó?”.

Claro, obviamente quizás sea imposible por las diferencias políticas, por los entramados que hoy hay de integración regional, pero parece que es un problema que tenemos ahí y que sigue latente. Entonces la región andina dice unas cosas, Brasil dice otras, el CARICON[2] otra, el CICA[3] de Centroamérica otra, entonces ahí seguimos con un gran problema. Y lo de refundación no sé si es tanto una agenda para los Estados o para la

[2] Los **Países** Participantes por **CARICOM** son: Trinidad y Tobago, Jamaica, Barbados, Guyana, Antigua y Barbuda, Belice, Dominica, Granada, Monserrate, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas. A la fecha no se han incluido en el APP Las Bahamas, Surinam y Haití.Disponible: https://www.tlc.gov.co/acuerdos/vigente/acuerdo-de-alcance-parcial-sobre-comercio-y-cooper#:~:text=Los%20Pa%C3%ADses%20Participantes%20por%20CARICOM,Las%20Bahamas%2C%20Surinam%20y%20Hait%C3%AD.

[3]Disponible: http://www.consejocica.org/

incidencia, si es una agenda primero para interpelar a la academia y también si quieren a la sociedad. Pero yo creo que para nosotros era como una interpelación a la academia, de repensar nuestras políticas y teorizaciones sobre los sistemas de salud. Si hay algo que dejó en claro el SARS, es que los sistemas de salud pensados como aparato weberiano de control de enfermedades, de vigilancia,etc., eso hay que discutirlo. Y cuando digo discutirlo no es en una mesa de café, una cuestión filosófica, sino una cuestión de efectividad, eficacia. Porque si tenemos un problema, y lo digo acá también, yo tengo claro la tesis de sistemas robustos universales de salud pública, etc. El problema es que en esta pandemia, los sistemas más mercantilizados y menos mercantilizados en América Latina y el Caribe tuvieron bastante inefectividad. Y esto no lo digo públicamente pero sí lo digo en una reunión cerrada. Claro porque nuestros sistemas públicos crónicamente están desmantelados, desfinanciados, fragilizados Es decir, traen un acumulado que les hace muy difícil operar efectivamente en la realidad, más allá de un mandato, más allá de ponerle arreglos institucionales de más camas, más respiradores, más enfermeros/as.

- (ID2,Foro 1): Bueno, se abren tantas aristas tan interesantes que yo por lo menos me siento desbordada de qué es lo que quiero decir y aportar y no sé si aportar o hacerme preguntas. Entonces lo que voy a hacer con una caradurez importante porque ya nos queda poco tiempo, es decir algunas cosas que quiero decir y discúlpeme el atrevimiento. Ojalá Natalia nos facilites otros espacios para que sigamos escuchándonos porque me parece interesantísimo este intercambio Te agradezco enormemente así tengo la expectativa de escuchar a más. Quiero irme a unas cuestiones concretas, vos preguntabas acerca de la refundación de los sistemas. Yo creo que hay que reconceptualizar nuestros ordenamientos jurídicos, conceptos que sí- yo me reía cuando (ID6, Foro 1) nombraba a Alma Ata, yo también soy un poco de Alma Ata y salud para todos- y (ID1,Foro 1) se ríe porque en algunas discusiones se pone ese tema. Pero si creo que el espíritu de solidaridad que tenía esa construcción fue una de las cosas que se perdió incluso desde la OMS y que deberíamos de recuperar. Y ahí creo que hay que reconceptualizar y profundizar, e introducir en nuestras normativas el acceso universal a la salud que ha sido desmembrado, desnaturalizado, pero que tiene dentro de Latinoamérica una lógica muy concreta para nuestras comunidades, la gratuidad de los sistemas creo que hay que volver a tipificar en las normativas, qué significa la integralidad de la salud, la calidad y la calidez que para nosotros como comunidades, como organizaciones, son motivos de lucha social y que son muy concretos en la refundación de los sistemas y que han sido eliminados en estos procesos de neoliberalización.
Quiero decir que para el horizonte, cuando miramos desde salud colectiva, no se va a poder refundar el sistema de salud si no se tienen en cuenta la determinación social de la salud que supone el modelo de los modos de producción y reproducción de la vida, y que

en América Latina son fundamentalmente extractivistas. Y este es un problema porque cuando hablamos de refundar los sistemas de salud, este elemento no se quiere poner en el centro debate porque genera, y como decía (ID6) incluso, estas lógicas de que ni los movimientos ni los partidos políticos, incluso organizaciones progresistas o de izquierda, no encuentran un elemento común para trabajar Este tema que tiene que ver con la matriz de producción sobre todo en nuestros países. Y otro de los elementos que me parece fundamental y acá voy a hilar y hacer, no sé si llamarle conglomerado de ideas así que Natalia te dejo para que apuntes después como quieras este tema.

En el reglamento sanitario, esta matriz de producción, uno de los elementos fundamentales es el exilio económico, político, de nuestras poblaciones y comunidades, desde los campesinos/as que tienen que migrar hasta poblaciones enteras que se trasladan hasta países del norte. Y a la migración – y ahí (ID1) puede decir- ha sido uno de los elementos además de criminalizado que ha tenido que ver con esta lógica de control sanitario.

Entonces una de las cosas fundamentales que tendríamos que ver es, si no debatimos el tema de la matriz de producción en nuestros países, difícilmente podamos entrar en el enclave de Latinoamérica de profundizar en ese nuevo reglamento sanitario porque probablemente no nos van a dejar meter estos elementos bien latinoamericanos como elementos desde donde debatir, porque esa sí es nuestra realidad. Yo quiero meter un tema más porque me parece fundamental. Una de las cosas que hemos vivido con la pandemia y que ha sido bajo una lógica criminal desde mi punto de vista es que se ha permitido que las empresas del complejo médico-industrial-farmacéutico metan en nuestros países las vacunas sin que la población tenga acceso a la información sobre cómo se realizan esos acuerdos económicos, y cuáles son las implicaciones de cada una de las vacunas. Y acá ustedes saben que en los acuerdos y contratos que firmaron los países había cláusulas de confidencialidad. Eso nunca se desvió de permitir a nivel internacional, no sólo a nivel económico con respecto a las patentes, sino en términos de lo que se representa en los Estados democráticos, republicanos, entre otras características que hacen a la participación ciudadana y el derecho a la información fidedigna sobre entre otras cosas nuestro derecho a la salud. Pero además porque están vulnerando otros derechos. Y ahí los Estados cedieron soberanía. Y acá quiero meter otro tema más, que (ID3,Foro 1) apuntaba un poco, ¿qué estamos firmando con las vacunas? Paraguay no pudo acceder a las vacunas, por ejemplo, como otros países que llegaron tarde a las negociaciones. Eso nos ha hecho mendigar vacunas en contra de nuestra población. Esa mendicidad de vacunas ha llevado a que los estados del norte se aprovechen y metan otros elementos de negociación bajo la mesa para que pudiéramos acceder a pequeñas donaciones de vacunas, porque además también se hizo una desestabilización política al interior del país. Entonces tuvimos que ceder soberanía como

estados para poder acceder a las vacunas y meter acuerdos políticos económicos, de élites económicas, que no responden a las necesidades del pueblo, para poder acceder a un derecho que lejos estaba de ser un derecho social, que es el derecho a las vacunas.
Entonces si ustedes me dicen reglamento sanitario, lo que no se puede permitir más es que estos complejos nos metan acuerdos de confidencialidad que afectan a nivel global pero también a nivel de la soberanía de los estados. Y el derecho ciudadano de saber qué es lo que está pasando en nuestros estados. Porque de ahí deviene también el contrato social, que tiene una obligación el Estado en eso. Otro tema y con esto cierro porque no quiero ser larga, un elemento fundamental es que las comunidades, la participación ciudadana protagónica debe de estar en estos procesos tanto del reglamento que hoy nos lleva un poco ese tema, porque al final estos exilios de los que yo hablaba, estas migraciones, son porque los estados no pueden responder y porque tienen esta lógica de reproducción de matriz que es excluyente para la vida y que afecta. Entonces, hay que preguntarle a las sociedades y a la población, qué quieren de ese reglamento sanitario. Porque resulta que ustedes saben lo que está pasando con la vacuna Sputnik, ese es un problema geopolítico, un problema de lucha entre países que se están definiendo en otros… y también de regiones y de laboratorios que están redefiniendo otro tipo de vínculos. La poblaciones en América Latina, muchas accedieron a esa vacuna son migrantes y ahora no le dejan entrar en algunos países de la UE porque tienen la Sputnik. Fíjense cómo hay elementos de la geopolítica que están vulnerando el derecho a la salud, a la migración pero también a la dignidad de la vida misma.
Entonces si queremos hacer cualquier revisión de los reglamentos yo creo que es fundamental ya que se está fallando en proteger y garantizar las condiciones de vida de la población, que cuando menos escucharlas a la hora de hacer reformulaciones globales que nos van a afectar a nivel latinoamericano pero sobre todo que nos van a golpear.
Entonces respondiendo un poco a la pregunta de (ID1,Foro 1) de en qué condiciones nos insertamos como Latinoamérica a nivel global en este tema, desde luego desde alianza Sur-Sur, cooperación Sur-Sur, pero sobre todo una mirada desde el Sur de los problemas globales, porque en realidad esos problemas globales no nos afectan ni de la misma manera a todos y todas, ni por supuesto afectan en derechos de la misma manera. Bueno, un poco me quería quedar por ahí y lanzar unos temas más que me parecía importante dejar mencionados.

(comentario Natalia).Gracias (ID2,Foro 1) me parece fundamental lo que estás mencionando, en particular, lo que referis a la participación ciudadana como eje del estado de derecho y de la democracia. la participación ciudadana empieza a hacer un significante vacío.

Un tema que aborda (ID1,Foro 1) es el de la peligrosidad y el confinamiento de personas sanas.

- (ID3): yo quería decir algo muy cortito, creo que (ID1,Foro 1) y (ID2,Foro 1) lo dijeron mucho mejor que yo pero creo que vale la pena volver a insistir con esto.
Porque cuando pensamos en reformulación, mientras lo escuchaba a (ID1,Foro 1), pensaba en esto, ojo lo que vamos a reformular, cómo lo vamos a reformular y con quién lo vamos a reformular. No sólo me parece importante esto que decía (ID2,Foro 1) de la participación ciudadana, sino también los actores un poco más relevantes, pienso por ejemplo en los efectores de salud, médicos, epidemiólogos, qué rol les vamos a dar a ellos.
Pensaba esto, la necesidad de un cambio de abajo para arriba, no desde arriba, porque las políticas que han sido impuestas no nos han funcionado, porque los actores siguen siendo los mismos con las mismas lógicas, entonces quizá necesitamos pensarlo al revés, cómo modificamos la formación de nuestros profesionales de la salud del derecho, para lograr que el derecho a la salud sea al revés, que parta de las bases para en todo caso tener un acuerdo pandémico un poco más acordado y no impuesto.
Porque sino el riesgo que nosotros corremos es enorme y aún cuando lo podamos "consensuar" entre comillas, quien termina aplicándolo es el médico, la médica o el efector que sea, no importa, pero que estuvo inserto en la misma lógica. Me pareció, lo que decía (ID1,Foro 1), ya sabíamos cómo iban a reaccionar. Y si, si son los mismos que estuvieron trabajando hace 20 años por qué iban a reaccionar de una manera distinta.
Me parece que en esto la idea de pensar una refundación tiene que partir de esta base, de que si no modificamos a quienes están actuando en las bases es muy difícil lograr que eso tenga algún efecto práctico o real en la próxima pandemia o lo que sea. Nada más.

(comentario Natalia).Gracias (ID3,Foro 1), traigo acá el trabajo de (ID4,Foro 1), que hay que pensar en esta refundación o formación del poder judicial, que no recepta esta dimensión colectiva, Hay una idea de propiedad individual, por ejemplo en relación al derecho a la salud, la idea de pensar al poder judicial como un agente de cambio, de transformación, pero desde qué perspectiva interviene el poder judicial.

- (ID4,Foro 1): Mirá, yo comencé diciendo que me parecía un momento muy peligroso para reformular el reglamento sanitario internacional y quizás soy demasiado pesimista, pero yo creo que además del desmantelamiento del Estado Keynesiano y todo lo que sabemos, también el neoliberalismo global tuvo un efecto muy nefasto en las democracias en la región por este impacto de gobernanza a distancia. El ajuste estructural que impusieron, sus indicadores, , tasa de inflación, tasa de interés, etc., , impusieron políticas

desde el BM, desde el FMI, desde el gobierno mismo de EEUU. Y lo mismo está pasando en la salud. Ha venido evolucionando, yo diría desde las metas del milenio,pero va a pasar mucho más ahora en este momento. Y tenemos una posibilidad de tener una tecnocracia distópica a nivel mundial, que casi imposible la reformulación, la refundación de que estamos hablando.

(comentario Natalia). Coincido, estas autoridades sanitarias de hecho que refiere (ID1,Foro 1)

- (ID5,Foro 1): pensando lo que decía Natalia, en adelante, creo que valdría la pena en la tercera sesión tomar en profundidad el reglamento sanitario y el tratado pandémico.
Dado que aquí se lo está trabajando, creo que lo que se viene en perspectiva es complejo. Tal como decía Alicia recién, en el tema de la salud global, o lo decía (ID1,Foro 1), el BM entró hace 20 años. Está manejando el tema de la salud en casi el mismo plano que la OMS. O sea, la gobernanza global de la salud no es solamente la OMS. En la última propuesta la reforma planteada nada más que para efecto al control sanitario, digamos del avance del estado sanitario de los países, será el FMI el que regule y certifique la calidad de defensa epidemiológica de los países. Yo creo que ese debate jurídico desde el Sur-Sur es importante pensando en perspectiva. Se va a discutir en Noviembre en Asamblea Extraordinaria, pero el proceso es un poquito más largo porque están los países, la región. En noviembre está la Asamblea Extraordinaria mundial para discutir el tratado pandémico. Es probable que le den luz verde, pero el proceso es largo, y requiere armar un pensamiento de país y regional para tener la postura frente a eso.

La oportunidad que tiene este foro, de ir generando por lo menos una corriente de opinión o pensamiento de qué es lo que se plantea frente a ese eventual, o modificación, avanzar en el reglamento o el tratado pandémico.
Y los segundo y creo que en el debate entre esta idea de lo que planteó (ID2) y(ID3) de que no había un quiebre, yo creo que hay un concepto común. Hay un deterioro del estado de derecho. Quizás no un quiebre, un deterioro generalizado, yo creo que ese concepto puede interpretar lo que decía (ID1,Foro 1), lo que se aprecia.
Digamos, una pregunta que veo pendiente pero en ese deteriorado estado de derecho está la subordinación del poder judicial y el conjunto de elementos que hemos visto acá para el manejo de la crisis sanitaria, ese concepto está.
Y el tercer ítem, yo veo con mucha fuerza e interés el tema del nacionalismo vacunatorio y la vacuna como instrumento geopolítico, la vacuna pasó a ser un instrumento de seguridad sanitaria global en el conjunto.

No solamente en China, la Sputnik, en el conjunto. Y eso hay que verlo con dos elementos que están en discusión, que es el acceso universal,la cobertura universal de la salud que quedó como concepto debilitado y aguado a nivel de la OMS, pero el concepto que se puede re-discutir y replantear. El acceso universal a la salud en tiempos de pandemia implica vacuna e implica lo que decía ID4 o lo que se debate en la OMC: o liberás las patentes, o suspensión de patentes, que es la fórmula intermedia, que ni siquiera pasa. Entonces en ese concepto de vacunas, nacionalismo vacunatorio y acceso universal, está el tema de discutirlo en el debate de la pandemia actual. Porque en la futura pandemia vamos a tener lo mismo. O sea, todas las preocupaciones que plantea Mariluz con respecto a las vacunas, al negocio de las vacunas, a las corporaciones, la poca transparencia, eso es parte de un nuevo modo de relación, de gobernanza global hacia nuestros países.

(comentario Natalia).Muchísimas gracias. No se si alguno/a quiere tomar la palabra.ya estamos pasados de tiempo

- (ID4,Foro 1): quería ofrecer algo, si les parece. No sé si en este simposio porque ya está en camino pero les ofrezco el foro de Harvard del Petrie-Flom Center[4], si quieren re-publicar el policy, el documento en inglés o publicar blogs o lo que sea, eso lo puedo facilitar con gusto. La perspectiva de América Latina tiene que salir hacia el norte.

(comentario Natalia, comenta sobre el banco de recursos, agradecimiento y cierre).

[4]Disponible: https://petrieflom.law.harvard.edu/

Título: “Desafíos de la Gobernanza Sanitaria -local, nacional, regional- y el rol de los Estados en la garantía del derecho a la salud y el acceso a la justicia en contextos de crisis”.

Transcripción: Sesión 2

Fecha: Día: Jueves 30 de septiembre, 17 a 19 horas (Argentina)

Natalia: Bueno, voy a estar facilitando el diálogo y la verdad es que lo que nos interesa justamente en esta instancia es poder tratar de generar el diálogo, no solamente en relación a las preguntas que yo les voy a estar formulando a partir de escucharlos y leerlos y leerlas sino también que ustedes puedan preguntarse entre ustedes. Pueden mantener inclusive el micrófono abierto para generar preguntas y debates. La idea es… les envié a todos y todas un par de preguntas orientadoras pero quizás las preguntas en este contexto son otras así que también podemos dejar esas de lado y preguntarnos cuáles son realmente lo que tenemos discutir en este foro, lo que nos interesa tanto desde CEJA como del proyecto de DIRAJUS y de la agencia de cooperación alemana es justamente generar un diálogo horizontal sobre los principales problemáticas en la región, y sobre todo desde una mirada latinoamericana.
Así que lo que hoy nos convoca a este encuentro está vinculado a la gobernanza sanitaria, el acceso a la justicia y el derecho a la salud.
Antes que nada, agradecerles también la presencia en esta instancia y sobre todo por dedicarle tiempo a este foro.
Brevemente les quiero contar que este proyecto es ejecutado por el Centro de Justicia de las Américas en conjunto con el programa DIRAJUS de la agencia alemana de cooperación (GIZ). Y este foro se plantea como esto, como una instancia colaborativa, de intercambio, de análisis, de divulgación de información referente a la situación de acceso a la justicia y acceso a la salud.
El propósito es generar una reflexión crítica, profunda en la región sobre las medidas que son necesarias tanto jurídicas como sanitarias, que son necesarias implementar, pensar, escribir, discutir, para el abordaje y la prevención de futuras pandemias desde una perspectiva latinoamericana.
Y el objetivo general de este encuentro es elaborar, consensuar, validar diagnósticos- siempre diagnósticos suena como bastante ambicioso, pero podemos establecer algunos lineamientos que nos sirvan para consensuar los puntos de partida en relación a cuáles fueron las principales problemáticas y qué podemos hacer para revertirlas. O cuáles son

las mejores medidas que podríamos tomar tanto en el campo jurídico como en el campo sanitario para revertir algunas de las problemáticas que tenemos.
Lo que queremos es esto, es generar un diálogo entre los diversos actores sobre la gobernanza sanitaria, local, regional, global; el rol de los Estados latinoamericanos en la garantía del derecho a la salud y en este contexto particular de crisis.
Analizar las posibles sinergias entre el sistema de justicia y el sistema de salud y las funciones esenciales desde la salud pública, y el rol de los poderes del Estado. Vamos a buscar identificar también aquellos marcos legislativos y regulatorios que pueden facilitar el abordaje de la crisis sanitaria y la recuperación teniendo en cuenta la perspectiva de salud como derecho humano fundamental. Básicamente y como para que también tengan idea de la dinámica, de los tiempos que vamos a estar teniendo.

Dinámica

Va a haber un primer bloque que espero que sea la primera hora, más vinculado a lo que es el diagnóstico, los lineamientos para consensuar el punto de partida y un segundo bloque más vinculado a lo que serían los lineamientos y las propuestas. No sé si les parece, hacemos una pequeña presentación. Yo los puedo presentar rápidamente, pero me gustaría un poco que quienes no se conocen se conozcan. Sé que varios ya interactúan trabajando juntos, pertenecen a los mismos organismos pero si les parece hacemos una presentación muy breve, hacemos una ronda muy corta o si prefieren puedo también leer sus trayectorias, partecita de sus trayectorias. Eso como prefieran, lo que sea más rápido para ponernos directamente en el diálogo.

Presentación de participantes

- Robinson: Bueno, cientista político de Chile, estoy colaborando en el proyecto de GyZ. Mi experiencia es fundamentalmente en el campo de las políticas públicas a nivel de academia de Chile y a nivel de gobierno también. Experiencia específica con Michelle Bachelet, ministra de Salud, en la reforma de salud en el año 2002, y en el segundo gobierno también en lo que es el diseño de modelo de políticas de salud garantizada, en ese campo hay una experiencia. Hola a todos y todas

- Alex: Sigo yo Natalia. Ya que estamos del grupo de GyZ, yo también estoy en el proyecto de DIRAJUS, trabajando ya mucho tiempo. Y los proyectos anteriores, uno de ellos fue la globalización del derecho que trabajamos con la actual encargada de este proyecto que no está aquí en esta ronda que es Elena Arens que es jurista, yo no, yo soy economista. El tema nos ha acompañado durante mucho tiempo y estoy muy interesado y felicito a Natalia por la buena organización de todo este encuentro.

- Ernesto: Antes que nada quiero felicitar y agradecer por este espacio. Realmente Natalia me parece que a ustedes los organizadores sinceramente los felicito por esta iniciativa y por esta actividad que es fascinante. Mi nombre es Ernesto Báscolo. Yo tengo

como antecedente allá lejos, como economista de base y después una formación más académica con maestría, doctorado ya articulado con salud y políticas de salud y aspectos institucionales. Y también con antecedentes en la gestión de gobierno a nivel municipal, provincial y nacional. Y desde hace 6 años estoy como asesor regional de gobernanza y política de salud de la OPS

- Natalia: Muchísimas gracias ¿ID6? Yo los voy viendo en el orden que los tengo pero no sé si ustedes se ven en este orden

- ID 6: Si, perfecto. Pues bueno, también muchísimas gracias Natalia por la oportunidad de poder participar en este foro que me parece muy importante para la región de las Américas. Creo que no estoy muy familiarizada con los componentes de lo que están representando. Realmente mi formación es médica, soy especialista en psiquiatría. Pues bueno, el gusto de participar en las cuestiones de la salud pública surgió precisamente en el contexto de desigualdad que es a lo largo de cerca de 20 años que he estado trabajando en la clínica con trastornos mentales ´pues realmente ves la repercusión de estas desigualdades, de este contexto social tan arraigado en nuestros países de la región de las Américas. Y creo que la opción no es otra que entrarle a la política pública, más allá de tratamientos personalizados, trastocar la cuestión de las políticas públicas en salud específicamente que esa es como mi área de expertise que he estado trabajando, creo que nos brinda esta opción de poder contribuir al desarrollo de nuestras comunidades, de nuestros países. Entonces hice una investigación en gobernanza en Ginebra y eso fue en el 2015, y a partir de ahí he estado trabajando en varios entornos de gobernanza pero específicamente en el ámbito de la salud, de las políticas públicas en salud. Y bueno, esto de la pandemia también se ha convertido en un escenario de interacción y que surjan más preguntas que aportaciones. Entonces te agradezco la oportunidad de poder compartir con los colegas y veo grandes personalidades que creo que podemos contribuir mucho en esto de la política pública. Muchas gracias y estoy más bien a la expectativa de lo que pueda surgir aquí.

- Natalia: Muchísimas gracias. Y justamente es eso, a partir de la pedagogía de la pregunta y no tanto las respuestas. Creo que las respuestas siempre hicieron más daño que generarse preguntas, así que me parece que esa es la idea y este intercambio también y que realmente podamos dialogar porque general todos los Zoom son extractivistas como dice Boaventura de Sousa Santos entonces tratemos de llevarnos algo y de poder, pero de verdad. Y para eso tenemos que tratar de hacerlo, de manera que parezca lo más presencial posible, como uno hablaría, con todas las dificultades técnicas que esto implica.

- ID4, FORO2: hola a todos, todas, muchas gracias por la invitación a participar. Oscar Cabrera, de la Universidad de Georgetown, instituto Oneil. Soy abogado y también profesor visitante en la facultad de derecho aquí en Georgetown. Y los temas que trabajamos son temas de derecho conectados con la salud. Salud y derecho es el tema central que se trabaja desde el instituto. Es un instituto de investigación pero muy

aplicado, o sea, funciona como un think tank pero con una visión a verdaderamente involucrarnos en procesos de reformas legislativas, reformas de políticas públicas, de litigios de tener esa visión fuera y no quedarnos en el círculo académico exclusivamente. Soy venezolano originalmente pero siempre digo que soy parte rioplatense porque mi padre era uruguayo. Le iba a preguntar a Alejandro cómo iba Independiente pero lo podemos hacer quizás en un foro separado. Gracias.

- Natalia: Gracias Oscar. ¿Alejandro?

- Alejandro: Gracias Natalia, me sumo a las felicitaciones y agradezco la invitación. La verdad que un placer poder conversar sobre estos temas y preguntarnos además de compartir con mucha gente amiga, algunos que nos vemos más seguido, algunos que hacía tiempo que no los veía. Y muy brevemente, soy abogado, especialista en Derecho Internacional y DDHH con varios recorridos. Pero en los últimos 4 años estoy en el rol con base en Washington haciendo telework como la mayoría de la gente, como asesor regional de DDHH de OPS/OMS. Y otra vez, con gusto para ver… obviamente nuestra agenda en estos últimos dos años ha estado muy tomada por el tema del COVID, pero no COVID solamente de salud en el sentido más estricto, pero también toda aquellas cosas que tienen que ver con medidas para ralentizar o para hacer más lento la transmisión del virus peor que también han impactado en todos los determinantes sociales y en muchísimos otros aspectos. Que han generado preguntas de las cuales todavía no tenemos respuestas, pero preguntas en términos de conflictos de derechos, balances, derechos colectivos, individuales. Creo que seguimos todavía viendo muchos de los resultados y muchas de las cuestiones y vamos a tener que seguir preguntando durante y pos COVID varias cuestiones a los efectos de cómo miramos al derecho internacional con relación al derecho doméstico y cómo lo vamos a seguir mirando porque esto nos ha puesto en evidencia cosas que sí hablábamos antes pero están mucho más claras ahora y el daño de las situaciones de inequidad que ha generado en forma desproporcionada en gran parte de la población. Entonces, tengo que pedir unas disculpas y adelantarse- lo conversé con Natalia antes. Lamentablemente se juntó una situación de cambio de horarios con un Congreso de DDHH que se está haciendo hoy, desde ayer en Perú, y que me toca hablar representando a OPS sobre migración, salud y COVID, tema complejo si los hay hoy en la región, con lo cual voy a tener que irme un poco antes y perderme parte del intercambio, pero otra vez gracias.

- Natalia: Gracias Alejandro. Seguramente a algunos y algunas vamos a estar entrevistándolos de manera individual, Oscar también está en la misma situación así que muchísimas gracias. ¿Liliana?

- Liliana: Hola, buenas tardes a todos y todas. Gracias Natalia de nuevo por la invitación. Soy Liliana Ronconi, soy investigadora del CONICET en Argentina, es el organismo de Ciencia y Técnica. Me dedico en general a trabajar derechos sociales con un enfoque de DDHH, en particular ahora estoy enfocada en trabajar temas de formación profesional, de

abogados con perspectiva de DDHH, rápidamente para presentarme. Cuando leía las preguntas que mandó Natalia, reflexionaba un poco en torno a esto que decía Alejandro, el COVID nos trajo algo que ya lo teníamos pero bueno, nos lo puso ahí enfrente y ahora tenemos que buscar alguna alternativa para salir de esto de la mejor manera posible. Esta sería mi presentación.
- Soy DANIEL MACEIRA, ya me conocen desde hace dos horas. Soy economista, soy argentino, soy investigador del CONICET y profesor de la UBA, y el estudio del que estuvimos hablando hace un rato es un estudio que estuvimos haciendo desde FUNDAR que es un think tank en Argentina donde dirijo el área de salud.

- Natalia: Gracias. Bueno, ID4 creo que nos está escuchando, la presento. ID4 es doctora en derecho de la UBA, directora del programa sobre derecho de la salud de las mujeres y niños. Lo cuento igualmente, si querés ir ajustando mientras a ver si vas a poder… o si querés ir generando preguntas te vamos escuchando también por el chat. Es directora del programa sobre derechos de la salud de mujeres y niños en el centro de salud y DDHH de la escuela de salud pública de Harvard y profesora adjunta sobre políticas y administración de salud. Seguramente tiene un recorrido y una trayectoria muchísimo más larga que lo que estoy diciendo. También está Camila Benedeti que nos está apoyando, tomando notas, futura abogada con perspectiva de DDHH y salud comunitaria. Alejandra Bocardo, que es parte del equipo de CEJA y que también está coordinando y llevando adelante este proyecto.

Primer bloque: ¿De dónde partimos?

Bueno, alguna de las cuestiones pero muy rápidas a partir de la lectura de los textos que fueron produciendo ustedes, algunas cuestiones como que si bien se realizaron esfuerzos estatales en la región en el abordaje de la pandemia, aún aún se desconoce el impacto de las medidas en relación a otros derechos y en relación a la estructura institucional.

- No existieron respuestas integrales a las problemáticas complejas derivadas de la pandemia.
- Se identificaron limitaciones institucionales y políticas de los Estados para organizar la respuesta sanitaria.
- Por otro lado, esta misma dificultad también se traslada en la construcción de una agenda de recuperación de post pandemia.
- La estructura previa de los sistemas de salud también son determinantes de la respuesta sanitaria nos señala Daniel Maceira.
- Existieron respuestas dispares en los territorios subnacionales, estas respuestas fueron desintegradas y descoordinadas.
- Falta un enfoque integral integrado dentro de un marco legislativo, regulatorio de la salud pública. Esto lo señala OPS en un reciente informe.

- En el abordaje no tuvieron en cuenta por parte de los estados los determinantes sociales, o con el peso que esto tiene que tener en el abordaje, los determinantes ambientales, los determinantes de la fuerza laboral en salud.
- Y estos determinantes, nos dice Robinson Pérez, se encuentran invisibilizados. Es necesario que los Estados regulen los actores privados que tienen un impacto negativo en la salud de la población, esto lo señala Cabrera.
- Es necesario también que el derecho a la salud recupere una salud que va más allá de lo prestacional, del tratamiento, de la cura.
- El Estado debe cumplir con el deber de prevenir, es decir, crear las condiciones, y este es un punto interesante para pensar el derecho a la salud, esto también lo menciona Cabrera.
- Varios países han cometido infracciones al establecer una capacidad básica para responder de manera rápida y eficaz a los riesgos para la salud pública de importancia internacional.
- Y si bien se reconoce por los Estados la importancia de las funciones esenciales de la salud pública, existe deficiente implementación de estas en los contextos locales, y nacionales. Inclusive hay mucho desconocimiento sobre cuáles son esas funciones esenciales de la salud pública.
- Se dio un proceso de centralización de las decisiones sanitarias en los altos mandos que impactó en la gobernanza y la respuesta estatal, esto nos señala Díaz Castro.
- Se invisibilizan algunas experiencias y sobre eso quiero que nos cuentes Lina.
- Se invisibilizan algunas experiencias locales exitosas en el abordaje de la pandemia y el éxito de algunas políticas radicó justamente en la capacidad local de subvertir esas recomendaciones que venían empaquetadas Entonces hay una insuficiencia e inadecuación de designación de recursos, no hubo una respuesta internacional coordinada.
- Y se está viendo el rol, la centralidad de los Estados puede ser un obstáculo para la coordinación internacional también como señala Robinson Pérez.
- También existe una gran tensión entre esto que se plantea como la gobernanza sanitaria global con la soberanía nacional y con esta centralidad que están tomando los Estados y con el paradigma de lo que es la seguridad sanitaria global.
- Estos son como pequeños puntos de partida de lo que fueron escribiendo, lo que fuimos leyendo también.

No sé si sobre esto quieren tener alguna reacción o comenzamos con algunas preguntas más vinculadas al rol de las funciones esenciales de la salud pública. Qué deberíamos promover o profundizar en el contexto de crisis sanitaria global- local provocada por la pandemia para el abordaje de esta crisis. Qué cambio apareja también esta nueva propuesta de funciones esenciales de la salud, la renovación de las funciones esenciales de la salud pública. Y cómo estas funciones esenciales de la salud pueden contribuir a un diseño de políticas integrales e integradas, y si hay una posibilidad de que esto tenga una perspectiva básicamente latinoamericana. Porque vemos también que muchas de las medidas que se elaboran en el norte global tienen mucho impacto en el sur global. No sé quién quiere empezar, se que el ámbito de las funciones esenciales de la salud pública es

un ámbito muy trabajado por Ernesto. Los voy a llamar por el nombre de pila, no sé si están bien con eso.

Preguntas orientadoras

- ¿Cuáles son los obstáculos que enfrenta la **gobernanza sanitaria local-regional-global** frente a los problemas de marcadas desigualdades sociales, fragmentación y segmentación de los sistemas de salud en latinoamérica?
- ¿Cómo afecta e incide los **cambios a nivel gobernanza sanitaria global,** en la **gestión de la crisis sanitaria nacional,** en el **derecho a la salud** y en el **acceso a la justicia**?
- ¿La gobernanza sanitaria global entra en tensión con las **soberanías sanitarias** nacionales y la **gobernanza económica** -financiación, endeudamiento, bienes públicos-?
- ¿Qué obstáculos se encuentran para la **gobernanza sanitaria a nivel subnacional**?
- ¿Qué rol pueden jugar los poderes de los Estados para fortalecer la gobernanza sanitaria local?
- ¿Cuáles son las **Funciones Esenciales de la Salud pública** que debería promoverse o profundizar en contexto de crisis sanitaria global-local provocada por la pandemia? ¿Es necesario renovar las FESP?, ¿Cómo ello puede contribuir en el diseño de políticas integrales e integradas de salud?

Segundo bloque. Delineando algunas propuestas

- ¿Cuáles son los desafíos para la gobernanza sanitaria pensada desde latinoamérica? .¿Cómo fortalecer la gobernanza sanitaria en “estado permanente de crisis”?
- ¿Cuáles son los “desafíos previsibles” para la gobernanza de los sistemas de salud ante “un escenario imprevisto”?
- ¿Cuáles son los marcos legislativos y regulatorios del sector salud que pueden facilitar el abordaje de la crisis sanitaria desde una perspectiva de salud como derecho humano fundamental?
- ¿Qué cambios deberían promoverse en los mecanismos institucionales para la regulación de actores y recursos críticos del sector salud? (normas de gestión, atención y de organización).

Inicio del diálogo (transcripción literal)

- (ID 1, Foro2): Tomo el guante. Sin embargo, tengo muchas ganas de responder porque estaba dentro de las preguntas, pero me parece que también para llegar a la hora de las propuestas tendríamos que hacer una pequeña discusión que tenía que ver con el diagnóstico que vos planteabas antes. Obviamente me muerdo la lengua para no avanzar sobre el tema de funciones esenciales. Me gustaría que discutamos un poco, más que las funciones esenciales,partiendo de lo que fueron las preguntas de lo que ustedes tiraron como disparadores en donde las colocaban más en referencia a la gobernanza global, regional, local y cuál es la capacidad que tienen para poder incidir sobre la condiciones de – lo voy a decir de una forma sintética, no lo estoy leyendo acá - sobre las inequidades en salud que tiene nuestro continente. A mi esa pregunta me pareció muy importante como punto de partida Tenemos dos horas y voy a hablar de funciones esenciales todo lo que quieran, pero me parece que… tiro algo simplemente como para empezar, o para provocar. Creo que la pregunta tenía que ver con cuáles eran los obstáculos de esa gobernanza para poder abordar la cuestión de las inequidades. Y se me ocurrían dos cosas. En primer lugar, qué entendemos por gobernanza, porque me parece que la torre de Babel acá está muy presente porque podemos estar utilizando los mismos términos para conceptos muy diferentes. Cuando hablamos de gobernanza a veces nos referimos a las normas formales,a los espacios de organismos u organizaciones internacionales o regionales o nacionales o locales, a las reglas de juego más allá de la formalidad a partir del cual se dirime cómo se asignan los recursos y cómo actúan los actores en distintos niveles. Me parece que un primer elemento es qué entendemos por gobernanza. Y yo me inclino a pensar el tema de gobernanza muy relacionado con las reglas de juego y cómo define las relaciones de poder que existen en la sociedad. Y eso tiene una connotación institucional para mi amplia porque no es solamente la formalidad sino otros elementos que también son determinantes de las relaciones de poder y digo esto simplemente en forma provocativa. En realidad partamos de que las condiciones de inequidad que tiene nuestra región son el reflejo de esas reglas de juego, no es que las reglas de juego tienen que ser pensadas como solución a esto como si no fuesen responsables de las mismas digamos. Y por lo tanto las reglas de juego no pueden ser pensadas como algo exógeno, como parte del problema. Analicemos las reglas de juego para ver en qué medida ya son responsables de las inequidades actuales y por lo tanto cómo incidir sobre las mismas para alterar parte de esos resultados. Yo creo que no sólo explican esas reglas de juego a esas condiciones de inequidad, sino que las reproducen y se reproducen entre sí. Esas condiciones de inequidad muchas veces reproducen relaciones de poder asimétricas en donde se reproducen también esas reglas de juego. Digo eso como punto de partida, para pensar primero qué entendemos por gobernanza y estos desafíos que teníamos que los habían dicho varios de los colegas acá, explotó en la pandemia pero le dio visibilidad a problemas ya muy estructurales que conocíamos desde antes y se puso sobre la mesa y nos obliga a discutir sobre eso y está bueno. Esa es mi primer reacción, no sé si estoy cambiando demasiado la lógica

- Natalia: no, me parece excelente y me parece buen punto de partida para arrancar por ahí. Creo que justamente me parece un punto interesante qué entendemos por gobernanza inclusive por gobernanza global, sanitaria global, y con el paradigma también teórico- práctico que está detrás de este concepto. ¿ID4 y ID 2? En realidad, por la secuencia de preguntas estaba pensando que intervengan después, pero me parece si si ustedes quieren reaccionar en relación a los puntos de partida o mismo la pregunta de cómo podría contribuir por ejemplo un marco regulatorio con perspectiva de DDHH para revertir todas estas inequidades que son preexistentes y que se acentuaron a partir de la pandemia, ¿no?

- (ID 2, Foro2): hay muchísimos ángulos para cubrir. El aspecto propio de la pandemia en sí nos ha mostrado un aspecto a considerar que desde el punto de vista de esta idea de gobernanza global es cómo funciona a partir del seguimiento de las regla ya determinadas, cómo las international regulations y los mandatos que tienen tanto OMS como la relación con los Estados en materia de cuáles son las recomendaciones que se hacen a nivel de una situación de pandemia. Y hasta qué medida en ese diálogo, en esa relación soberanía y ámbitos globales o supranacionales ese diálogo funciona, y ese balance entre las decisiones que toman los Estado y las que parecieran ser más recomendables en ese sentido. Y eso cómo dialoga además con las otras obligaciones que siguen persistiendo,por ejemplo la de los tratados de DDHH. Es decir, qué pasa las restricciones de viajes, las restricciones de volver a los propios países de las cuales las personas son originaria, residentes, nacionales, qué pasa con las poblaciones migrantes, las personas en el marco de desplazamientos forzados, qué sucede con respecto a la misma situación de las vacunas situaciones de distribución, inequidad a nivel global. Hay un montón de cuestiones en este diálogo donde hay recomendaciones y después en diferentes medidas los Estados toman diferentes caminos a pesar de que hay algún tipo de acuerdo en que hay cierta medida en que se siguen esas reglas. ¿Son esas reglas globales suficientes, no son suficientes? ¿Deberían reforzarse, no deberían reforzarse? ¿Es un problema de reforzarlas, es un problema de que haya más músculo para reforzarlas? Es decir, cómo se lograría esto y por dónde pasa el problema en ese sentido más global. Y en relación específicamente al tema pandemia, salud, y las posibles soluciones y los temas de inequidad que resultan. Inclusive si uno sigue las declaraciones y statements de la OMS y OPS y las propias comunicaciones vía Twitter, redes sociales conferencias tanto del director de OMS como de directora de OPS, el tema de la inequidad en materia de vacunas y respecto a quiénes están vacunados y quiénes no ha sido ampliamente destacado como una enorme preocupación y un problema gravísimo en este momento en el mundo. Eso es un aspecto, y después aparece el otro aspecto que es, todos los que estamos en el área de DDHH venimos hablando de indivisibilidad y la interdependencia de los derechos, estamos hablando de que… nos hemos cansado de enseñar la teoría de que no es cierto que hay generaciones de derechos y que eso es un invento que no está respaldado por ningún tratado de DDHH, y que los derechos civiles, políticos y económicos sociales y culturales tienen exactamente la misma jerarquía. Y si alguna vez se dio eso más claro que nunca es con la pandemia. Ya se sabía pero la pandemia dice "ven acá está el problema". Y como hoy mencionaba, para poder

ralentizar como primera respuesta, cuando todavía no había vacunas, no había otras herramientas, como primera respuesta se toman medidas restrictivas con cuarentenas, con diferentes tipos de medidas que además requieren otro análisis, cómo vas chequeando qué tipos de medidas, la legalización de esas medidas, la discusión en el congreso de esas medidas en otros países, si son racionales, proporcionales,etc.. Pero además de eso percibiendo que en principio la primera reacción es tomar algunas medidas restrictivas a los efectos de evitar la transmisión del virus, aparece una cantidad de restricciones a derechos. Y todos sabemos los principios de Edinburgo, hay posibilidad de restringir en situaciones absolutamente temporarias y por un determinado período de tiempo algunos derechos, si. Bueno, hasta dónde, cuánto, y si son realmente estrictamente necesarios? ¿Se han restringido los derechos en la medida de afectar lo menos posible la vida y los derechos de las personas? Y ahí aparecen todas estas discusiones. La pandemia afecta los derechos de las personas, la posibilidad del ingreso, la posibilidad de cómo vivir, la posibilidad de asistir al colegio, etc.. Y acá se nos presenta el gran problema adicional, que es, las inequidades existentes previas generan una situación de muchísima mayor inequidad en impactó en un grupo de población a diferencia de otros, de un virus que en principio no discrimina a quien contagia, pero si discrimina el impacto para combatir el virus. Y discrimina en el impacto de cuanto más rápido yo tengo una vacuna, o un test o soluciones respecto a lo que me está generando el virus. Y el impacto es demoledor, en la cantidad de personas que no pudieron asistir al colegio, en la cantidad enorme que ya era un problema, en la calidad y en acceso a la educación, en los temas online de los que no se pudieron conectar, de los que se pueden conectar pero no pueden estar, en familias que no pueden sostener esa situación, en gente que tiene que trabajar y en el empleo informal. Es decir, es una región en donde el empleo informal ha invadido, en donde entonces muchas de las medidas no alcanzan porque el empleo informal no está protegido. Y además genera una enorme ruptura con respecto al sistema de seguridad social y de protección social. Entonces esto es como una bola de nieve que no para porque se ha generado una situación donde se han complejizado muchísimo las cuestiones. Y el impacto en derechos sociales, económicos, ha sido terrible. Entonces, lo que estamos viendo es eso. Una de las cuestiones que ha recibido más consultas en la OPS, a través de cortes, a través de ministerios de salud, del interior y de sociedad civil apenas se inició la pandemia, era respecto a las personas institucionalizadas. Institucionalizadas por temas de salud mental, institucionalizadas porque eran niños o adolescentes, institucionalizadas porque eran personas privadas de la libertad con o sin condena, institucionalizadas porque eran situaciones donde vivían personas mayores de edad . Y el tema era ¿qué hacemos con esta gente? Pero la primera reflexión que uno tiene que tener, no en el momento de la transmisión del virus, pero la reflexión es que la mayoría de esa gente institucionalizada no debería haber estado institucionalizada. Porque desde hace años que la OPS y la OMS con muchos otros vienen trabajando el tema de la desmanicomialización y el trabajo absolutamente en forma autónoma y comunitaria para personas en situación de salud mental, porque los NNyA- sobre todo aquellos que son por situaciones de calle, por situación de pobreza- no deberían vivir en instituciones cerradas. Porque las personas aún cometiendo delitos no deberían estar privadas de libertad sin siquiera una

sentencia firme, porque es altísima la proporción de personas privadas de libertad sin sentencia. Porque las personas mayores se debe trabajar bajo la autonomía, como dice la Convención Interamericana y el Plan de Acción de envejecimiento de OPS, se debería trabajar en la autonomía e independencia de las personas tratando de reducir que vivan en instituciones. Todo esto que no se hizo antes, ahora que vino la pandemia, impacta desproporcionadamente también. Esto es lo que ha coloreado en una forma muy violenta, muy terrible la pandemia. Nos ha puesto de pronto de frente a una foto que no es que la desconocemos, sobre todo los que trabajan en temas sociales, derechos y demás, pero es mucho más grave, se colorea y es mucho más difícil responder porque la mayoría de los gobiernos han estado en estos dos años, como todos, ocupados en tratar de reparar los perjuicios que causó una pandemia inesperada y muy grave. Entonces creo que esto nos replantea repensar mucho los marcos legislativos, no sólo a nivel global por esto que hablábamos de la gobernanza, y si los países van a actuar o no en relación a ese mandato o a esa cuestión supranacional y esas delegaciones que generan, pero además también repensar las legislaciones y regulaciones a nivel doméstico para entender que había muchas cosas, o a veces simplemente la implementación. Porque muchas de las cosas que acabo de mencionar están bien legisladas en algunos países, simplemente no se han implementado. Entonces repensar eso para que la próxima **no nos** vuelva a agarrar en la misma situación. Y replantearnos también que el impacto sobre el PBI y sobre la economía, ya no solamente un tema de principio de derechos, hablar de utopías, de un mundo mejor, el impacto que se ha tenido en el PBI en la mayoría de los países se hubiera reducido muchísimo si hubiéramos estado mejor preparados. Porque otro o aspecto que también tiene que ver que es el de la seguridad vial, del transporte público y cómo la gente va de un lado al otro, que ha estado totalmente desfinanciado en las últimas décadas en la región de las Américas, ha sido también uno de los puntos claves por los cuales no se pudieron reabrir antes comercios, los ámbitos de trabajo, porque el transporte no era adecuado. No es que no se adecuó a la pandemia, nunca fue adecuado en muchos países. La forma en que la gente viaja es indigna y se transporta de manera que no debería transportarse porque no se ha invertido en el sector. Entonces esto en principio, y obviamente lo que llamamos determinantes sociales y demás, mucho más de lo que nosotros podemos abarcar pero lo que vemos son todos estos ángulos que surgen y que la gente reclama. Y que definitivamente el impacto hubiera sido mucho menos si no hubiéramos tenido tal nivel de atraso, de inequidad y de informalidad en una gran parte de nuestras poblaciones. Todo esto agravado por los temas no suficientemente bien manejados en materia de interculturalidad, género, etc., que además agravan en particular para un grupo de población.

- Natalia: Excelente, gracias (ID 2, Foro 2). Gracias también por el tiempo de las intervenciones. Me parece súper importante lo que mencionás de esta gran brecha entre lo que es el derecho instituido y lo que es la implementación del derecho, y cómo podemos pensar formas y mecanismos de achicar esas brechas existentes porque claramente en el caso de Argentina hay un robusto marco normativo y grandes brechas, que eso seguramente escribió mucho (menciona a ID 3, Foro 2). Ahí ya la veo con la mano levantada.

- ID 3, Foro 2: Sólo agregar una cosita a esto que decía (menciona a ID 2, Foro 2) que me pareció súper interesante. Creo que no sólo tenemos que preocuparnos porque la próxima pandemia nos agarre mejor parados- porque ojalá que no tengamos una próxima pandemia- sino que tenemos que preocuparnos por lo que la pandemia nos dejó y las condiciones que vamos a tener de acá a 10 años. Pienso por ejemplo y, de nuevo, yo no estoy tan enfocada en trabajar temas de salud, pero pienso en niños y niñas con desnutrición- no sé si está bien dicho- con una mala alimentación. En niños y niñas sin ir a la escuela. Esto nos deja en esto que muchas veces sostenemos, que los derechos son reconocidos pero después hay que ejercitarlos. Para eso la educación es una herramienta clave, pero nuestros niños estuvieron dos años casi sin educación entonces eso va a tener un impacto dentro de muchos años cuando quieran hacer valer sus derechos. Me parece que ahí hay un punto interesante para pensar, no sólo para una próxima pandemia sino en esto que la pandemia nos va a dejar porque creo que no lo estamos notando tanto ahora sino que lo vamos a notar fuertemente dentro de un tiempo. Y otra cosa que yo pensaba en esto que decía Alejandro y que también lo planteaba Ernesto es no sólo pensar en las normas vinculadas a reconocimiento de derechos, digo ahí Argentina tiene mucho reconocimiento de derechos, sino también hay que pensar un poco en los procesos. En los procesos de cómo se forman esas normas y cómo se toman esas decisiones y creo que hay un punto ahí súper interesante. Podemos estar de acuerdo en que las medidas fueron buenas, malas, fueron…. Etc. Pero también hay un problema en cómo se tomaron esas medidas, ahí es un punto que podemos haber fallado en las medidas pero bueno, las tomamos colectivamente, nos equivocamos porque no teníamos información . Distinto es decir nos equivocamos porque las tomó una sola persona a su discreción, buena, mala, no importa pero sí a su discreción. Pero me parece interesante pensar esta idea de las herramientas procesales que tenemos para tomar decisiones.

- Natalia: Me parece excelente y en ese sentido después es un punto retomar también la participación en los procesos de tomas de decisiones, que ID 6 también ha trabajado eso en México pero que nos puede servir de referencia y sobre todo cómo los grupos vulnerabilizados no han participado salvo algunas excepciones en los comités de emergencia o en los protocolos también sobre las medidas que tenían impacto en su vida y en sus derechos. Está (menciona a ID4, foro2) con la mano levantada. (menciona a ID4, foro2), me parece importante si podés desarrollarnos un poco qué elementos creés que podríamos tener en cuenta para repensar estos marcos legislativos que nos permitan cumplir, o le permitan al Estado cumplir con el deber de prevenir, ¿no? Con esto de crear las condiciones para evitar estos daños, fortalecer el sistema de salud o qué elementos tendrías en cuenta normativamente

- (ID 4, Foro 2): Si, perfecto gracias. Comento rápido, una de las cosas que dijo (menciona a ID 2, Foro2), creo que en general el impacto está pero esta parece siempre una película repetida, del 2003, 2004, después de SARS se habló de reforzar el sistema de salud, reforzar la reglamentación. Lo mismo pasó con el H1N1, ébola, se invirtió en

reforzar gobernanza, en seguridad global, y como que queda todo corto. La voluntad y la capacidad de los Estados de mantener la atención en salud después de que hemos estado hablando de salud por dos años, va a haber una ventana, una oportunidad importante, pero va a ser chica para poder maximizar. Lo que hay que hacer es reactivar la economía- así lo ven los Estados, empezar a mover el aparato productivo de nuevo por el impacto que ha tenido. Pero eso quizás es parte de la segunda hora para discutir. Yo creo que obviamente si, cualquier pandemia, cualquier situación de emergencia pone el foco en problemas sistémicos que tenemos y siempre tiene un impacto desproporcionado en grupos vulnerables. Eso lo vemos en situaciones de emergencia, inclusive de medio ambiente, eso es algo claro. Creo que aquí el tema, cuando hablamos de derechos hay una forma de garantizar derechos discursivamente, y tener instrumentos que garanticen los derechos pero después hay que ver las políticas públicas que se diseñan para poder llegar efectivamente al goce de esos derechos. Y creo que en América Latina no necesariamente vamos de la mano. Se garantizan muchos derechos, los constitucionalizamos pero después la política pública no necesariamente responde cómo podemos construir sistemas que nos ayuden a lograr esos objetivos. Aquí hay un tema para mi importante que siempre lo vemos, bastante técnico y aburrido, pero es la capacidad regulatoria del Estado en América latina. Eso es algo que se está tratando de deshacer, en Brasil por ejemplo, tratar de eliminar esa capacidad regulatoria que es algo que se está tocando desde algunos grupos conservadores esa idea de que el Estado interviene y regula. Creo que en ese contexto sí vemos el sistema como un todo, es un debate que se ha dado mucho en cobertura universal de salud. Cuando hablábamos de cobertura universal la gente hablaba de qué se cubre en el sistema de salud, qué servicios tenemos que dar, cómo hacemos un paquete esencial de servicios. Muchas personas decían "cuando hablamos de cobertura universal también hay que hablar de prevención", de la otra dimensión que es reducir las instancias de uso del sistema de salud. O sea, dentro de eso creo que a veces hay respuestas incongruentes, la capacidad regulatoria del gobierno en muchos países está totalmente fragmentada.

Una agencia se supone que tiene el poder de hacer algo pero hay una legislación que le reduce el poder o no lo puede hacer. Esto lo conversamos a veces en el contexto de México, COFEPRIS, ANVISA también ha cambiado un poco la capacidad de regular temas de salud. Entonces creo que esta debe ser una oportunidad para tener una visión más amplia y decir, bueno, veamos nuestro sistema, qué funciona y qué no. La parte de garantías que es importante y cómo lo repensamos no sólo para tratar enfermedades sino para prevenir. Si esta pandemia nos ha demostrado algo es que nuestro sistema de salud no puede lidiar con un aumento significativo de enfermedades. El tema de enfermedades crónicas es lo que trabajamos muchos, y es otra pandemia silenciosa olvidada que algunos países avanzan. En el contexto de la pandemia en Argentina se está discutiendo una ley de etiquetado de alimentación saludable, ha habido otros países que han avanzado con alguna iniciativa, pero no es algo que necesariamente mueva al mismo nivel que ahora la pandemia. Eso va a tener un impacto fuerte en los sistemas de salud, no vamos a poder. Algunos colegas que hacen investigación más de campo, un montón de cánceres que se pueden prevenir por screening, se ha suspendido mucho de eso, va a

significar un aumento en prevalencia de enfermedades que normalmente se pueden capturar de manera temprana. Entonces yo creo que es necesario pensar en este contexto el discurso de derechos es muy importante y central y es parte de nuestra idiosincrasia latinoamericana, pero también verlo como un objetivo, cómo logramos garantizar eso. Y ah´pi es pensar en otros instrumentos que no pasan necesariamente por temas de derecho. Me acuerdo una vez que la OPS me invitó en Perú a hablar de tabaco y DDHH, y yo hablé exclusivamente de impuestos. Impuestos de tabaco como una de las medidas más eficientes para lograr ese objetivo de …. no tiene nada que ver, no hablé de estándares, no hablé de los tratados. Sino de cómo diseñamos un sistema impositivo que verdaderamente tenga un impacto y que idealmente te ayude a refinanciar el sistema de salud. Yo creo que pensar en sistema como un todo, no sólo en salud. Porque si hablamos con salud siempre hay alianzas, siempre hay puentes, pero el gobierno a veces tiene un nivel de fragmentación- no vamos a decir esquizofrenia- pero no actúa como un todo para lograr los objetivos que perseguimos en este espacio de salud.

- Natalia: Excelente lo que comentaste (menciona a ID4, Foro2) inclusive en relación también a lo que ya habías… En algunas conferencias estuve escuchando, en relación a esto, la regulación del sector privado que tiene tanta influencia sobre la salud de la población y en particular enfermedades crónicas no transmisibles. Está (ID5, Foro2) con la mano levantada, (ID1, Foro 2) y alguien más, pero salen tres personas.

- ID 5, Foro 2 : Qué tal. A ver, yo creo que estamos abriendo tema, estamos en el momento de abrir temas y no de cerrar y está todo bien. Me parece importante esto que están discutiendo, que una cosa es hablar de derechos, y es genial hablar de derechos, pero si no hablamos de cómo hacer efectivos los derechos vamos a seguir tropezando con la misma piedra. Y el tema del marco regulatorio y la falta de capacidad que tienen los Estados latinoamericanos para hacer efectivos esos derechos, más allá de si hay o no restricciones financieras es clave.. Quizá en términos de construir una agenda uno lo que tendría que pensar es por qué sistemáticamente nos tropezamos con esta piedra, qué es lo que estamos haciendo para que todo el tiempo nos pase esto porque muchas de las cosas que se plantearon, suscribo a todas, pero son cosas que ya sucedían: la situación de las cárceles, la situación vial. Son todos elementos que estaban previos a la pandemia y lo único que hace la pandemia es recrudecerlos. Entonces ponernos a pensar qué es lo que aprendimos durante la pandemia y qué es lo que nos puede servir para discutir una escena futura me parece que es un tema clave sabiendo que el eje regulatorio es un desafío y desde dónde vamos a tener que trabajar.. Y digo, poniendo esto en esta conversación en este grupo en particular, quizás nos tendríamos también que poner a discutir cuál es el rol de la multilateralidad en esto, qué hacen los organismos multilaterales, qué hace el tercer sector, las ONG, la sociedad civil. Más allá del reclamo de derechos que me parece genial, cómo hacer para empujar una agenda que nos saque de esta situación que vemos en la que ya estábamos. No hay forma de que un sistema de salud reaccione bien ante una pandemia, porque ningún sistema de salud está preparado para una pandemia. El tema es una vez en la pandemia, cómo los resortes que uno tendría que haber tenido operando previamente, lo hacen eficientemente o no. Ahora,

una vez que ya estamos dentro de la pandemia lo que querría ver es cómo aprendemos de esto para no tropezar otra vez con la misma piedra

- Natalia: Me parece genial seguir abriendo, porque es momento de abrir. Y como comentaba la otra vez, Boaventura de Sousa Santo habla de la cruel pedagogía del virus, aprendemos a los golpes y por eso también son tan valiosas estas instancias para que podamos pensar con otros y otras. (ID 6, Foro 2) tiene la mano levantada y (ID1, Foro2).

- (ID 6, Foro 2): Si, creo que ha sido muy importante el encuadre que inició Alejandro. Y en ese sentido también me gustaría poner en la mesa estas dos conceptualizaciones que hemos hecho, y que eso también implica, es la raíz de esta problemática de las inequidades y las desigualdades sociales. Por un lado, el concepto de gobernabilidad, que es el equilibrio que va a existir entre las demandas sociales y la capacidad del sistema político para responder a ellas de una manera legítima y efectiva. Y por la otra parte tenemos el término de la gobernanza. Esto es de los hechos sociales, de los procesos colectivos y que ahí vienen estas reglas del juego tan ampliamente sistematizadas en los sistemas regulatorios, pero que a la hora de ponerse en práctica entrar todos los mecanismos informales, y ahí es en dónde radica yo creo el principal problema de por qué al llevar a la implementación todo aquello que está muy bonito descrito en los documentos, ya no es posible tener un alcance que quizás se había predicho. Y el problema radica aquí en estos asuntos públicos, en la convergencia de múltiples actores. Y que esos actores corresponden a diferentes intereses Yo creo que ese es el principal lío que podemos encontrar. O al menos en nuestro país, en México, hemos visto cómo esta estructura que es como decimos, el mal siempre está, pero la pandemia lo vino a visibilizar en la magnitud máxima que podríamos considerar. Y lo que estamos viendo, el sistema de salud que es una estructura segmentada y fragmentada, como las dos cosas. Tenemos diferentes estructuras, instituciones. Pero también entre las instituciones tenemos diferentes niveles de alcance en la atención médica. Entonces esta complejidad es muy visible a la hora de ponerse de acuerdo para tomar una acción. Y en ese sentido creo yo que el sistema, al menos en mi país, ha sido muy reactivo. Y el sentido de estar haciendo este análisis de cómo se están tomando las decisiones creo que radica en cómo podríamos hacer o rehacer un sistema sustentable. Yo creo que es complicado tenerlo preparado, es muy difícil decir, estar preparado para. Sin embargo creo que sí debe existir el diseño de una política sustentable para los sistemas de salud, y que radica no nada más en la parte de recursos, sino cómo se accede a ellos y cómo gastamos en ellos. Entonces creo que ese ha sido el meollo de estas inequidades que surgen por un lado, la falta de la responsabilidad de los diferentes actores en el escenario, y por la otra, la falta de capacidad para poder acceder y diseñar políticas sostenibles y equitativas. Yo creo que el marco regulatorio está sobrestimado, muy ideológico, muy lejos de considerar la cuestión real que se vive al interior de las comunidades. Entonces creo que ese sentido va a perseverar si no hacemos algo al respecto. Yo creo que no es modificar marcos regulatorios, sino realmente cómo hacer que se cumpla por lo menos el principio que genera toda esta cuestión regulatoria. En este sentido, es una sola palabra: acceso. Osea, cómo hacemos que se tenga acceso a

todo aquello que se ha descrito en las políticas públicas, en los marcos regulatorios, que están muy bien regidos ahí en el ámbito constitucional, en la ley general de salud. Ahí se dice que la gente tiene derecho a recibir servicios de calidad, atención en todo el ámbito que se refiere a salud. Sin embargo en la realidad cómo hacemos para que tenga ese acceso efectivo, ese es el lío. Y la otra es que una política reaccionaria es temporal y no es sustentable. Y creo que la pandemia ha vertido esta forma de ir actuando, conforme va el comportamiento epidemiológico, los actores van respondiendo a ello, y no un plan definido que incluya la evaluación de todas estas decisiones. Y creo que eso es lo importante, porque cómo vamos a saber, a comparar, a generar un diseño que realmente responda a estas necesidades si no contemplamos lo que se hizo, qué es lo que se alcanzó. Y por la otra todo este componente que bien comentaba Daniel me parece, el componente de los determinantes sociales. Y que realmente las políticas de salud responden a aspectos epidemiológicos pero no integran toda esta parte de los determinantes sociales. Eso es lo que quería comentar. Y quizás más adelante hagamos un poquito de cómo las capacidades de los actores que toman decisiones realmente juegan un papel importantísimo en los alcances de estas medidas que se han implementado

- Gracias (ID 6, Foro 2). Vamos a compartir después los documentos que fueron elaborando, tanto los organismos como los distintos participantes de este foro porque es interesante también las conclusiones y algunos diagnósticos que están elaborados y son más robustos digamos. Ahí está (ID1, Foro 2).

- (ID 1, Foro2): Gracias, Natalia, muy interesante. Yo quería tratar de unir algunos puntos de la discusión que se estaba generando y por lo menos resaltar mi posición al respecto. A riesgo de esquematizar, pero partiendo de una perspectiva de derecho, partiendo de que tenemos referencias claras, ya sea a nivel internacional, global, incluso reconociendo como decía Alejandro que todavía falta avanzar en las legislaciones nacionales incorporando esa perspectiva, también deberíamos reconocer que nuestra región cuando uno hace un análisis comparativo en cuanto a innovación de estos marcos jurídicos ha sido una región que se ha movido bastante. Creo que una participante lo planteaba. Hemos sido una región que ha incorporado bastante, no digo que en forma completa, no digo que alcance,pero hay una agenda de incorporación, obviamente dependiendo de la dinámica política de cada uno de los países, pero incorporándose derechos en cada uno de estos marcos. Sin embargo me parece que hay un punto fuerte en común entre todos que es un desafío. Más allá de que la perspectiva de derecho es el eje vertical, más allá de que todavía falta,pero pareciera que no hay un avance suficiente sobre el cómo y ahí yo me quiero detener un poco. Porque desde mi punto de vista cuando estamos hablando del **cómo** es de las capacidades que tiene el Estado para responder, para garantizar tales derechos. Uno podría decir que tiene más o menos marco normativo, en lo personal, (menciona a ID 5,Foro2) yo creo que hay que seguir trabajando sobre el marco regulatorio. Es necesario pensar mecanismos de accountability, garantizar la aplicación no tengo ninguna duda. Es necesario hacerlo teniendo en cuenta mecanismos de rendición de cuentas, generando mecanismos en

donde uno articula y le da voz, voto, fuerza y poder a la sociedad civil, también en esos procesos, me parece que sí. Y al mismo tiempo quiero destacar por lo menos desde mi corta mirada, dentro de los sistemas de salud, niveles de fragmentación institucional por parte del Estado que son mayúsculos. Tenemos a veces incluso innumerable cantidad no sólo de derechos reconocidos sino de políticas y programas formulados pero con una muy escasa capacidad de articular esas respuestas frente a una bomba como fue la cuestión del COVID. Porque la cuestión del COVID, las palabras de (menciona a ID 2, Foro2) que nos llevó de una temática a otra, nos dio eso el COVID. Nos puso sobre la mesa que cuando hablábamos de salud no hablábamos solamente de servicios individuales y que los elementos determinantes no sólo sociales, económicos, políticos, todos estaban presentes a la hora que el Estado trataba de responder. Y esto que es una reunión privada, mi punto de vista es que es un gran fracaso de los Estados nacionales de América Latina para dar esa respuesta. Lo hicieron como pudieron, si, con la evidencia que existía, cada uno interpretó esa evidencia como podía, si pero yo creo que es muy riesgoso hacer un análisis de la efectividad de estas respuestas, más ahora. Es difícil comparar con otras regiones porque son contextos, incluso, culturales muy diferentes. Yo me arriesgaría a decir que hay un gran fracaso. A veces nos cuesta, porque cuando uno lee esos comentarios muy críticos parecen reservados a la visión crítica sobre un gobierno particular. Pero hay un común denominador, nuestra región por distintas razones, cada uno de los países, en el norte y el sur, en el continente y en el Caribe, hay un nivel de fracaso en esa respuesta muy grande y a mi me parece que lo que da cuenta, la incapacidad que tiene el Estado para responder en forma integral. En otras palabras, yo creo, poniendo mucho eje en lo que son para mi las capacidades que es un problema que tiene el Estado, y hablo de los Estados nacionales. En un momento (ID 5, Foro2) dijo que hay que hablar del otro sector, de los espacios más regionales, si lo vale, cuál es el rol que tienen. Creo que todo es parte del problema. Ahora, la debilidad que tienen nuestros Estados es impresionante. Y la debilidad de construir una agenda. Porque esta fragmentación hace que cada uno se agarró en un solo país, en una sola provincia. Salvo excepciones, lo que había era múltiples agendas fragmentadas tratando de responder en función del sistema político. Yo diría que había en cada lugar, incluso más allá de la estructura institucional, esa es un poco mi opinión. Sobre todo esto, es que – no quiero ahora dejar de mencionar- de eso se trata el tema de funciones esenciales de salud pública. Buscando un abordaje que sea integral. Esto que planteaba (ID4, Foro2) en un momento, no quedarse sobre los servicios individuales, tener una mirada que incorpore la prevención, la promoción. Si sobran experiencias **de la** reforma de los sistemas de salud en nuestra región, son reformas basadas en el aseguramiento y en la definición de paquete de servicios, prácticamente en su mayoría de servicios individuales. En ningún caso hay una integración de esa respuesta, no sólo con con otros tipos de intervenciones para que esté en teoría en ese paquete de intervenciones. Quién coordina, cómo se coordina toda esa respuesta, eso no está presente en las reformas. Que si algo abunda en nuestra región son reformas que carecen de esa capacidad integradora y de poner el centro sobre el rol del Estado. De esto se trata el tema de funciones esenciales en salud pública porque da cuenta de esa integralidad. Son asumidas más que intervenciones, como de las capacidades del Estado. Y para mi eso es uno de los ejes. Y no quiero dejar

de mencionar que la semana pasada se aprobó en la OPS., aprobada por todos los países, una resolución que tiene que ver con el establecimiento de sistemas de salud resilientes que apunta a esto, a pensar cuáles son las líneas que deberían ser integradas en un contexto de pos pandemia y ahí está en ese marco, una de las cuatro está relacionada con fortalecer ese liderazgo, que a lo mejor puede ser una categoría prima. O parecida a este tema de gobernabilidad que planteaba ID6. Es decir, es necesario construir un liderazgo no sólo político sino en términos de rectoría por parte del Estado, mejorando todas las instancias de gobernanza. Y ahí me parece que nuevamente pensar el tema de capacidades es un tema clave. Yo no quiero extenderme sobre el tema de funciones esenciales porque aborda no sólo las formales, no sólo los recursos que son necesarios, no sólo las estructuras porque nada se produce en el vacío. Tenemos múltiples programas que están colgados de las palmeras. En los ministerios, en las secretarías, y no sin un mecanismo que se articule con la sociedad civil. A mi me parece que cualquier iniciativa puede ser válida en la medida de que nos pongamos de acuerdo con respecto a cuál es el problema, cuáles son los elementos que debían estar integrando esta agenda

- Natalia: clarísimo Ernesto, en relación a estas capacidades para tener en cuenta tanto la forma estructural, de supervisión o de desempeño. Ahí está (ID7), después también Daniel que también ahí me interesaría en relación a Daniel porque él estuvo haciendo una investigación sobre la gobernanza a nivel nacional que también da cuenta de todas estas problemáticas, inclusive plantea también cuáles son los desafíos. Pero en relación a estas capacidades que plantean las funciones esenciales de la salud pública, también dejó abierta una pregunta pero no sé si vamos a tener tiempo de analizar los condicionantes estatales que tienen y la estructura previa en la que deberían insertarse estas capacidades estatales. Eso lo dejo para el siguiente momento. (menciona ID7, Foro2), y después (ID 5, Foro2) y después está (ID 8, Foro2) que vi que levantó la mano.

- ID 7: Gracias Natalia, quiero pasar un avisito antes de entrar en materia. El proyecto que estamos haciendo está dividido en tres grupos. Este es un grupo que está bajo la coordinación de Natalia. En los otros dos grupos están los coordinadores en Colombia, uno que tiene que ver con acceso a la justicia y el otro con la respuesta social a la crisis. Este grupo trata más bien temas de salud, siendo la pandemia, un problema de salud, uno de los grupos centrales. Entonces pasado ese aviso informativo, quiero agregar que hace dos días sesionó el segundo, no sé si el primero, segundo grupo de acceso a la justicia. Y se ha constatado allí mucha presencia de gente conocedora de lo que está pasando en la justicia. El completo fracaso de la justicia en influir sobre procesos de respuesta estatal a la pandemia. Hemos estado analizando ya antes la problemática del acceso a la justicia en América Latina y se confirma plenamente lo que ustedes en las intervenciones mencionaron. La cosa no es que haya surgido ahora el problema de acceso a la justicia, existía mucho antes, explotó, se hizo evidente y empeoró a tal punto de que se habló en ese grupo de un fracaso estrepitoso y hubo caracterizaciones bastante más fuertes. El problema que surge ahí, que se ha analizado y tendremos que seguir analizándolo es la cooptación o la captura del poder judicial por parte del poder

ejecutivo. Eso es u fenómeno que se ha producido casi en toda América Latina con o sin estado de excepción, con o sin violación de los principios constitucionales, con o sin violación de leyes y otras cosas. Pero se estableció que siguió funcionando el sistema de justicia, pero restringido y los propios jueces más atemorizados que las víctimas de la pandemia. Fueron los primeros que se encerraron en sus casa porque no se querían infectar en los tribunales. Entonces si uno analiza los tres poderes del Estado en esta situación, uno quedó en esa constelación, un poder quedó muy fortalecido y el otro muy débil. Si agregamos a los parlamentos, eso fue muy interesante de ver, que el ejecutivo gracias entre otras cosas a la debilidad del poder judicial hizo lo que quiso con los parlamentos. No siempre, no se repite en cada uno de los países y además toma formas diferentes. Pero la conclusión de esto fue que ha habido en América Latina, no es el caso de Europa. No me voy a meter al cuadro comparativo universal pero en América Latina en algunas partes los poderes ejecutivos se han aprovechado para hacer negocio y para proliferar la corrupción y dejarle campo abierto al narcotráfico y a la criminalidad dejando sin protección a quienes debieron precisamente habérsela dado. Pero el asunto que ahí se planteó, no se discutió porque es difícil discutir estos temas. Pero se plantearon y cada uno de los participantes en la medida en que le interesaba lo formuló, que efectivamente había que preguntarse hasta dónde llega el poder del Estado. Porque se ha establecido que han hecho a través del estado de excepción, ocn o sin la mayor parte ocn pero con diferentes grados, una violación de los derechos establecidos pero que nadie se la había soñado antes. Como ya se dijo, el estado de realización, de materialización de los DDHH a través de los sistemas de justicia y de sistemas políticos en América Latina es deficiente.

En esta pandemia, no sirvió la concentración del poder en el Estado. Y ahí tenemos el problema: son Estados débiles que no supieron responder a una racionalidad médica o científica de la pandemia. Son tan poderosos, que prefirieron monopolizar por el ejecutivo, y dentro del ejecutivo por partidos políticos, o por posiciones políticas, son débiles o poderosas. Y ahí yo me pregunto lo que ustedes- y no quiero discrepar, sino que es una pregunta- la mayoría de los planteamientos anteriores me da la impresión de que se necesita un Estado más coherente, más racional para implementar políticas de salud que respondan a las necesidades de los DDHH, de la población. Pero tenemos la contradicción de que ya más poder para los Estados para hacer política.. Se tiene que politizar la salud, o no se tiene que politizar, cómo se politiza, en qué sentido se politiza, cuál es el rol de la política en los planes de salud. Y ahí si me hago una pregunta. La política, no como política sectorial, sino como un fenómeno social. Yo me hago la pregunta: ¿Existe una visión técnica y una visión compartida, se puede llegar a un consenso sobre las políticas de salud en la sociedad dictadas científicamente? ¿O qué tenemos que hacer para que incluso quienes gobiernen acepten los principios? O discutir los principios. No quiero alargarme pero yo tengo la impresión, y lo hemos conversado, que, en general, médicos y el sector de salud ha tomado una posición represiva frente al fenómeno del virus. Brasil ha sido víctima de los pensamientos libertarios de una persona que quiere desarticular todas las instituciones para acumular personalmente el poder, pero en otras partes todo lo que es el sistema de salud ha sido tremendamente represivo. Y muchas de las campañas de terror con las que se han movilizado, de miedo, el miedo al

virus propagado desde el sector de salud, tomándolo amplio, les pregunto, o lo visualiza más, eso ha a jugado un papel fundamental para que en el ejecutivo algunas fuerzas políticas manejen eso para concentrar ellos el poder. Pero no para favorecer el sector de salud después, sino que lo contrario. Para hacer sus cosas como ellos quieren. Ya no digo que me parece esto de las olas, pero eso ya es una impresión personal, de que muchas de estas olas son inventos de la industria farmacéutica. Hasta ahora no he leído ningún informe del cual yo pudiera confirmar, del cual yo pudiera decir "no es cierto". Termino con la pregunta en realidad, y lo planteo así Foucault se dedicó a , nunca vivió pandemias como esto… puso la biopolítica en el centro de la gobernabilidad. Para mi, esta biopolítica, cómo se ha combatido la pandemia, es ejemplo de biopolítica. La concepción de la biopolítica ha sido correcta o ha sido incorrecta. ¿No es que también la OMS necesita repensar sus lineamientos? que como se dijo mucho no le hicieron caso. Pero había lineamientos que uno sabía que no le iban a hacer caso y siguieron existiendo. Bueno, la OMS seguramente no es una institución que pueda cambiar las regulaciones internacionales, pero es parte de y muy importante. Y ahora el nuevo reglamento sanitario internacional promete poner cierto orden, ojalá. Bueno, dejo hasta ahí mi acotación Me gustaría conocer la opinión de ustedes, cómo perciben este fenómeno que, creo que usted Alejandro lo dijo, son realmente son complejos.

- Natalia: Ahí está con la mano levantada (ID 5, Foro 2) y (ID 2) y (ID3) y (ID8) antes también. Creo que Daniel estaba en diálogo con lo que venía hablando (ID1). Igual retenemos también la pregunta (ID 7), si quieren.

- (ID5, foro 2): A ver, hay tres temas acá que se plantearon y me parecen súper interesantes y ponerlos en diálogo. Uno es el tema de la política y las políticas, esto que en inglés es más fácil, politics y policies. Uno se encuentra con países de América Latina con distintos colores políticas en el gobierno haciendo barbaridades igual. O sea, no es un tema de un color político gestionar bien o mal la pandemia. Por el otro lado, los temas que tienen que ver con la gestión de la pandemia, si bien al principio estábamos decidiendo bajo incertidumbre total, uno salía a la calle y no sabía siquiera cuál era el mecanismo de contagio. Y uno entraba a la casa y lavaba todo en el lavarropas, lavaba con detergente las manzanas. Sea, hay algo de que todavía no sabíamos de qué se trataba. Pero más allá de la discusión de que los colores políticos no mostraron heterogeneidad en gestionar la pandemia, hay un tema y es que la técnica, no el político sino la técnica no tuvo capacidad de poder organizar una estructura de respuesta. Y esto nos interpela a nosotros. Y me parece importante plantearlo. Y ahí aparece un tema que varios de nosotros estuvimos diciendo en la ronda anterior y es que no tenemos mecanismos de definición de prioridades como sistema de salud. Entonces lo que hacemos durante la pandemia es definir prioridades a velocidad. Y no hay forma de definir prioridades a velocidad. Y yo creo que la razón por eso, más allá del argumento que planteamos sobre diversidad de actores y los distintos poderes, y yo creo que ahí entra todo el tema de gobernanza y de cómo cada uno de los sectores opera en la agenda- estoy de acuerdo con eso. También hay un tema de que las prioridades requieren evidencia y nosotros no tenemos mecanismos de evaluación sistemáticos de

nada. Cuando uno se pone a mirar incluso los programas más conocidos de la región desde la perspectiva del sistema público, las evaluaciones son bastante pobres, sesgadas, no nos permiten aprender incluso lo que no hay que hacer. Entonces, ante la homogeneidad de reacciones más allá de la política, perdón, ante la falta de correlación entre color político y respuesta, y ante la necesidad de fortalecer la respuesta técnica y esa respuesta técnica implica tomar decisiones a velocidad, claramente ahí hay un espacio en el cual deberíamos empezar a conversar. Ese es un punto que me parece clave. El otro, y que tiene que ver con esto que hablábamos del poder del Estado, si nuestros sistemas son segmentados, , el poder del Estado se licua enormemente incluso al punto de manejo de información para la toma de decisiones. Si las clínicas privadas no muestran sus datos al sistema público provincial y el sistema público provincial, estadual, departamental, dependiendo del país tiene un sistema propio de información y de cansadas carga en el sistema nacional, la toma de decisiones es muy complicada. Y esto para terminar. En un espacio donde los sistemas de salud están muy fragmentados, se demanda mecanismos de coordinación profundos. Si eso no existe de antes, se complica porque tenemos que coordinar a velocidad sin tener experiencia de como hacerlo. Y como punto final es esto de la técnica y la interpelación a nosotros mismos y toda esta discusión que plantean varios/as de ustedes en términos de funciones esenciales. El tema de vigilancia epidemiológica, que es una de las cosas que nos enseñó OPS desde chiquitos, incluso como economista y que uno veía que formaba parte del ABC de las gestiones del sistema público, en términos de seguimiento y contactos estrechos en medio de la pandemia, no funcionó en ningún lado. Capaz que ningún lado es un montón, pero fue la regla no reaccionar. O sea, los sistemas de vigilancia que se supone que estaban ahí funcionando, operando, no lograron responder a las demandas de la hora. Entonces se suman a problemas que ya existían otros nuevos que ya francamente nos sorprenden. Y sin entrar en la discusión de RRHH- clásico-, , funcionamiento de redes- otro clásico, información para tomar decisiones, un best-seller del sistema sanitario latinoamericano. Y paro acá, gracias.

- Natalia: Gracias (ID5). De lo que mencionaste, esto que decís, bueno, no tenemos mecanismos de definición de prioridades en la agenda de salud . A mi la primera pregunta que se me venía es bueno, pero sí hay alguien que está definiendo prioridades, y muchas veces termina siendo el sector privado y muchas veces a partir de una agenda neoliberal como decía ID1. Y mismo también en la situación de pandemia muchos de los Estados latinoamericanos recurrieron al endeudamiento como forma de enfrentar la crisis, con lo cual también aparecen todos estos actores económicos definiendo también gran parte de la agenda en salud. Y sobre todo en aquellas cuestiones que tienen tratamiento, cura y asistencia individual. Y en ese sentido la necesidad de… que creo que eso nos trae un poco Ernesto con las funciones esenciales, la mirada de APS y de fortalecer sobre todo los aspectos de abordaje más colectivos o más basados en las comunidades. También (ID2) mencionó esa necesidad histórica incumplida, y que ahí sí tenemos muchos indicadores en aquellos países que apostaron a una APS fuerte, tienen mejores indicadores de salud en casi todos los indicadores relevantes. Está (ID2) y luego (ID3) y (ID8).

- (ID2): Perdón, intervengo y ya saltó, el panel del que participaba ya empezó y lo tengo en la otra computadora y en 10 minutos, 5 minutos tengo que hablar yo. Entonces estoy paralelo ahora, esquizofrénico el asunto. Dos comentarios y después ya perdón por tener que irme. Uno es este concepto de sistema, enfoque sistémico y demás. Esto es algo que está todo el tiempo en el Estado. A mi me ha tocado mucho trabajar en la evaluación de sistemas de protección de infancia y siempre planteé lo mismo. De hecho, hace ya varios años me tocó coordinar la elaboración de una herramienta de indicadores porque queríamos terminar con esta discusión de que todo el mundo habla de sistemas pero en realidad el sistema no existe, está sólo en el título. Era muy interesante porque los propios donantes estaban cansados de que un montón de países y ONGs y UNICEF todo el tiempo decían "necesitamos Fondo de la Cooperación Española, esto lo otro, para reforzar el sistema". Y hacía 20 años que reforzábamos el sistema. Entonces dijimos, vamos a sacar una foto de estos sistemas. Y después te encontrás que los sistemas no funcionan como tal. Más allá del título el primer problema es que no se aplica un enfoque sistémico, y esta es la primera cuestión. Es decir, uno no sabe lo que hace el otro, ni siquiera hablar de la relación intrasistema , con el sistema de protección social, de justicia, de salud, educativo. Dentro del propio sistema, muchas veces ni siquiera funciona como tal. En salud lo vemos en muchos aspectos. Por ejemplo, una cosa que nosotros estamos trabajando mucho es todo el tema de rotulado, de labeling, de control, de sanciones por el tema de violación al código de leche materna, por el tema de tabaco y demás. Y algunos problemas que nos encontramos en algunos países donde la regulación es interesante, donde hay pero sin embargo no hay sanciones, no se actualizan las sanciones, las económicas son ridículas porque nunca se actualizan o directamente quien tiene que hacer ese enforcement, implementarlo no lo hace, o no dialoga con la otra parte, o es una institución con cierta autonomía del ministerio de salud y por lo tanto no hace lo que tiene que hacer, o no dialoga con el sistema de salud. Digo, hay millones de ejemplos de estos donde directamente no funciona como sistema y ya tenemos un problema muy serio que es que estamos llamando algo que realmente no es tal. Se mencionó varias veces la palabra, y recién (ID7) lo mencionó también, el tema de poder y de quién toma las decisiones. Y yo creo que acá también, y también Daniel lo mencionaba y mucho tiene que ver con el trabajo que venía haciendo Ernesto con el tema de las funciones esenciales, esto es un tema clave: quién toma las decisiones. El no transitar a un modelo de toma de decisiones diferente, y al tradicional que ha sido la forma en que el Estado se ha manejado, donde-y yo lo vengo diciendo desde una opinión más personal, más allá de mi función actual en OPS, y lo vengo diciendo en tema de teoría política y cuando me ha tocado ser docente- el poder ejecutivo es el poder menos democrático de los tres poderes. Porque yo por lo menos del poder legislativo puedo ver en Internet el proyecto de ley que están discutiendo. Al poder judicial, salvo que sea una causa reservada, por lo menos puedo consultar el expediente. El poder ejecutivo muchas veces uno se levanta, y hasta los mismos funcionarios se levantan y ven en la tapa de los diarios el nuevo proyecto, o el nuevo decreto. Es decir, esa no democracia de la decisiones que se toman más allá de cuando se elige a los funcionarios, pero en el quehacer diario no es un poder de los más democráticos el poder ejecutivo. Y

no digo el de un país, como funciona en la mayoría de los países. Se toman las decisiones o cambian totalmente las decisiones, no de un partido político al otro, de un ministro al otro. Se viene trabajando, se trabaja 3 años en un sentido, por una razón cambió el ministro/a , tiene otra orientación, y se terminó el trabajo de 2 o 3 años . No hay sustentabilidad. Entonces, el cambio en la toma de decisiones, bajo un modelo participativo real, y no ficticio, y no de invitar a alguna gente de la sociedad civil a que diga algo una vez que la cosa está más o menos cocinada. Sino la verdadera cuestión del enfoque de derechos humanos donde se trabaja desde la elaboración, desde el diseño y también desde el monitoreo lo que se está haciendo, es esencial. Eso fue un termómetro muy interesante, una enorme cantidad de consultas que estando a cargo del regional de DDHH de OPS y OMS, con una oficina pequeña obviamente, muy pequeña, nos llegan todas las consultas que se hacen a través de oficinas de países. Y la mayoría de las consultas, excepto por la primera parte de la pandemia, eran sobre otros temas. Y otros temas eran ¿qué hacemos con estas medidas que están tomando?, ¿por qué toman esta medida? Y una de las cosas que uno podía percibir, es que si hubiera habido canales reales de consulta, algunas medidas hubieran tenido el nivel de consenso, porque claramente hay conflictos de derechos que se generan en todo momento. Pero el problema es que la gente se desayunaba con esas medidas de un día para el otro. Por ejemplo, en algunos países hubo medidas que tenían que ver con "vamos a proteger a los adultos mayores, que no salgan a la calle". Y podemos discutir sobre la razonabilidad o no de esa medida cuando todavía no había otras medidas que el distanciamiento social, pero no hubo consulta, no se le preguntó a la propia gente, no había forma de consultarlo porque no estaba involucrada la sociedad civil y no había representatividad de la gente. Entonces la gente siente que hay medidas que son autoritarias, aún aquellas que podían tener cierto nivel de razonabilidad,porque son autoritarias en la forma en que se toman. Más allá de la razonabilidad de la medida, lo autoritario es porque no se consulta y porque la gente se levanta a la mañana y se encuentra con una noticia que afecta en su vida. Las medidas tomadas respecto a se puede o no se puede ver a una persona en una situación terminal, despedir a un ser querido, un niño internado, la mamá el papá con un niño internado, un familiar cercano, son medidas que la gente no ha tenido la oportunidad de discutir. Y si no se puede, ¿cómo se consulta y cómo se comparte? explicando que esa medida es necesaria por tal motivo. Hay medidas que los países han tomado y después las han revertido después de un montón de discusiones. Por ejemplo, en Chile y en México que según la patente del auto se podía salir un día u otro, y hay países que es les ocurrió dividir por sexo, y los lunes salían los hombres y los martes salían las mujeres. Y lo primero que recibimos fueron queja por la cantidad de detención de personas trans. La policía salía y detenía personas trans y los ponía dentro de la comisarías, medida muy inteligente desde el punto de la pandemia, además de las otra violaciones de derechos. Entonces me cansé de recibir cartas de las diferentes organizaciones de LGTBI de trans siendo detenidos porque violaban la pandemia. Porque claro, el documento- sobre todo en aquellos países que no tienen resuelto el tema de la identidad de género- si no era hombre o mujer, los detenían. Claro, la pregunta que hacían era ¿y yo qué día salgo? Entonces, la cantidad de barbaridades que se producen a partir de la ignorancia y yo estoy seguro que quien pensó esa medida no

tiene mala intención, es que no tuvo siquiera en cuenta el tema, que ni lo pensó, ni se le pasó por la cabeza. ¿Por qué? Porque hay un aislamiento de los que toman decisiones de la realidad cotidiana. Y coincido plenamente con lo que se dijo recientemente, que no pertenece a un partido político, orientación ideológica, que pertenece a una forma de mirar el poder que está lejos de las decisiones de la gente y de consultarle a la gente. Porque si hubieran consultado, seguramente alguien le hubiera dicho "no, mirá, esa medida tiene un problema, que no estás considerando a un grupo de población, y la tenés que revertir". Entonces no dividas por sexo, tomá otra forma de ver como hacés para que no se te acumule la cantidad de gente que está en la calle en un momento determinado, o que está en los transportes públicos. Porque los que pensaban esa medida en realidad lo que querían era no cerrar todo. Pero queriendo hacer algo bien, hicieron todo mal. Y de hecho lo tuvieron que revertir después de una cantidad de denuncias. Pero en el medio hubo gente detenida, hubo gente golpeada en comisarías por el solo hecho de tener una orientación sexual y que su documento no decía ni hombre ni mujer. Y además el absurdo de en medio de una pandemia tener más personas dentro del recinto de una comisaría que obviamente no es adecuado para ninguna situación de pandemia. Y además de las violaciones de DDHH propias de esa detención, le agregamos una medida absolutamente insólita en medio de una pandemia. Entonces creo que tenemos que repensar la forma de entender la toma de decisiones y el poder. No es nuevo, está muy discutido hace mucho tiempo, pero creo que esto nos tiene que hacer reflexionar que si no consideramos fuertemente el tema de las participación en serio, formal, real tomando en cuenta tanto los medios comunitarios informales como los ámbitos de las ONG y la sociedad civil formalizadas para realmente discutir la política pública y discutir para dónde va y aprovechar además ese conocimiento que la gente tiene de su propio terreno, de su propia comunidad, lugar, no vamos a poder cambiar estas cuestiones. Porque como se está discutiendo aquí, lo que ha demostrado la pandemia es que los Estados no tienen capacidad de resolver estos problemas. Y tienen que volver a una lógica donde realmente la democracia incluya de otra manera, con descentralización, con delegación, con capacidad de discutir, porque además hoy lo online es un forma de poder incluir obviamente si incluimos mayor acceso, pero es una forma de poder incluir una mayor discusión, de poder llegar a más representatividad de diferentes maneras, llegando a los barrios, a las comunidades. Y también estableciendo diferentes formas de consulta. Yo creo que esa es una de las claves que no es nueva pero que esta pandemia la termina también de colorear. De decir, miren, dejen de tomar medidas apresuradas a las cuales claramente no tenían capacidad de respuesta, y que si hubieran consultado y hubieran prestado un poco más de atención, y claramente en el medio de la pandemia no pueden consultar lo que no tiene armado, porque no tenían a quién consultar, porque esas redes no estaban armadas. Pero si hubieran estado armadas hubiera sido muy fácil hacerlo. Y seguramente las ideas hubieran sido mucho mejor, las personas se hubieran sentido mucho más incluidas y hubiera habido mucha más sensación de ser parte de las decisiones, lo cual hubiera llevado a un nivel de conformismo y de ser parte de la solución del problema que no se percibió. Entonces la gente además de toda la crisis que le generó la pandemia, se ha sentido encerrada, vulnerada en sus derechos y víctima de decisiones arbitrarias,

autoritarias y muchas veces sin una evidencia por detrás. Y la verdad uno no puede culpar a la gente por ese sentimiento porque ha habido mucho de eso en donde un poco por desconocimiento y otro poco por decisiones inconsultas y sin tomar en cuenta la poca evidencia que se fue generando, se hicieron realmente barbaridades. Les vuelvo a decir, hubo un momento que el 70%, el 80% de las cartas, causas judiciales y consultas formales de cortes constitucionales de la región que yo he recibido ya no tienen más que ver con el tema salud, no tienen más que ver con vacunación, no tienen más que ver con el tema de test. Tienen que ver con las violaciones de derechos derivadas de medidas que son consideradas autoritarias en relación a COVID pero no en relación al aspecto de salud sino al otro aspecto. Entonces ese termómetro para mi es muy fuerte porque ya no hablo ni siquiera de una ONG, estoy hablando de tribunales constitucionales de la región consultando formalmente a la OPS sobre esos temas. Y eso cambia totalmente y está muy relacionado al tema de acceso a la justicia que ustedes mencionan. Le pido mil disculpas que me tengo que ir. Lo he forzado hasta último momento. Súper interesante y gracias.

- Natalia. Muchísimas Gracias (ID2). Ahí traemos también los principios que nos marca el derecho internacional en relación a Las medidas pueden ser malas pero si tienen una temporalidad, una proporcionalidad, obviamente lograríamos así la…

-ID2: Dicho sea de paso, no nos olvidemos que la mayoría de los países de la región también suspendieron el sistema de justicia. Lo cual, hay cuestiones que no son esenciales que no son suspendibles y una de ellas es el sistema de justicia. Varios países de la región prácticamente congelaron el sistema de justicia con una excusa de que sólo se tomaban los temas urgentes . Claro, la definición de "tema urgente"… es muy discutible entonces parte de eso es, no se pudo discutir, detenciones por pandemia, detenciones por cuarentena, personas que no podían transitar de una provincia/estado/región a otra cuando el tema de aduanas o límites internos es una prohibición prácticamente explícita de la mayoría de las constituciones de la región. **Hay una cantidad de situaciones que han sucedido y que no necesariamente están respaldadas en evidencia científica que es una de las claves de la posibilidad de suspender derechos por razones de salud pública como lo dicen los principios de Edimburgo.** Eso sumado a que el acceso a la justicia ya no estaba garantizado porque no estaba garantizado por pandemia ni siquiera en forma virtual en muchos casos, la situación es un grave combo y ya llevamos casi dos años.

- Natalia: Gracias ID2). Ahí está ID 3,ID 8 que estaba antes.

- ID 8, FORO 2: Gracias. Yo lo que.. el enfoque del análisis de la gobernanza sanitaria nacional y con implicancia regional que se ha desarrollado muy interesante, sobre todo con los expertos que está. Voy a tomarme de lo último que señalaba ID 2. Basado en el tema de gobernanza, el sentido de analizar, de repensar la toma de decisiones, repensar el concepto del manejo del poder desde el punto de vista de la gobernanza. Y ahí parto

de lo que decía (ID1, FORO 2), de las acepciones de gobernanza. Él tomó el concepto de las reglas de juego que es por supuesto un enfoque correcto. El concepto de gobernanza de salud global **que quiero** tomar relacionado con el tema nacional brevemente es, me refería a la toma de decisiones y al modo de conducción y dentro de eso a las reglas de juego. ¿Por qué es importante tomar esto? Porque la crisis sanitaria pandémica no es un tema nacional, es un tema global y no tiene solución nacional. Tiene diagnóstico nacional o regional pero no va a tener solución nacional. De manera que es parte de la convocatoria como se abre también el enfoque de la gobernanza de salud global diferente a la gobernanza global de salud. En ese marco, brevemente quiero referirme a un punto que señaló (ID4) que ya se fue. La debilidad de la capacidad regulatoria de los estados. Pero hay que partir por un elemento anterior, la debilidad de la capacidad regulatoria de la OMS y el sistema de salud global en el manejo de la crisis actual. La propia evaluación que hace la OMS para la asamblea 64 que se hace en mayo y la que viene es las debilidad del reglamento sanitario. Y Daniel lo decía muy bien con respecto a lo que pasó pues el modelo sanitario que se cuestiona en los países fue diseñado por la OMS, está en el reglamento sanitario, dura durante 7 años. De manera que en la capacidad regulatoria normativa con efecto administrativo, hay una debilidad en la capacidad regulatoria central. Y es un elemento que hay que analizar y considerar. Está planteada en la asamblea extraordinaria de salud ahora viendo si cambian el reglamento, o vana un tratado pandémico, hay diferentes posiciones pero seguramente que hay que llamar la atención que es importante también analizar la debilidad y la falla de la capacidad regulatoria central porque tal como decía (ID4), en los últimos 10 años han habido 7 epidemia. O sea, cada 2 años tenemos crisis epidémicas. Esta es la más grave. De manera que la posibilidad de una epidemia futura la tenemos. En ese marco, el reforzamiento de una capacidad regulatoria con participación de diferentes actores, con otros elementos está en juego también a nivel central. Y el segundo era, en ese plano de la capacidad regulatoria, yo creo que también lo insinuó (ID 5) pero me interesó mucho, que es el fracaso de la cooperación internacional. El modelo de gobernanza de salud global, los que lo definen, es la capacidad de articulación de actores también fragmentados de la salud global. Está la OMS, la OPS, la Fundación Gates, la Rockefeller, es un conjunto. Está el Banco Mundial, las ONGs importantes. De manera que la fragmentación que se da a nivel nacional existe a nivel central. Y en esa fragmentación hay dos tipos de liderazgo. Uno, tomando la palabra de Ernesto, un liderazgo que sea normativo, de reglas de juego, que es el que hace a la OMS. Pero esta pandemia desafió el liderazgo articulador que es la cooperación internacional y ahí hay un fracaso. Y el fracaso evidente, algo que dijo un ponente la vez pasada que es el tema de la vacunación internacional. La vacunación masiva demuestra el fracaso de la gobernanza y de la cooperación internacional hasta hoy día. Entonces creo que en ese sentido dos elementos de la capacidad regulatoria es la debilidad, no las jurídicas centrales porque los Estados obviamente no le dan todo el poder a la OMS, porque tiene un reglamento que lo han hecho así, pero también está la debilidad a nivel central. Y lo último porque ya se que están contra el tiempo es que en este cuadro a nivel de Estado nacional hay que repensar la gobernanza sanitaria y la capacidad del Estado no solamente del punto de vista del enfoque de política pública sino que la debilidad del derecho por supuesto,

sino también de los modelos de salud. Tú lo decías Natalia recién, no se puede pensar en la futura pandemia en que la debilidad está en el Estado general, puede estar más fuerte, depende. El concepto es el modelo de salud es preso de los sistemas de salud y eso no es neutro. Ni es neutro a nivel central, los debates de la OMS, ni es neutro a nivel nacional. Debate que se avecina, el tema de la atención. Puede haber diferentes enfoques, no es que abogue por un Estado de salud fuerte con salud pública, pero me inclino hacia la salud pública fortalecida con derecho ala salud garantizado y con un modelo que funcione. No hay muchos caos. Pero en ese marco, yo creo que el tema de la pandemia futura, en el debate de la gobernanza sanitaria nacional, hay dos aspectos que hay que considerar. Uno, que el modelo de la OMS y la OPS- Ernesto lo conoce muy bien- tuvo debilidades. El modelo sanitario de crisis trabajado acá, de vigilancia epidemiológica era un punto focal de la OPS y un centro de enlace nacional. Yo he trabajado en el Ministerio de Salud y muchos de ustedes lo conocen, un centro de enlace a nivel ministerio es un organismo administrativo menor, no tiene incidencia, no tiene poder. Entonces en ese plano, ese modelo de Estado sanitario de crisis de control epidemiológico, que no fueron capaces de controlar inicialmente, de meterse con el gobierno chino. En estos casi, es un modelo débil, está en cuestión el diseño del modelo sanitario en crisis. Y el segundo punto, yo creo que el modelo de salud. De todas maneras creo que una hipótesis que podrán discutir ustedes que son los expertos es que los modelos con atención primaria fortalecidos tienden a reaccionar mejor en enfrentar la pandemia porque permiten, digamos, si se fortalece la prevención con elementos a futuro, la prevención es clave. Pero la trazabilidad, el control del desarrollo de la pandemia es mucho más eficiente en modelos con sistemas de salud pública fuerte y modelos de APS, que el que plantea Alma Ata. Ahí me quedo, gracias.

- Natalia: Un montón (ID8) ahí. Nos quedamos más bien con el diagnóstico y seguiremos también para la parte de propuestas y lineamientos, pero igualmente van surgiendo formas de ir pensando. Así que sirvió esto también para empezar a delinear las propuestas. No sé si estaba antes (id 3) o (id1).

- (ID 3): Creo que estaba yo, lo mío muy cortito. Una pregunta que me surgió también a raíz de la intervención de (ID 7) que se hacía esta pregunta de cómo pudieron en nuestros países restricciones tan fuertes con este sistema de miedo, represivo que vos lo definiste. Y yo creo que ahí hay un punto interesante para pensar. Y para pensar también cómo se construye esta idea de gobernanza desde abajo, no sólo pensando desde arriba para abajo, al revés. Creo que nuestros poderes ejecutivos o los poderes que hayan sido pudieron mantener este sistema represivo porque la ciudadanía… cómo decirlo… El concepto de derecho a la salud también sigue siendo un concepto individualista por parte de la ciudadanía . Tampoco hemos logrado incorporar en todos nuestros ciudadanos/as un concepto más global de ciudadanía,más abarcativo, y creo que ahí hay también un problema del que nos deberíamos hacer cargo. Osea, para poder lograr que esto no nos vuelva a pasar, la ciudadanía tiene que estar empoderada, tiene que valorizar el concepto de salud o tener un concepto de salud un poco más amplia que la ausencia de enfermedad. Y me parece que ahí tenemos mucho para hacer, pensando en algún

tipo de propuesta. El empoderamiento de la ciudadanía en términos de qué implica el derecho a la salud me parece fundamental para que esto no nos vuelva a pasar. Que ese derecho a la salud lleva implícitos otros derechos, lleva de la mano el empoderamiento de derechos en general, con lo cual su vulneración sería un poco más difícil.

- Natalia: Gracias ID 3. Y si, es un punto a trabajar esta idea y estos paradigmas y modelos que están detrás también de las prácticas que implementa el Estado. Todos somos pacientes hegemónicos biomédicos y queremos siempre tener una respuesta del sector salud solamente para nuestros problemas de salud.

- ID 1: Ya que estamos terminando tampoco quiero reiterar mucho. Yo adhiero a los comentarios estos últimos de ID 3 y mucho a los de ID8 que planteaba antes. Es difícil en esta conversación y uno no quiere interrumpirlo, pero en términos generales concuerdo con su postura, con sus comentarios. Tomándome de la última parte que planteaba Liliana y también Alejandro antes, que es esta cosa de- según las palabras de Alejandro- cómo democratizar los procesos de toma de decisiones en el poder ejecutivo y los vinculo con Liliana que no solamente hay que democratizarlo sino hay que trabajar sobre cómo se debe empoderar la población también asumiendo la salud como un derecho y defendiendo. Yo me adhiero totalmente a eso. Las primeras veces que comenté estaba vinculado con esa línea. Pero al mismo tiempo yo no quiero desconocer… para mi el rol que ha tenido las dificultades de la capacidad técnica para responder por parte del Estado. Ahí yo creo que no hay que poner todo en una misma bolsa. Los Estados no respondieron todos mal de la misma forma. Y también me parece que estaba bien lo que planteaba Daniel, el agrupamiento no es por signo político,pero los Estados no respondieron de la misma forma. Los Estados de Centroamérica no respondieron de la misma forma que otros países de Sudamérica con Estados un poco más desarrollados. No quiero dar nombres, pero no respondieron todos mal de la misma forma. Mucho **depende** de la capacidad técnica para articular las intervenciones que se suponían en cada momento. Incluso sin desconocer determinantes muy importantes a nivel de salud global como planteaba ID8, las inequidades en la distribución de vacunas, el nivel de incertidumbre grotesco, hay Estados más o menos democráticos pero también hay un nivel de debilidad en algunos países en cuanto a resolver funciones muy básicas, como decía Daniel “bueno, asumíamos que la vigilancia sanitaria estaba garantizada”. Disculpen, no lo asumamos, no hay que asumirlo. Porque hay Estados que tienen capacidad de hacer rastreo y hay Estados que no tienen ninguna capacidad de hacer rastreo. Y estoy hablando de Estados nacionales. Tuve la oportunidad de leer tu trabajo y ese análisis al interior, a nivel subnacional es muy interesante pero no es sólo la heterogeneidad al interior de los Estados nacionales tratando de ver lo subnacional. Hay Estados que tienen dificultades extremas para responder y son parte de nuestra realidad regional. Y entonces o digo, no sé si alguno de ustedes la ha conocido, lo trabajaba mucho con Susana Martino, décadas atrás, pero me parece que no podemos subestimar las deficiencias de la capacidad técnica que tienen los Estados para resolver estos problemas, obviamente agravado por la incertidumbre, el miedo, la ausencia de

evidencia. Pero más allá de eso, las capacidades de respuesta fueron muy diferentes porque no existía esa capacidad de coordinación. Y yo ya sé que esa fragmentación, esa debilidad es parte de un elemento estructural de partida. Pero digo, algo de eso tiene que ser parte de la agenda para mejorar, no lo demos por supuesto.

-Natalia: Gracias, ID 1

- ID 5: bueno, primero el trabajo que mencionaba Ernesto fue entre provincias argentinas o sea que es una mirada muy pequeña. Segundo, lo que me pareció bueno de plantear esto de los colores políticos y la reacción técnica era exactamente eso, o sea, que no había un monopolio de los que lo hicieron bien y los que lo hicieron mal sino que uno ve que las reacciones no están alineadas a una ideología y no sé si eso nos tranquiliza. Creo que es más tranquilizador siempre apuntar para un lado. En esa dirección me parece que es importante ver que la respuesta técnica nos dejó afuera. Y el planteo de la vigilancia epidemiológica a mi me sirve para pensar que había cosas que uno daba por sentado, en el promedio regional y que no. De esto se supone que sabíamos, y no. Que América Latina tenía tasas de vacunación por encima del promedio de los países de su nivel de ingreso y resulta que no nos terminó de cerrar el modelo de vigilancia epidemiológica en promedio. Eso me parece que es importante. Y la otra cosa que planteaban hace un rato acerca del empoderamiento de las sociedad, y el rol de la comunidad, obviamente empoderar la comunidad me tienen ahí votando a favor. Hay un tema del vínculo entre la comunidad y el sistema de salud que lo tenemos que pensar de un modo un poco más crítico. Uno, el sistema no tiene ganas de entrar al sistema de salud, o sea, uno no quiere juntar millas para el sistema de salud. O sea que es diferente participar como comunidad en la toma de decisiones en otras áreas, a diferencia de lo que es el sistema de salud. Entonces probablemente el tema de la educación para la salud es algo clave sobre lo cual tendríamos que pensar, empezando con la educación en los colegios. Si todavía estamos discutiendo si la ESI- Educación Sexual Integral- es algo que tiene que hacerse, no y cómo se limita el asunto, imagínense en términos de fumar, drogarse, tener sexo sin protección, es parte de una agenda de protección, cuidado del medio ambiente, alimentación saludable, etc. Ahí claramente hay un espacio de avance que tiene que ver con la comunidad pero tiene que ver también con la forma en que los poderes formales interactúan con el sistema educativo, y generan prevención porque invertís en las generaciones más jóvenes. Desde una mirada económica incluso, invertir en educación en la niñez y en la adolescencia sirve porque vos estás generando una ganancia intertemporal, **educas** al que mañana va a tener hábitos saludables o no. Y la falta de educación en esos espacios lo que te hace es comprarte un problema a futuro.

- Natalia: Excelente, muchísimas gracias ID 5. No sé si tienen alguna reacción a lo que dijeron, ID 6, ID 7.

- ID 6: si creo que este foro da para muchísimas cuestiones mucho más amplias de debatir, lamento que sea un tema muy amplio y que tengamos tan corto tiempo. Pero algo que queda es esta forma de cómo diversos países han dirigido el acceso a la

información a la población en general. Y creo que aquí nada más quisiera yo recalcar el impacto que ha pasado en México al respecto. Es algo que igual algunos países lo hicieron, pero el caso de nuestro país es que, la sed de información que hubo, todo el tiempo, en todos los medios de acceso público a nivel nacional, creo que es una fortaleza, porque tener a la población empoderada revirtió esta forma de plantear políticas punitivas, que creo que fue en países con incluso mucho mayor poder económico que nuestras economías, pues bueno, es algo tan diferenciado porque creo que el resultado es similar, y nosotros no tuvimos nunca una medida punitiva. Aquí fue,las medidas… de hecho la propia población las adquirió en el sentido de que estuvo informada. Creo que estuvo inclusive más allá de lo que se había programado. Entonces, encontramos en ámbitos sociales mucho más desprotegidos, este acceso a la información y creo que esa es una fortaleza. Y la otra que también creo que puede generar esta evaluación que necesitamos hacer, como una partida para un siguiente foro, si es necesario documentar cómo se hizo todo este diseño de políticas y los resultados que hemos obtenido. Con el fin de no nada más demostrar la debilidad de los Estados como nación que es lo que nos plantea Ernesto, sino también de cómo poder sustentar exactamente esas debilidades, cuáles son esos focos que podemos sustentar para poder hacer la propuestas basadas en evidencia. Pero creo que sí es necesario más foros como este evento. Te agradezco mucho Natalia tu iniciativa. Ojalá haya más foros para poder participar. Muchas gracias.

- Natalia: Muchas gracias ID 6 y si, seguramente. En relación a lo que señalas ID 6 me parece muy importante estudiar también qué pasó en México porque justamente algunas de las medidas de distanciamiento, aislamiento de la comunidad no fueron tomadas de la misma manera que en otros países. Entonces me parece que hay ahí, cómo lograron apropiarse tanto la comunidad de esas medidas. Pero por otro lado también, el empoderamiento, la participación en políticas públicas de las personas requiere también instancias reales y no ficticias de participación, que eso nos pasa ahora todo el tiempo. Hay dispositivos tecnológicos para participar, para votar, pero en realidad no elegiste el tema sobre el cual participar. O mismo nos pasa con los sistemas de plebiscitos cuando en realidad no estamos eligiendo tampoco si queríamos plebiscitar eso o no y hay algo anterior en términos de modelos.

- ID7, FORO 2: Natalia, entonces no quiero decir la última palabra de ninguna manera, pero si quiero resaltar lo interesante de este intercambio porque recibir toda esta información y poder compartirla requeriría leerse tomos, porque hablando trata de sintetizar un poco aunque lo escrito es supuestamente más sintético. Pero creo que el esfuerzo que has hecho, quisiera destartalo.

- Natalia: muchísimas gracias ID7, FORO 2. Me parece que también un punto para abordar y que también va a formar parte del foro que ya lo hablamos también, es el de gobernanza económica porque es un tema. El modelo de financiamiento es un punto también súper crítico y el recurso humano tanto en salud, porque estas áreas de vigilancia que un poco lo comentó Daniel se relaciona y Ernesto también. Esto de no dar

por supuesto la vigilancia cuando sabemos que al interior de los ministerios tanto de nación, provincia y de las distintas ciudades, posiblemente hay una persona mismo también a cargo del reglamento sanitario en el país que no tiene ni siquiera un equipo al que mandar, coordinar y hablar Entonces eso es también un punto muy débil. El siguiente encuentro que vamos a hacer está vinculado y ahí están invitados todos y todas sobre el reglamento sanitario internacional, quiénes son los interlocutores, a quién le habla el reglamento pero también el valor como instrumento jurídico y las distintas problemáticas que tiene justamente para poder establecer algunos lineamientos que permitan mejorarlo en el caso de que haya una reforma, o también ya también desde el foro, un foro latinoamericano con expertos, expertas, pero también trabajándolo, tratando de buscar también la instancia para ser coherentes y consistentes con la participación social de las comunidades y grupos vulnerabilizados, también para ir validando, consensuando y estableciendo diagnósticos con estos grupos vulnerabilizados. Así que súper agradecida por la presencia y por dedicar este tiempo y espero que el objetivo inicial de no ser extractivista y solamente sacarle el tiempo, sino que se hayan llevado algo, me parece súper valioso de parte de ustedes. Así que muchísimas gracias. Voy a estar contactándolos y contactándolas para entrevistas

(saludos)

Título: “Problemáticas, implicancias y desafíos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), pensado desde el Sur Global”

Transcripción: Sesión 3.

Fecha: Jueves 21 de octubre (de 17 a 19 horas -ARG-).

Preguntas orientadoras

Primer bloque. ¿De dónde partimos?

- ¿Cuáles son las principales problemáticas identificadas en el RSI? (Problemáticas vinculadas al diseño, elaboración del RSI, implementación, definición de intervenciones, recomendaciones -temporales- y proceso de toma de decisiones, fuentes de información, notificación, comunicación, mecanismos de respuestas, procedimientos de supervisión, evaluación externas, autoevaluaciones, incumplimiento de la obligación de establecer las capacidades básicas de los Estados, centros de enlaces, sobre la conformación de los Comité asesores y de evaluación, rol de la OMS, rol del sector privado en la definición de la agenda y gastos extrapresupuestarios, entre otros. Tensiones entre la respuesta sanitaria para el control de la pandemia y el refuerzo de enfoques de securitización de la salud pública.
- ¿El RSI es un instrumento débil, en manos de un organismo intergubernamental deslegitimado, desde el punto de vista jurídico político?
- ¿La *centralidad de los Estados* plantea un obstáculo para el uso del derecho sanitario mundial y para la cooperación mundial?, ¿Cuáles son los paradigmas detrás del RSI?; ¿El RSI es un instrumento eficiente para la gestión de los riesgos y

prevención de enfermedades de relevancia internacional?. En su caso, ¿qué aspectos sería necesario revisar para pensar en una herramienta eficiente, efectiva, eficaz y equitativa de gestión y prevención desde el Sur Global?

- ¿Cuál es el rol de los Estados -nacionales y subnacionales- en la aplicación del RSI?,
- ¿Qué responsabilidad le cabe a los Estados por el incumplimiento de las obligaciones establecidas en el RSI? ¿Existieron situaciones que imposibilitaron a los países el cumplimiento del RSI por falta de capacidades básicas? (legislación, coordinación, vigilancia, respuesta, preparación, comunicación de riesgos, recursos humanos, laboratorios, entre otros).

Delineando algunas propuestas ...

- ¿Qué mecanismos de colaboración pueden diseñarse para el abordaje de las pandemias respetuoso de los bienes públicos comunes? ¿Cómo deberíamos avanzar en la institucionalización de un nuevo marco jurídico internacional para prevenir una nueva pandemia, tomando en cuenta el derecho sanitario internacional, y los principios de prevención, no dañar y debida diligencia?
- ¿Cuáles son los principales lineamientos que debería contener un nuevo Reglamento Sanitario Internacional pensado desde el Sur Global?; ¿Debería pensarse en un tratado pandémico que permita el tránsito a un documento vinculante y más fuerte?¿De qué manera podría abordarse o reflejarse en el nuevo instrumento los determinantes transnacionales? (Cambio climático, enfermedades infecciosas epidémicas, urbanización no controlada, cambios demográficos)
- ¿Debería contener regulaciones sobre los bienes públicos mundiales (BPM) (vacunas, tecnologías, medicamentos) y en consecuencia, consideraciones sobre la propiedad intelectual, patentes, compras, control de precios y financiamientos regionales?. ¿Qué principios del derecho internacional deben alentar el RSI? ¿Qué medidas -legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales- deberían adoptar los estados para la plena realización del derecho a la salud?
- ¿Se puede pensar en bases jurídicas para que la OMS adopte medidas de mayor alcance, más allá de los asesoramientos no vinculantes?

Inicio del diálogo: (transcripción literal)

- Natalia: bienvenidos y bienvenidas al Foro permanente sobre acceso a la justicia y derecho a la salud en América Latina en el contexto de pandemia. Mi nombre es Natalia

Echegoyemberry y lo que voy a hacer es coordinar y facilitar el diálogo en esta instancia. La idea es que podamos tener un diálogo lo más horizontal posible, si se quiere informal pero no por eso menos riguroso. Pero sí que tengan, si quieren y pueden, el audio abierto y que podamos... yo a varios y varias le envié preguntas orientadoras que son las que surgieron después de escucharlos y escucharlas, y leerlos, leer distinto material que fueron produciendo. Esas preguntas surgieron un poco de esa lectura, pero me interesa también que quizá surgen otras preguntas nuevas que tenemos que hacernos para pensar cómo prevenir y garantizar a su vez los derechos humanos fundamentales de las personas, y en particular de los grupos vulnerabilizados. Les voy a contar que este es un proyecto ejecutado por el Centro de Justicia de las Américas en conjunto con el programa de DIRAJus, la Agencia de Cooperación Alemana. El foro está pensado en tres instancias, se están dando en simultáneo. Una vinculada al derecho a la salud, otra al acceso a la justicia y otra a protesta social o reacción social. En este caso están convocados en el marco del derecho a la salud como el grupo de trabajo que yo coordino, y en el grupo de trabajo hicimos dos reuniones previas. Una vinculada a los alcances del derecho a la salud, si podíamos hablar de un contenido mínimo del derecho a la salud, qué pasaba con el derecho a la salud en un contexto permanente de crisis como los que atravesamos en Latinoamérica y en contextos estructuralmente desiguales. El segundo fue sobre desafíos de la gobernanza sanitaria local, regional y global, y este tercero que tenemos como muchas expectativas quiénes estamos en este proyecto, sobre las principales problemáticas, implicancias y desafíos de pensar un reglamento sanitario internacional, o la discusión de un futuro tratado pandémico. Nuestro primer propósito era generar está reflexión crítica profunda contextualizada en la región sobre las medidas tanto jurídicas como de gestión sanitarias para el abordaje de la prevención de futuras pandemias, desde una perspectiva latinoamericana. Lo que queremos hacer en este foro, es identificar las principales problemáticas y desafíos, y encontrar aquellos aspectos relegados de la discusión. Se ha discutido mucho el reglamento sanitario internacional (RSI) pero no todos tuvieron la misma voz, no todas o todos tuvieron la misma representatividad. Y nos interesaba tener elementos para un debate desde la región porque consideramos que la región también tiene que dejar de ser hablada, como señala ID1 , que se va a sumar en breve, desde el norte global. Pensar una visión propia. Y a partir de los distintos foros que desarrollamos, y de una revisión de la literatura que hicimos sobre el tema, identificamos estas propuestas que podrían robustecer el debate para la modificación de reglamento sanitario o el eventual tratado pandémico. Y lo que queremos visibilizar es la discusión sobre la regulación de los bienes públicos mundiales. Así que algunas cuestiones sobre la dinámica, va a tener dos momentos. La primera hora ,esperamos cumplir esto, pero igualmente vamos a ver cómo nos funcionan estas dos dinámicas, una vinculada a establecer diagnósticos, pero hablar de diagnósticos en un

foro de dos horas es muy ambicioso. Entonces queremos establecer al menos lugares de partidas en común, consensuar desde dónde partimos y qué problemática identificamos. y la segunda hora más vinculada a hacia dónde vamos. Qué oportunidad y desafíos encontramos desde el campo jurídico, sanitario, derechos humanos, y ver cómo podemos hacer hablar a distintos actores que no suelen estar sentados en la misma mesa. Lo que veíamos en los primeros foros es que hay un gran desconocimiento y está poco plasmado en lo que es la normativa, tanto del derecho internacional sanitario como del derecho regional, los lineamientos que vienen de la corriente de salud colectivas latinoamericana desde hace tiempo. Me está acompañando Camila también, va hacer una breve presentación
Vamos a presentar a los participantes un poco rápido para después dejar más tiempo para la discusión, el debate y para preguntarnos sobre lo que hay que hacer.

-Presentamos en primer lugar a:
Jimena Paz Aguilera, ella es de Chile, es médica, actualmente es la directora del centro de epidemiología y políticas de salud de la Facultad de Medicina.
Recién acaba de sumarse Fernando Tarapow de Argentina, él es abogado y profesor adjunto de derecho internacional público y Atlántico sur y Antártida, dos materias en la Universidad de Buenos Aires, en la Facultad de Derecho.
-Claudia Madies, de Argentina, es directora de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras del Ministerio de Salud y es directora del Centro de Estudios e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho en la Universidad Isalud.
-Gonzalo Basile, que no sé si se conectó pero es epidemiólogo y cientista social argentino, doctorado en salud internacional en la Universidad Autónoma de Barcelona, y es director del programa de salud internacional FLACSO-República Dominicana.
También está con nosotros Javier Palummo de Uruguay. Él es abogado y director de investigación y gestión de información, coordinador de la Escuela Internacional del IPPDH del MERCOSUR y es asesor del Consejo de derechos humanos y consultores expertos para organismos internacionales como MERCOSUR, ONU Mujeres, entre otros. -Alicia Yamin, doctora en derecho de la Universidad de Buenos Aires, directora del programa sobre Derechos de Salud de mujeres y niños en el Centro de Salud y Derechos Humanos en la escuela de Salud Pública de Harvard, y es profesora adjunta sobre políticas de administración de la salud.
También está con nosotros Helen Arhens (de Alemania), ella es directora del programa Regional de derecho internacional y acceso a la justicia en América Latina del programa de DIRAJUS.

-Robinson Vera de Chile, él estuvo particularmente en la sesión anterior también y es cientista político de la Universidad de Chile, especialista en derecho a la salud y ha participado como consultor en políticas públicas sanitarias.
-Alexander Schubert es consultor del programa de DIRAjus, también de la Agencia Alemana de Cooperación.
También se sumarán Alejandra Boccardo, investigadora de CEJA y también Marcos Fandiño, director de estudios y proyectos de CEJA.
- Natalia: Gracias Camila por la presentación. Algunos puntos de partida en relación al Reglamento Sanitario Internacional, a partir también de la lectura, como para que sean disparadores de la conversación y generadores de preguntas, y de nuevas preguntas para algunos inclusive de los presentes. El RSI si bien es considerado una piedra angular del derecho internacional en materia de salud pública y la seguridad sanitaria, el RSI no se ha cumplido implementado o ha tenido muchas falencias en la implementación. Existen problemas tanto de diseño e implementación, de control, del paradigma que está detrás. No regula sobre los bienes públicos mundiales, ni tampoco sobre los determinantes transnacionales. Encontramos un conjunto de problemas tanto vinculados a los organismos intergubernamentales, se ha dicho que sostuvieron un rol muy debilitado la OMS, con un instrumento que ha sido considerado débil. Y ahí nos dice ID1, justamente que es un "instrumento sin dientes". Pero es un instrumento débil que carece de un sistema de sanciones. Pero por otro lado, una gran tensión que seguramente sobre esta tensión nos va a hablar Gonzalo Basile, entre la respuesta sanitaria para el control de la pandemia, y el refuerzo de enfoques securitarios, y una excesiva centralidad también de los poderes ejecutivos que eso también es un punto muy importante para retomarlo en la discusión sobre un futuro tratado pandémico. Implementación, para organizar la respuesta pero sobre todo para la prevención de futuras pandemias. Los problemas que presentó el funcionamiento del reglamento sanitario a su vez ya estaban identificados por expertos y expertas en otras pandemias que tuvimos, no con tanto impacto ni tan extensas como esta ni tan global, pero si esos problemas ya estaban preexistentes. Por otro lado también existió debilidad del rol de los poderes legislativos y sobretodo judiciales en el control y revisión de las medidas adoptadas en el marco reglamento sanitario, y en cierta forma muchas de las medidas que se adoptaron en los países contradicen los principios del derecho internacional en cuanto a la razonabilidad, revisión, provisionalidad de la medida. Así que un poco este punteo rápido, me interesa escucharlos/las a partir de las primeras preguntas. Quiero que tome la palabra quien quiera. Después tengo preguntas dirigidas a cada una de las personas que están aquí sobre cuáles fueron estos principales problemas que presentó el reglamento sanitario internacional en este ciclo tanto de la elaboración como de la implementación, control,

monitoreo, de la parte participativa. Ahí ya ID 1 levantó la mano. Así que me encantó esa proactividad, ID 1 toma la palabra .

-ID 1, Foro 3: Muchas gracias. Bueno, primero agradecer la invitación en este grupo tan selecto de abogados y tener la oportunidad de ver nuevamente otra compañera con quien participamos de la negociación del reglamento sanitario, por parte de nuestros respectivos países, las dos fuimos delegada. Y fue un ejercicio muy interesante porque Sudamérica se presentó en un bloque y fue un trabajo que se hizo por mucho tiempo. Íbamos con una posición unitaria y un documento que fue acordado desde Venezuela hasta Chile. Incluso cuando presentábamos los mexicanos se acercaban a preguntar por qué ellos no eran parte del acuerdo que unía a todos Sudamérica, que era también reflejo de otro tiempo en nuestro continente. Bueno, yo soy médica especialista en salud pública. Tuve cargos en el gobierno, por eso representé a mi gobierno en la negociación del reglamento sanitario. Soy epidemióloga. Después fui funcionaria de la OPS. He participado, mi centro es centro colaborador del reglamento sanitario internacional, está designado como tal, Y participé en la comisión de examen del reglamento que recién terminó, y publicamos recientemente un artículo con el resumen del reporte. Y hay un reporte en extenso que tiene 70 páginas, que está publicado en la página web de la OMS. Yo fui parte del comité de revisión, por lo tanto mi opinión está reflejada en ese documento. Yo concuerdo en que la arquitectura global que veníamos trabajando en los últimos 20 años para tener un sistema que sea capaz de prevenir y controlar la transmisión internacional de riesgos y amenazas, como se habló en el reglamento, a pesar de que los sudamericanos siempre nos negamos a usar la palabra amenaza. Pero a pesar de eso sigue persistiendo. Se mostró débil, insuficiente para contener una situación como la emergencia de este virus. La articulación fue insuficiente y nos vemos en una crisis de largo aliento que no tiene precedente, y para la cual debería haber estado desarrollado este mecanismo. Y en la práctica lo que hemos visto es una ausencia de la coordinación global de la respuesta. Es decir, cada país ha respondido a su propia forma sin lo que uno esperaba que hubiera, esta coordinación global, también porque la respuesta inicial de la OMS fue muy débil y ningún país la siguió. O sea, el solo hecho de ver cuántos países no respetaron la indicación de no hacer medida de Frontera, qué son la mayoría de los países. O sea, una minoría de países siguió esa insistencia, esa recomendación. Después la inequidad en la disponibilidad de vacunas es la máxima expresión del fracaso de la arquitectura global porque en el fondo esa es la respuesta. El éxito que tiene arquitectura global al haber logrado las vacunas rápidamente es parte de lo que se ha logrado articular de compartir muestras, cómo detener los blueprints para el desarrollo de vacunas, y todo eso funcionó. Pero donde falló es en garantizar una distribución equitativa. Ahora, desde mi punto de vista y del grupo del comité de revisión, los factores que explican estos son múltiples y están a distintos niveles, no es

una respuesta simple. Comenzando por el escaso compromiso de los países, la falta de financiamiento y la transparencia. Y también la falta de compromiso de los países de haber fortalecido las capacidades nacionales en forma sostenida como la falta de compromiso en haber incorporado al reglamento sanitario a su legislación nacional. Por lo tanto es un instrumento legalmente débil porque sólo algunos países lo han incorporado y otros no. Entonces los que no han incorporado, no hay sanción, no hay mecanismos nacionales que persiguen en el fondo responsabilidad. Y a nivel internacional ni siquiera hay una forma suave de hacer ver a los países que no cumplen con él naming and shaming, tampoco existe eso .Eso hemos visto por ejemplo con la pandemia de H1N1, cuándo fueron los primeros países afectados, otros países cerraron el mercado a los productos de cerdo y no tenía nada que ver en la transmisión. Y esa lista de países que incumplían se conoce pero nunca se hace pública. Y así con las distintas actividades. Y otro elemento muy importante del punto de vista del comité de revisión, y voy a cerrar ahí solo para dar una entrada a mi punto de vista, es que la misma organización de la dirección de la OMS tiene pocos mecanismos en los cuales los países tengan alguna mayor injerencia en, justamente, los gatillos del Reglamento Sanitario Internacional. Para nosotros como comité no es un problema el reglamento, el reglamento para nosotros no tiene exactamente un problema de diseño, el problema es la aplicación, y que el gatillo y todo ese poder está en las manos del director de la OMS. Y el director de la OMS, ustedes ven la línea de tiempo, entre que está esta situación de emergencia, que hubo el primer informe alerta de análisis de riesgo de la misma organización que fue el 5 enero, hasta que él convocó al comité de emergencia, pasaron dos semanas. El recién vino a convocarlo el 20 de enero, entonces ahí también hay un período. Y que ya lo habíamos visto con el ébola, dónde la directora de la OMS en ese momento, entre que la enfermedad pasó a ser internacional porque pasó una barrera, hasta que ella convocó al comité de emergencia, pasaron 4 meses. ¿Por qué? porque los países afectados eran solo los países vecinos y aquí hay una diferencia muy fundamental - yo participo de muchos comités de la OMS- para nosotros los sudamericanos y para el hemisferio norte. Los europeos creen que algo es internacional cuando es global y afecta más de una región. Para nosotros es internacional porque puede afectar al país vecino, y por lo tanto me puede afectar a mí y por lo tanto yo estoy en interés de conocer qué pasa en el país vecino. Para ellos eso solo es una emergencia internacional cuando tiene un reflejo global. Entonces hay temas de definición, hay temas de la forma en que se ve el ámbito de la internacional, hay problemas en cómo el segundo artículo que define el fin y que en esa palabra, en esa descripción del fin hace un balance entre la protección de la Salud y él no afectar el comercio y el transporte, frase que no existía en las versiones previas de establecer un balance entre el viaje y la protección de la salud que a mí me parece inadecuada en todo caso. Y la forma en que el mismo secretariado maneja,

en que se desencadenan los mecanismos del reglamento, quién elige a los chair del comité de emergencia, quién elige a los miembros, qué información tienen para sesionar. Parte del comité de emergencia del ébola por ejemplo, fui parte del comité de revisión cuando se pospuso el tiempo para que los países tuvieran los requisitos básicos, y ahora en el comité de examen. Entonces hay muchas partes del mecanismo del reglamento que solamente están en manos del secretariado y que no tienen una posibilidad de que los países en realidad influyan mucho en eso. Entonces tiene cierta discrecionalidad, que nosotros la hicimos ver en 40 recomendaciones que hicimos en el documento y eso no lo quiero resumir acá, pero que nos hacen ver que en realidad lo que se necesita es un tratado que apoye la implementación del reglamento.
- Natalia: clarísimo ID1, FORO3, excelente el diagnóstico y después también les vamos a pedir si nos pueden proporcionar todos los documentos a los que hacen lugar así los compartimos entre todas las personas que están invitadas. ID2 levantó la mano, ID3 también. Y también lo que mencionaba en relación a la incorporación a la legislación del reglamento sanitario, y también la problemática que se genera a nivel subnacional aún cuando algunos países tengan incorporado en su legislación a nivel nacional, pero también el federalismo hace que la gobernanza a nivel provincial o subnacional sea también problemática para la implementación del reglamento

- ID 2 FORO 3: Bueno, un gusto y un gusto reencontrarme con ID1, FORO3. No es este el único espacio sino que a lo largo del tiempo participamos por nuestros países negociando reglamentos, sino que también nos hemos encontrado en otros foros como éste y también dentro de la OMS en sus distintas instancias. Y a mí que me tocó acompañar a mi país en distintas funciones, ya sea en alguno de los eventos del ébola o situaciones del ébola, también H1N1 y ahora en esta instancia a cargo de nada menos que de sanidad de fronteras, y siendo abogada, tengo una mirada que involucra el marco normativo. El motivo de este foro y el enfoque de derechos que Argentina llevó muy fuerte en la negociación del RSI junto con Canadá, fuimos los países que dentro de las discusiones que más insistimos sobre este enfoque de derechos. Encontramos que el reglamento en su redacción logró justo equilibrio, que este enfoque de derechos, este priorizar la salud también tiene que tener ese balance como contrapunto a lo que dijo ID1, y más como formada en derecho que es ver que la interferencia necesaria al tránsito internacional con medidas adicionales muy exageradas que pudimos tomar los países o no han generado también sus consecuencias. Entonces nosotros tenemos que tener en cuenta que cada país ha disparado sus medidas conforme a sus procedimientos, ha recurrido a medidas de necesidad y urgencia que fueron convalidadas por los poderes legislativos y a sus mecanismos, declaraciones de emergencia transitorias como cualquier medida de emergencia que ha restringido derechos en una forma proporcional a los

riesgos y como hemos visto los riesgos eran muy importantes. Pero me quiero detener en el sentido de que el reglamento vino a reemplazar un reglamento anterior que regula mucho lo que es el tránsito de medios de transporte y de personas a nivel internacional. Y no tenemos otra herramienta, se hizo a modo de garantizar a la OMS que iba a llegar a la mayor cantidad de países, es una de las ventajas que se le da al reglamento conforme a la Constitución de la OMS. Porque precisamente le estamos pidiendo a un reglamento más de lo que puede dar. El reglamento, lo que ha regulado es precisamente ese tránsito internacional, y ha pretendido ir más allá porque se metió con la vigilancia sanitaria internacional cuando en realidad había nacido para regular el tránsito internacional. Y yo creo que la OMS y los países hemos avanzado mucho al incluir en este reglamento otras exigencias vinculadas con estos, con la respuesta de salud pública a eventos de importancia internacional, pero hasta donde podía dar. Ha habido previamente muchas instancias, que coincido con ID1 que no es un problema de cómo estaba redactado porque fue muy debatido y logró ese equilibrio, sino que después de la implementación, cómo les ha pasado a los países. La instancia de salud no es la única decisora, y entran a jugar otros intereses. Entran a jugar los intereses comerciales, a la educación, el trabajo, otros actores. Y en definitiva la instancia de salud hace la coordinación operativa, pero las decisiones políticas se toman en otra mesa. Y eso nos pasó al interior de los países y a nivel internacional también. También tengo en esto la percepción de que hubo a nivel global un intento de que primero lo manejara la OMS, y se percibió que en los primeros episodios, en las primeras declaraciones de emergencia internacional gobernó el proceso, se consideró que la OMS no había sido del todo eficiente con evaluaciones de los comités de examen. Entonces se pasó a gobernar el proceso más para el tema del ébola a la ONU. La ONU también trató de manejarlo y se concluyó que no eran mejores espacios para manejarlo, y se volvió a empoderar a la OMS y se encontró a la OMS otra vez con el manejo de esta pandemia y afloró otra vez la necesidad de articulación de otro tipo de apoyos que no son necesariamente los apoyos sanitarios. Entonces desde el punto de vista del funcionamiento del reglamento, yo creo que el reglamento dio más de lo que podía dar, que las fallas en todo caso que encontramos. sin que eso signifique una crítica sino un aporte para que mejore, es que nos tenemos que preguntar quién financia a la OMS, lo financian los países, cómo se organiza la burocracia estable de la OMS y el secretariado de la ONU. Ese secretariado de la OMS que toma decisiones, toman esas decisiones no en un ámbito democrático cómo puede ser la asamblea, lógicamente tiene que tomar decisiones en la urgencia. Y parte de los problemas que se han presentado desde el momento de la detención del evento hasta el momento de la declaración de la emergencia, ha intervenido esa burocracia, no han intervenido los países. Y nosotros nos tenemos que plantear cómo funciona este mecanismo, cómo se financia esta organización. La organización ha dado muchos debates con los países sobre esto, sobre

la administración de su presupuesto. Pero bueno, evidentemente le cargamos mucho las tintas cuando en realidad es un proceso mucho más complejo que involucra más actores. Y yo sí concuerdo en que sería bueno poder listar cuáles son esos aspectos en los cuales los países tendrían que trabajar que están por fuera de los puntos. Pero por ejemplo, uno es las patentes, vacunas, insumos críticos. Y sobre las patentes se procuró avanzar en la OMC qué sería el ámbito donde hay que trabajar y no estuvo tan abierto el posicionamiento de los representantes de economía, no estuvo tan alineado con el posicionamiento a nivel global de los representantes de salud y no podemos desconocer esto. Tenemos que aceptar esta complejidad. Y salud no puede liderar este proceso pretendiendo qué es el único actor que puede dar su posición. Yo creo que el problema está ahí, que es un tema de Liderazgo a nivel global y que en los países tienen que debatir si están dispuestos ante una futura emergencia a ceder licencia, a ceder insumos estratégicos o van a tener está visión de embargo de los insumos estratégicos que faltan a nivel global. Como pasó al inicio de la pandemia, hubo embargos de aviones que estaban circulando hacia otros países con insumos comprados. Entonces esas situaciones, que son gravísimas, a nivel global ese debate hay que darlo y no creo que esa respuesta la pueda dar el reglamento, como tampoco el tema del apoyo de recursos humanos. Y desde la perspectiva estricta de los Derechos Humanos, yo creo que el reglamento lsa previsiones las tuvo sobre la defensa de los derechos, tuvo hasta la previsión de consentimiento informado y muchas otras previsiones que hasta las legislaciones de los países me animaría a decir que no han sido tan cuidadosas sobre eso y han establecido parámetros, qué las medidas que se tomen tengan una base científica, etcétera. Así que ha cuidado todos esos aspectos pero en la medida del tránsito fronterizo, en la medida de las restricciones que se puedan tomar para evitar la propagación hacia otro país, no en la medida de dar una respuesta global donde una respuesta global está mediada por esas legislaciones locales, por esos procedimientos locales y por esos intereses. Y esos intereses que son no son malos, son intereses al fin, donde se afecta muchísimo la economía. A la larga en los países que tuvimos afectada nuestra economía también se restringen derechos, y es muy ambicioso pretender que haya una respuesta unívoca. Lo que sí tenemos que ver son los puntos de acuerdo, y por lo que vimos esos puntos de acuerdo no han circulado en el mismo sentido. Entonces hay que preguntarse también si pretendemos un tratado, por la viabilidad de este tratado. Porque las respuestas, por ejemplo hoy estamos discutiendo la tercera dosis en un contexto en que hay países que no lograron cumplir con la primera. Entonces vamos en un tratado a avanzar en el sentido de que hay equidad en el acceso, o vamos a sostener el modelo que se instauró en los hechos, porque eso nos está adelantando hacia dónde avanzaría una negociación que ataque el verdadero problema qué es la solidaridad internacional y el reconocimiento de los Derechos en primer lugar. Perdón si me extendí un poco, gracias.

-Natalia: súper interesante lo que mencionas, esta distinción entre lo que es el reglamento y la forma en que se implementó. Y también un punto que estamos conversando que nos queda pendiente en el foro sería la gobernanza económica y sobre eso de la OMS, cómo se financia. Que de eso también hay un montón de estudios, sobre las formas en las que la OMS tiene los gastos extrapresupuestarios, que creo que a esta altura el último informe que leí representaba casi un 60% de su presupuesto. Y todo esto cómo va marcando una agenda antes de las pandemias, Hacia dónde va a ir ahí también ese tipo de programa y qué gobernanza tienen los países frente a eso y qué gobernanza dentro de los países tiene un Ministerio de Salud que en muchos países hemos tenido procesos que han desarmado al Ministerio de Salud. Entonces me parece súper importante lo que mencionas ID2, y me parece que nos da a nosotros también el pie para seguir y para incorporarnos.
- (ID 3, FORO 3):Bueno, muchísimas gracias por darme la posibilidad aunque no quería hablar mucho. Si me permiten primero dar el esqueleto de mi presentación. Soy alemana, soy abogada en Costa Rica porque estamos trabajando con la cooperación alemana con el sistema interamericano de Derechos Humanos. Por esa razón también nació este tema de preocuparse por cómo la pandemia y el manejo de la pandemia, qué impacto tienen los Derechos Humanos específicamente los DESC. Agradezco mucho a las dos expertas más expertas que yo, ID1, FORO 3 y ID 2, FORO 3, escuchándoles entonces recordé algo que sea hablado sobre el primer rule Flow acá en América Latina, donde se habló sobre law in the books y law in action. Y parece que eso también se replica un poco en el sistema internacional, ahí también hay ciertas cosas que se están acordando pero la acción, la implementación es algo distinto. En este contexto quiero hacer referencia a lo que ID 1, FORO 3 dijo que el RSI por sí mismo no está mal construido, y desde el punto de vista de los Derechos Humanos me parece también interesante, el RSI actual ya contiene una compatibilidad con los Derechos Humanos específicamente también con el derecho a la salud. En este contexto, si uno hace una mirada al acceso a la justicia a nivel nacional, uno puede ver qué me da el derecho a la salud si yo lo tengo en combinación con RSI, y el sistema judicial no está funcionando durante la pandemia y específicamente yo creo que eso nos da una visión, un punto crucial. Tenemos que preguntarnos si el derecho nacional e internacional depende de condiciones en las cuales este derecho, el mismo no puede influir por sí mismo, si el derecho realmente puede crear condiciones que la influyen en su aplicabilidad favorablemente. Y en este último sentido la pregunta es qué se necesita para que ocurra. Esto, también escuchando que nos acompaña un experto del instituto del MERCOSUR sobre Derechos Humanos, yo recordé que ya hubo y sigue habiendo muchos seminarios, comunicaciones y coloquios sobre cómo se formulan normas eficaces en el derecho económico internacional. Entonces yo me

pregunto si las experiencias de ahí nos pueden guiar en la formulación del derecho administrativo internacional. Y si en este contexto también tendría sentido tomar como punto de partida lo establecido en los derechos, en los convenios internacionales sobre Derechos Humanos, porque digamos Ellos tienen ciertos dientes, aunque no son tan fuerte pero por lo menos los tienen, sea por los tribunales internacionales. Con eso cierro, con más preguntas que respuestas, pero las intervenciones ya me dieron estas orientaciones y tal vez podamos profundizar.

- Natalia: me parece excelente ID 3 que sigamos generando preguntas. No sé, ahí quizás iba más dirigida ID6, voy siguiendo el orden en el que levantan la mano.

- (Intervención ID 4, Foro 3) Bueno, gracias ante todo agradecerles la invitación. Siempre aprecio este espacio, me parecen conversaciones súper importantes. Voy a hacer tres comentarios. Primero, la realidad que nos enfrenta ahora en la sesión especial de la asamblea Mundial de la Salud, probablemente no pase mucho porque estamos en una pugna entre China y Estados Unidos y estamos estudiando mucho esto en la facultad de derecho en Harvard. Está organizado un simposio sobre un posible tratado pandémico, revisión del reglamento sanitario internacional y es muy probable que tengamos alguna posición de la Unión Europea, una de Estados Unidos, otra vez China, es muy probable que veamos mucho. Dicho eso estamos acá para imaginar lo que sería recomendable, posible. Yo diría que en la implementación coincido que hemos visto muchos problemas y vacíos normativos. Por ejemplo de los principios científicos hemos visto que se desplazó el reglamento sanitario internacional en muchos casos, se cerraron las fronteras, etcétera, en base al principio de precaución en el derecho internacional. Porque es una pandemia o un virus que no conocíamos, etcétera, y creo que hay muchos nos hemos dado cuenta que basarnos en principios científicos limitados con una enfermedad que es una cepa de virus nueva, no vamos a tener buenos parámetros de necesidad, de proporcionalidad. Así que hay cosas para mejorar el marco normativo. Sin embargo yo sí soy más escéptica con respecto al marco en general. Me parece que la compatibilidad con los Derechos Humanos qué es la narrativa muy predominante en Estados Unidos y en el norte global, es bastante exagerada. Son derechos extranjeros,una franja muy estrecha de derechos humanos que básicamente son necesarios para sostener este mundo globalizado neoliberal con mucho tráfico y comercio internacional, y no quiero extenderme mucho, pero las menciones Derechos Humanos,la ley de cooperación internacional por ejemplo en el artículo 44 son muy estrechas. Y dejo ahí y voy a tener más comentarios después.

-Natalia: Muchísimas gracias.

- (Intervención ID 5, Foro 3): creo que por fin el debate está tomando un vuelo que esperaba mucho, en el sentido de analizar el marco jurídico del derecho a la salud en tiempo de crisis. Yo creo que será el debate en un tiempo exacto, en un mes más se

define en la asamblea Mundial de la Salud las opciones entre reformular el reglamento o el tratado pandémico, o hacer las dos cosas. tengo la impresión por el informe que hace el secretariado global, que lo conocen seguramente, de que la idea es tener un camino híbrido, reformar el reglamento, y un tratado pandémico. Tener una solución ecléctica en ese marco pensando en un camino jurídico, la reforma del reglamento -las expertas la conocen acá -dura 2,3 años. Un tratado dura un poco más, de manera que se inició un proceso de cambio del marco jurídico. En cualquier variante estamos en un escenario de cambio del marco jurídico internacional. Y eso por qué razón, porque hay un segundo elemento, Porque hay fallas en el marco jurídico, ID 5 y ID2 plantean que son fallas de implementación. Voy a tomarme de lo que dice ID1 que yo la conocí en el Ministerio de Salud, experta en el tema, ID1 habla de las fallas de la arquitectura jurídica. Las fallas de la arquitectura de reglamento es un diseño durante 7 años de un estado sanitario de crisis nacional con el punto de enlace, que los ministerios son unidades subordinadas. O sea el diseño jurídico administrativo del estado sanitario de crisis de Estados nacionales débiles. Y la propuesta que hace el modelo de la norma jurídica, no queremos más a la norma jurídica actual, es una norma jurídica de una fragilidad institucional de manejo de crisis del Estado nacional, y eso lo armó la OMS en un reglamento sanitario. De manera que hay una falla en el diseño jurídico en arquitectura de manejo de crisis del estado-nacional. Pero también una falla muy de origen que la conocen las expertas y lo hemos discutido acá que la OMS y su marco jurídico son organismos con poder débil porque los estados no se lo han dado. No solamente no tienen dientes, no tienen poder. El reglamento sanitario no es un instrumento jurídico vinculante, no tiene capacidad coercitiva ni de presión y depende de la buena voluntad. De manera que en ese marco, un dilema de fondo del debate que se va a dar este año, el próximo, va a ser cuánto poder, no solamente financiamiento, se le puede dar la OMS, digo, es un tema pendiente. Ahora la OMS ha hecho poco, Y ahí tengo una opinión viendo las diferentes evaluaciones, para ganar una posición de Liderazgo dejando espacio a otros organismos. Tiene liderazgo sanitario objetivo porque es el único espacio jurídico sanitario global pero no ejerció el rol de Liderazgo que se le planteó, solo lo normativo, no el liderazgo operativo. Entonces en este punto, en la falla jurídica actualmente hay una falla de arquitectura, hay una falla en el tema del derecho qué voy a tocarlo con los propios instrumentos de la OMS. En la evaluación de los documentos previos del panel y del comité de revisión se colocó que la implementación Y el control de los Derechos Humanos del punto de vista reglamento no se implementó en la pandemia actual, eso fue hace a comienzo de año. Y en el informe actual que se discute para asamblea mundial, el secretariado plantea uniforme en defensa del tratado pandémico y que coloca por primera vez el concepto de la actividad sanitaria o la justicia social sanitaria global, plantea algunos actores, y coloca el tema de la equidad con el tema de los DESCA, de los derechos humanos y de la cooperación y de

la solidaridad internacional. Entonces en ese sentido si bien está escrito, tal como dice ID4, es débil, falta una mayor articulación jurídica, faltan mecanismos de control. De manera que la oferta, podríamos llamar, del secretariado qué hace actualmente para defender el tratado pandémico junto con la reforma del reglamento, junto con el tema de gobernanza, la figura del financiamiento como al sistema de control, es el tema de la actividad sanitaria. Y el tema de la equidad es un principio constructor del derecho internacional de salud. De manera que en esta primera discusión de diagnóstico habría que tener como elemento común que hay una falla en el marco jurídico de diferente magnitud. Uno puede decir, si, es una falla del diseño, implementación, creo que hay falla en el diseño. De hecho lo que cuenta la experta ID1 y ID2, quees la posición común del sur global se echa de Menos ahora, porque posibilitaría que en esa instancia que ya se está negociando, porque se comienzan a hacer en noviembre próximo, en mayo del próximo año, falta una postura común para que haya la voz de lo que decían. Entonces, en ese sentido creo que el diagnóstico común de las fallas ayudaría mucho a poder plantear y a hacer llegar una voz, pero tomando conciencia de que en la matriz de un tratado pandémico, porque el reglamento no tiene todo el espacio jurídico para hacerlo, es posible colocar el tema del tratado pandémico rector de los Derechos Humanos, que el principio de solidaridad, de cooperación estén presentes. Gracias

- Natalia: gracias. A raíz de lo que estás diciendo me parece importante pensar también, decimos que una parte del problema también está vinculada con ese organismo débil. Pero por otro lado pensamos que, como decía ID3, si queremos fortalecer un organismo que está financiado en gran parte por el sector privado, que no se rige y por la solidaridad ni por la equidad, entonces cómo podemos establecer normativa administrativa para controlar esa forma de los gastos extrapresupuestarios de las agencias que intervienen al interior de este organismo, que deberían tener una gobernanza en términos sanitarios.
- (Intervención ID 6, Foro 3)-Muchas gracias Natalia, es un gusto estar compartiendo estos momentos con expertos y expertas tan relevantes Y con tanto conocimiento. Yo trabajo haces Ya 7 años casi en el ámbito del MERCOSUR, en instituto de políticas públicas y Derechos Humanos del MERCOSUR y me desempeño además como miembro experto del comité asesor del Consejo derechos humanos, que es de una forma la vieja sub comisión de Derechos Humanos antes de la Reforma de Naciones Unidas. Mientras me preparaba un poco para esta reunión, y me trataba de actualizar y leía los documentos que Natalia me envió y demás, ahora que los escuchaba, más allá de un agradecimiento a las organizaciones que me han invitado para participar de esta actividad lo que sentía era un importante desconocimiento de algunos aspectos que tienen que ver con este reglamento y el funcionamiento, la puesta en práctica y la forma en que fue diseñado. Me

puse a reflexionar sobre este desconocimiento, me di cuenta que en parte tiene que ver con que yo consumo sobre todo producción de organismos de derechos humanos y no está muy presente el reglamento en debate de los organismos relatores, comisiones de la doctrina de derecho internacional, derechos humanos. Entonces, de una manera me quedé un poco como con una justificación, Y de alguna forma me parece que es algo interesante para plantear en la intervención, cierta separación, no -diálogo entre algunos debates vinculados a estos expertos, expertos de la salud con la salud pública y los debates más vinculados al derecho internacional de los Derechos Humanos en forma más tradicional y no especializada en estos temas de salud. Las primeras ideas que surgieron, surgieron bastante desordenadas. La primera sobre todo teniendo en cuenta esta idea de un tratado pandémico, lo primero que se me ocurrió es que es un momento verdaderamente complejo para plantear la idea de un tratado.Pero por otro lado me pareció que se trata de un tema que razonablemente requeriría un abordaje de carácter convencional por la calidad y la naturaleza de las obligaciones que deberían estar previstas respecto a los Estados puntos ¿Por qué planteaba el tema de la complejidad? sobretodo de la perspectiva de las críticas bastante fuertes que venimos identificando, al multilateralismo en términos generales, en los últimos años hacia el derecho internacional, derechos humanos, hacia la eficacia de las normas de derecho internacional de los Derechos Humanos, hacia la legitimidad de las instituciones del derecho internacional de derechos humanos. Hoy día ya no se trata de corrientes de reflexión o posicionamientos académicos marginales, sino que estamos hablando de libros importantes que han sido escritos por autores que se desempeñan en algunas de las universidades más prestigiosas del Norte global, que están desde hace unos cuantos años hablando de los últimos días de los Derechos Humanos, el ocaso de los Derechos Humanos. En definitiva, la necesidad de dar vuelta la página de los derechos humanos y otras metáforas que han utilizado. Entonces me parece especialmente complejo plantear en este contexto un avance desde la perspectiva de un instrumento de derecho internacional. Sobre todo también porque tenemos bastantes experiencias en lo que tiene que ver con tratados que apuntan al abordaje de asuntos especialmente problemáticos para la humanidad, en los cuales encontramos que muchos de estos instrumentos no logran tener ratificaciones de países clave respecto de los cuales se necesita un compromiso. Por ejemplo, en la temática migratoria y la convención internacional de trabajadores migratorios y sus familias, los países que reciben migrantes no la ratificaron.Se tomó como estrategia alternativa un pacto mundial para una migración ordenada regular. y aún así, frente a una alternativa de soft law, algunos países no se comprometieron con el pacto. Ni siquiera participaron en esas negociaciones, se retiraron en el medio de la misma, o sea que la situación es bastante complicada. Si pensamos en el ámbito interamericano, de las tres últimas convenciones interamericanas,

solo una entró en vigencia. Las otras no lograron alcanzar las ratificaciones necesarias para entrar en vigencia ni siquiera. Y la que entró en vigencia, que está vinculada a derechos de personas mayores, no consiguió las ratificaciones necesarias para poner en funcionamiento el mecanismo de seguimiento, vaya que es importante el mecanismo de seguimiento. Algunas de las exposiciones que acabo de escuchar hacían referencia específicamente a eso en relación al reglamento. Así que desde muchas perspectivas me parece que estamos frente a un desafío muy importante. Coinciden que es necesario desarrollar instrumentos jurídicos de carácter vinculante, porque necesariamente estamos hablando de la coordinación de acciones por parte de Estados soberanos. Así que se necesita compromisos materializables en normas de carácter convencional con más tratados, convenciones. Sin embargo, me llama mucho la atención, No es que me llame la atención, me preocupa el contexto en el cual se está desarrollando todo esto desde la perspectiva de las críticas al derecho internacional como al derecho internacional de derechos humanos. Creo que el desafío es enorme y no se trata solo de pensar la mejor arquitectura posible o mejor diseño posible, sino sobre todo la arquitectura que puedas llegar a dar lugar a los consensos necesarios para una puesta en práctica, sobre todo teniendo en cuenta estas experiencias de tratados que no terminan siendo ratificados por los países que es más importante que lo ratifiquen, o que efectúan reservas muy importantes respecto de muchas disposiciones a la hora de ratificar, o que ni siquiera logran tener las ratificaciones necesarias para entrar en vigencia. El campo de los consensos a nivel global es un campo que en este momento se está siendo especialmente complejo, y esto se está materializando en el abordaje de problemáticas específicas tanto de la crisis migratoria, refugiados, tema del cambio climático y bueno, este tema, el tema de las nuevas tecnologías y tecnologías emergentes. Y este es un tema que se agrega a los grandes desafíos que tenemos como humanidad. Así que bueno, Esas son algunas reflexiones que me vinieron muy desordenadas, y vuelvo a decir el profundo desconocimiento, y con mucho interés de aprender de todos y todas ustedes que se han dedicado a este tema de forma focalizada y profunda, cosa que no es mi caso. Yo pido disculpas y un agradecimiento por la invitación, en la medida en que pueda hacer algún aporte a las discusiones estoy a disposición Muchas gracias.

- Natalia: Gracias ID 6. Me parece relevante lo que mencionaste en relación a que este desconocimiento en relación al proceso de elaboración del reglamento, Yo creo que no es casual y es sistemático. Y de hecho si uno habla. gran parte de juristas argentinos no lo conocen. Y por lo tanto un instrumento que no es conocido tampoco es implementado y tampoco es discutido. Y me parece que tiene que ver con la opacidad con la que se elaboró, y la falta de procesos más democráticos abiertos, ID1 también mencionaba las listas de expertos son desconocidas, son conocidas pero es muy difícil llegar a quién los nombra, Cómo se nombran. Actores y actrices que van a ser claves después en esa

discusión en la revisión, en la evaluación. Entonces me parece que ahí también hay un punto. Y también un punto importante para pensar luego los desafíos es cuál es el rol del sistema interamericano y de los organismos de protección de Derechos Humanos, porque también lo hemos comentado en muchísimos de los informes de los relatores, de descontento social no aparece, no aparece nada vinculado al reglamento. Entonces nos parece que ahí tenemos también una punta muy importante, por ejemplo para el rol que tiene que tener la CIDH en relación a la OMS. Me parece que ahí tenemos una punta muy importante para seguir profundizando.

-(Intervención ID 7 , Foro 3: bueno Natalia, gracias por la invitación, y saludos a todo el resto de los que están aquí presentes que para mí es un honor poder compartir algunas ideas, apreciaciones. Son solamente apreciaciones desde mi lugar, que soy profesor de derecho internacional público. Vengo a pinchar un poco el globo y a proponer ejemplos que también nos pueden llevar a dar una cierta esperanza. Saqué todas estas apreciaciones que hicieron ID1, ID3, ID4, ID5, ID2,que coincido, Me parece que puede haber algún tipo de esperanza de cambio. En primer lugar el derecho internacional y el público en particular es un derecho lento, es un derecho que tarda Mencionaba también recién ID6 cómo a veces se tardan en aprobar las convenciones de derechos humanos. Es un derecho que todos los estados tienen sus tiempos, sus problemas, por lo cual a veces acordar algo es más lento de lo que uno piensa. Por otro lado, el tema del COVID como de las pandemias en particular es algo que creo que está en la página de la OMS, nadie está a salvo hasta que todos estamos a salvo. Es decir qué es un problema de todos los países, las grandes potencias y los países no tan desarrollados, han demostrado que el problema es un problema de todos, es decir todos tenemos que poner cartas en el asunto. Tenemos al momento, si no mal recuerdo aproximadamente 5 millones de muertos por el covid-19 al momento, impactante en un mundo donde en teoría debería estar con esto que se habla de la cooperación internacional de 1945 en adelante. No debería haber llevado un número tan grande. Yo voy a colocar un ejemplo de cómo los estados han reaccionado con respecto a una crisis o más, porque los estados en general reaccionan más rápido cuando hay una crisis en todo sentido. Cuándo fue el tema de las Torres Gemelas hubo una crisis y hubo las normativas correspondientes como para tratar de que eso no vuelva a suceder. Pero en el caso particular que quiero mencionar, esto sucedió hace 60 años prácticamente, que fue con la firma del tratado Antártico en 2 meses. de octubre a diciembre de 1959 se firmó un tratado en medio de un contexto de Guerra Fría. Entonces ahí tenemos un ejemplo de que cuando los estados quieren ponerse de acuerdo. y estados con intereses totalmente contra, es decir lo que estamos hablando de ese tratado salvando las distancias, pero estamos de estados que tenían intereses totalmente contrapuestos. Se logró llegar a un acuerdo y así lo que es el tema del tratado Antártico, con sus convenciones asociadas. En determinado momento hubo

una convención que era el tema de la extracción de los minerales de la Antártida que se estaba a punto de firmar, y minutos o un tiempo antes los que tuvieron una gran injerencia en que no se firme dicha convención fueron los actores internacionales. Y creo que en ese sentido estamos acá nosotros, es decir, de alguna manera el hecho de poder llamar la atención internacional sobre un tema tan acuciante y débil o tan delicado como es el covid-19, es parte de lo que tienen que hacer los actores. A mí me da la impresión de que los tiempos Con que se pueden llegar a reaccionar son lentos, pero es imposible pedirle a una estructura de la comunidad internacional que reaccioné más rápida. Se podría hacer si con más tiempo para aprobar una resolución en la OMS , una vez que se firma y se ratifique este instrumento internacional que podía llegar a ser el tratado pandémico, son hasta 18 meses. Es demasiado tiempo, es decir, eso en otro contexto, pero en un contexto donde la gente muere día día es como que esos tiempos se deberían o Se podrían acelerar. Entonces creo que, como decía al principio, el derecho internacional es lento para su reacción, pero cuando uno está en una crisis como la que estamos nosotros que todavía si bien se están peleando ciertas circunstancias, pero no se salió del todo, es el momento de poder readecuar lo que es el reglamento sanitario internacional que lleva unos cuantos años y que quedó manifestado que no reaccionó a tiempo. A veces la otra circunstancia es que las normas están y los mecanismos para implementarlo, porque está hecho por gente que sabe todo lo que es el reglamento sanitario internacional, está hecho por gente que ha estudiado, que sabe del tema. El problema a veces es que son los mismos estados, o que no tienen obligación o que no saben complementarlo. Entonces me parece que una crisis como la que tenemos ahora es el momento para que la comunidad internacional tome las riendas del asunto, y que pueda corregir lo que tenga que corregir en cuanto a la arquitectura de la toma de decisiones. Porque en la medida en que no se toma esto,como comentaba ID1 que se tarda 14 días en convocar al consejo, es dramático. Cuando las decisiones no se toman a tiempo, las consecuencias son peores. Entonces me parece que a veces puede ser que sea un problema de arquitectura, a veces un problema de Liderazgo, la arquitectura tiene que acompañar a esa posibilidad que tiene el líder o los estados como para hacer frente a cualquier tipo de amenaza. Así que esto es lo que yo quería compartir desde el punto de vista del derecho internacional público. Es decir hay posibilidades de rehacer o cambiar lo que se tenga que hacer, está en los mismos estados que a veces tardan en poder reaccionar, pero Yo creo que en el contexto es el momento como para poder reaccionar, adecuar, mejorar todo lo que se tenga que hacer en cuanto al tema sanitario internacional.

- Natalia: muchísimas gracias, me parece que es importante empezar a discutir cuál sería ese contenido, los mejores mecanismos para la implementación Y si está el tratado también tendría que tener normativa y mecanismos qué es un poco lo que mencionaba

ID3 para lograr una implementación efectiva, para achicar esa brecha entre lo que el derecho es y lo que sucede. Y mismo que principios y sobre todo qué enfoque preventivo promocional, Porque solamente estamos viendo enfermedades de relevancia internacional pero también hay otra vigilancia que no se está haciendo sobre la afectación a la biodiversidad, o lo que mencionaba ID5 en un escrito que hizo, sobre los determinantes transnacionales vinculados al cambio climático, al cambio del uso del suelo. O sea, porque eso nos va a traer pandemia, de eso nos puede hablar también ID1, y toda la influencia que tienen las enfermedades zoonóticas y la afectación que estamos haciendo, más vinculado con la demografía

- (Intervención ID 8 , Foro 3): Yo parto admitiendo que yo no soy jurista, soy economista y politólogo. Por lo tanto tengo una visión que quizá sea un poco diferente, a mí me faltan algunas dudas después de escucharlas, escucharlos, del punto de qué derecho están hablando, cuál es el derecho que ha fracasado. Yo leí el informe de Miller y ID 1, el que tú mencionaste. El informe de la OMS, de la comisión y aparece una fuerte crítica de las deficiencias del marco legal internacional. Y si uno lo lee, no encuentra nada que tenga que ver con el derecho. Se hace alusión a que faltan normas pero no se hace alusión ni se analiza el derecho. Cuál es el derecho que habría sido necesario tener para qué funcione el reglamento sanitario internacional y las otras convenciones. Más allá de lo técnico que fracasó, qué fracasó conceptualmente. En este informe no se encuentra nada, y yo no encontré mucho en otros informes. Sin embargo, cuando uno ve la discusión y ve lo que ustedes mencionan, hay una coincidencia en dos aspectos. Primero en que la pandemia ha sido manejada bajo una conceptualización de centralización del Poder del estado en El Ejecutivo. Hay absoluta coincidencia en muchas instituciones e informes que dicen que la justicia, o sea el aparato de justicia, no vamos a hablar de justicia en términos morales y éticos, sino que el aparato de Justicia quedó neutralizado. Otros incluso en este foro se han dividido en grupos y en un grupo de trabajo dónde están participando de diferentes sectores ya establecidos, que realmente ha sido un fracaso absoluto la justicia. No sólo ha habido una concentración del poder, sino que yo parto de la base de los informes que hay: se cerraron los tribunales, se impidió el acceso a la justicia, no hubo acceso. No hubo debate sobre el rol de la justicia. Y en el informe de la comisión no hay ni una sola mención siquiera a la necesidad de un aparato de justicia. Hablar de normas internacionales es muy bonito, Pero insisto soy economista, pero hace tiempo que estoy metido estudiando los problemas políticos jurídicos, pero en cuanto a la concepción del derecho internacional hay muchas posiciones muy diferentes. Y no voy a empezar a mencionar los autores, pero ID4, si ha mencionado a Samuel Moyn es una persona crítica de todo el aparataje Internacional de los Derechos Humanos, a tal punto que ha llegado a decir que no existen los Derechos Humanos. No es el único que dice eso. Es un tema filosófico que vamos a hallar en el problema de la pandemia de ahora. De todas maneras

vale la pena tener una visión de largo plazo, porque las pandemias tenemos desde el siglo 16 o se conocen desde ese siglo, así que ya llevamos varios siglos. Y sin embargo aparece ahora que tenemos que discutir el corto plazo. Y el problema es que hay que discutirlo en términos de cómo se hace estado, me acoplo a la pregunta que planteó ID3, es decir ¿juega la justicia o sea el aparato de justicia, juega un papel en el control de la pandemia o no juega ninguno? Habrá que impedir que vuelva en la próxima pandemia a suceder lo mismo que ha sucedido no en todos los estados y no todos con la misma intensidad, pero la marginación de la población, del instrumento de defensas, llamémosle sus derechos, pero sus condiciones de vida, la neutralización de uno de los importantes aparatos del Estado bajo la Consigna del estado de emergencia o sanitario, ha sido marginada totalmente de los procesos de decisión y peor de consulta. ¿Es que la gente no tiene nada que decir y hacia el futuro no tiene que aprender de esto? me preguntó. Entonces yo planteo que sería interesante, y tiro la pregunta en esta ronda, Qué derecho hay que discutir sobre los derechos. Yo no me refiero a las normas sino que a la concepción del derecho.Y en ese sentido para terminar no puede ser otra vez un derecho fundamentalmente formal, el derecho que considere solamente las funciones y las actuaciones del aparato del Estado, tiene que considerar el derecho a la reacción de la sociedad. Y la sociedad se constituye por sujetos y el derecho subjetivo de las personas ha sido completamente ignorado en esta pandemia y especialmente en América Latina. Bueno yo no sé cómo es en Asia, creo que ahí también, pero en Europa no ha sido tan, por lo menos aquí en Alemania no ha sido tan terrible. Pero sin embargo la situación del derecho mismo y de la participación de las personas, la creación de ese nuevo reglamento, ¿habrá de discutirse alguna parte en un plebiscito en la población habrá que buscar formas de intervención de la sociedad civil en eso o es cosa de expertos que se equivocan cada dos semanas? Porque si vamos viendo cómo se han ido equivocando, y ID1 lo mencionó, el director se equivocó aparte de que no solo se equivocan por ignorancia sino por conflictos políticos.Y los conflictos políticos Si tienen una dimensión que va más allá de lo técnico sobre la salud, pero sin embargo sigue influyen sobre eso. Quería poner un poco el contrapunto a la idea de que vamos a tener solucionado el problema de la coordinación de los aparatos y de los estados a nivel internacional con otra formalidad. Tiene que ampliarse realmente y mi pregunta es qué rol juega el derecho en la solución de este tipo de situaciones hacia el futuro también. Termino preguntando Cuando termina esta pandemia y no lo digo en términos sociológicos sino que cuándo se va a terminar, en cuanto a la actitud de los estados frente a los problemas de salud de la población mundial que han empeorado en esto.

-Natalia: Muchísimas gracias. Cuando vos hablás de neutralización del aparato de Justicia lo que es interesante en un estudio reciente que hicimos con CEJA, en 17 países de latinoamérica, fue el mismo poder judicial quién se neutralizó y no fue considerado él

mismo un poder esencial. Y eso es interesante porque no es que lo clausuraron sino que se clausuró, se neutralizó y se consideró no esencial, dejando solamente para actividades con mucha incerteza jurídica también de qué causas tomaba y qué no, para causas solamente urgentes, ocupando un rol mínimo. Y por eso tampoco pudo ni siquiera participar. opinar y poder debatir, revisar medidas securitarias, medidas para asegurar la supervivencia de las personas en este contexto. Eso me parece importante debatir, Cuál es el rol que debería asumir los poderes, los estados en el control o revisión de las respuestas estatales y de las medidas que se toman también el marco reglamento sanitario

- ID 2: bueno Gracias por permitirme retomar. A mí me preocupa mucho que seas asocie a la pandemia al reglamento, el reglamento no es una respuesta a la pandemia, es la respuesta del sistema sanitario a la pandemia pero no es la respuesta del estado y de la comunidad internacional a la pandemia. Sería un error significar esto exclusivamente en el reglamento. El reglamento, por ejemplo, establece el modo en que los países comunican a los buques que tocan esos puertos que están viajando a nivel internacional si hay riesgos, para que reconozcan el próximo Puerto, no establecen como se mencionó hace un rato que el centro nacional de enlace, que en el Centro Nacional de enlace están las cúspides, la decisión. El Centro Nacional de enlace sólo es el foco de comunicación entre el país y la OMS, y el país puede organizar su respuesta y su forma de prevenir la respuesta del modo en que lo prevea, solo lo que le pide la OMS es que defina Cuál es el espacio de comunicación de los eventos a través del Centro Nacional de enlace que tiene. Entonces por un lado yo creo que hay muchas cosas qué se están mencionando que están cargando al reglamento como un instrumento, como mencioné antes qué es un instrumento que vino reemplazar uno mucho más viejo que permaneció muchos más años y que ponía el acento en que el control de los riesgos se hacía en las fronteras, para hacer tomar conciencia de que el control de los riesgos sanitarios se tiene que hacer en la fuente. Y por eso es tan importante que hay un riesgo que se estaba generando en China, la prevención había que hacerla en China. Y eran medidas de prevención, no era para estigmatizar a ningún país. Entonces si esa respuesta no se pudo dar del modo adecuado es porque esa herramienta no se implementó del modo adecuado. Pero tenía sus previsiones y tenía el modo, es la burocracia de la propia organización para dar respuesta. Cómo se organiza esa burocracia es un poco a lo que había que mirar. Estas son apreciaciones personales, yo precisamente por esa experiencia, y quiero poner en la mesa esas experiencias para que las podamos poner a punto.

Una preocupación muy grande es que la securitización o este concepto de seguridad qué ahora se está instalando, que se descubrió que la seguridad global depende también de la seguridad sanitaria pero desde una perspectiva, usando esta palabra seguridad sanitaria con mucha prudencia, que no conspire contra la solidaridad que tiene que existir

y con esta idea de respuesta colectiva. Sí yo no me vacuno, respeto al de al lado. Así que la subjetividad en salud pública tiene una limitante y está puesta en las normas de emergencia, y los países las tienen que prever. Entonces una preocupación desde la salud pública es incentivar en exceso la idea de la autonomía sin considerar que esa autonomía en ciertos momentos requiere algunas limitaciones, con salvaguardas. La principal salvaguarda es la garantía judicial, que permitan que la persona si se le limitan los derechos haya un veedor que esté tutelando que esa limitación cumpla con ciertos parámetros. Y nosotros vemos toda la judicialización que hubo en el COVID en lo Internacional, y yo en algún momento hice un relevamiento de esto para algún Trabajo de investigación, es muy alta. No podemos decir que no intervino el poder judicial, porque incluso las judicializaciones se dieron también entre niveles de un municipio con un estado subnacional, de un estado subnacional con un estado nacional. Entonces la judicialización fue alta y va a seguir siendo alta porque además hay todo un equipo de litigantes en los países que son muy litigantes como Estados Unidos, que les va a llevar muchos años cobrar las indemnizaciones por los problemas económicos derivados de la pandemia. También nos tenemos que preguntar si eso es legítimo, y el estado tiene que absorber esas consecuencias en un contexto como este. Y por otra parte la complejidad también se ha presentado en los estados federales donde incluso algún país, cuando se negoció él reglamento, tomó el atajo que iba con una delegación supernumerosa, una de estas grandes potencias, decían delegados cuando nuestros países a veces solo estaban representados por la misión oficial, qué es el diplomático que está en Ginebra. Y cuando llegó el momento de aprobar el reglamento, hizo reserva, y que por sí y que por ser un estado Federal sólo comprometía al Estado Federal. Esto para poner sobre la mesa que una vez más los estados pueden ser muy activos en negociar e imponer condiciones, y cuándo llega el momento de firmar los países más débiles en su capacidad de negociación vamos a quedarnos con las pautas de los países más desarrollados, y con los países más desarrollados sin firmar el tratado.

Y vuelvo a la idea de un tratado para qué. Si va a ser un tratado para apoyar la solidaridad o va hacer un tratado para reivindicar las obligaciones de nuestros países más pobres y los firmantes no van a estar sentados a la mesa. Yo tengo mis prevenciones sobre esto porque he visto cómo funciona, lo hemos visto con migrantes, lo hemos visto también con el propio RSI y con esta reserva de último momento. Y seguramente lo vamos a ver en el futuro. Entonces creo que nosotros, esta instancia de posibilidad de negociación en el sur del hemisferio tiene que ser estratégica, tenemos que pensar muy bien qué queremos y tampoco tenemos que pelear por la herramienta. A mí me gustaría que el debate se centre en eso, para qué queremos la herramienta.

- Natalia: excelente. Me parece súper interesante y un tema también que habíamos hablado, qué es el de cómo las reservas, por ejemplo lo que hizo Estados Unidos en el

RSI, terminan desvirtuando. Y que sobre todo con el enfoque securitario que se reservó y ahí la tensión entre Irán y Estados Unidos, y por eso también hay en el marco regional, como por ejemplo el acuerdo de Escazú también es un acuerdo vinculante en el cual es todo o nada. Y no sé aceptaban las reservas. Entonces me parece que eso también sería estratégico de cara a pensar en un tratado y de cómo discutirlo también desde la región

- ID1: Iba a comentar algo similar a lo que dijo ID2 en relación a la dimensión de la seguridad en el aspecto del reglamento sanitario internacional, y que en el fondo eso contamina toda la discusión. Cuando uno va como sudamericano a estas reuniones donde está el hemisferio norte, en realidad es un planteamiento totalmente relacionado a la seguridad de los países de ellos, y donde nosotros somos un riesgo para la seguridad de ellos. Para peor de nosotros, nosotros somos el peor riesgo entonces quedamos al medio. Porque riesgo mayor es África y el sudeste asiático. Entonces para ellos generan todo tipo de mecanismos de ayuda y de refuerzo de sus capacidades, etcétera. Ellos mismos consideran que tienen todas las capacidades, cosa que se demostró que fue un fracaso en esta pandemia porque para nosotros los sudamericanos el mayor riesgo fue nuestra conexión con Estados Unidos y Europa y no China. Porque nosotros no recibimos los casos de China, nosotros recibimos la amplificación de Europa y de Estados Unidos que fue donde se amplifico el brote y donde fallaron los mecanismos de detección y de control en el foco, porque China si logró controlar sus focos. Entonces donde se produjo la diseminación global en los países de segundo nivel, no en Asia porque estaban preparados y lograron contener su foco, ni en Australia y Nueva Zelanda que preventivamente controlaron sus viajeros, sino que en Europa en Estados Unidos, donde los italianos incluso cuando ya nosotros en Chile, en Argentina teníamos transmisión comunitaria de pasajeros que venían de España e Italia, todavía informaban a la OMS que sólo tenían brotes, En India nunca han reconocido que han tenido transmisión comunitaria, siempre tuvieron brotes. Entonces ustedes ven que tenemos una situación de una pandemia nueva con el virus Delta que viene de la India, todos vimos lo que pasaba en Italia y ellos nunca tuvieron transmisión comunitaria según la declaración del gobierno. Es más, estaba en lockdown y decían que no tenían transmisión comunitaria. Entonces qué es lo que les quiero transmitir con estas anécdotas, que en realidad el reglamento fue diseñado para controlarnos a nosotros y que los países grandes nunca pensaron que ellos iban a tener que ser controlados por el instrumento y nunca se prepararon para responder. Y se da por sentado que estaban preparados, y la realidad es que no están preparados y que elementos anteriores donde hubo epidemias trasnacionales, cómo fue el caso de la Escherichia Coli, donde el Instituto Robert Koch acusó a los españoles y al final eran unos brotes de alfalfa que eran de la misma Alemania. Ese evento nunca fue considerado ni siquiera para evaluación de negligencia

de salud pública, de interés internacional. Cuándo ocurrió la pandemia de H1N1 en Estados Unidos y México hubo todo este conflicto, sí efectivamente había sido México el lugar donde había surgido porque en Estados Unidos ya había vivido el virus de la influenza. mezclas de virus de influenza nuevos pero que no aprendió lo suficiente, pero sus eventos no se quisieron evaluar en el reglamento. Entonces hay una situación sumamente dispar para los distintos países, entonces esa es una condición de base porque para los países desarrollados esto es una situación de seguridad nacional. Entonces son muy agresivos en las negociaciones. No es una negociación como en otros temas, estamos hablando de la cobertura al acceso universal. la mortalidad infantil. mortalidad materna. Dónde está el bienestar, no, esto es un tema de seguridad y dónde cada país está viendo los países desarrollados, nosotros no. Nosotros como que llegamos ahí y quedamos sin tener una estrategia, como dice ID2, que vamos a la discusión y quedamos empapelados entre países que ya tienen todo acordado, la Unión Europea, Estados Unidos que nunca firmó tratado, Japón, Australia, que entran con la negociación con los países grandes, y los africanos que piden que les ayuden en todo en todo y nosotros ahí al medio sin tener una claridad de qué es lo que nos conviene. De hecho la primera versión del reglamento sanitario anterior era otro, Era que prácticamente la OMS iba a mandarnos gente a los países cada vez que se detectara brote. Ibas a estar en el Ministerio y de repente te iba a llegar alguien de afuera a controlar una epidemia, y nosotros los sudamericanos exigimos que los países afectados estuvieran presentes en el comité de emergencias. Es una exigencia de los sudamericanos que teníamos que tener derecho a voz en ese comité cuando se dan las emergencias, porque ni siquiera existía eso, O sea iba, a ser gente de las universidades británicas de mucha preponderancia, del Reino Unido, ahora Alemania, pero en ese momento eran los británicos, los norteamericanos, los australianos, y van a decidir lo que pasaba en Brasil sin escuchar a los brasileños. Y para ellos iban a decir las medidas y ni siquiera escucharlos. No había las capacidades básicas, también lo hicimos juntos, había una idea de capacidad básica. Nosotros trabajamos en definirlas, y que ya que nos iban a exigir tener 24 horas comunicación con la OMS, tener capacidad de mitigar los brotes, tener capacidad de detectar, que por lo menos hubiera algún sistema de ayuda a los países para desarrollar estás capacidades. Nosotros llegamos un poco, pero claro entre la Unión Europea y los africanos tenían porque África pensaba que ellos evidentemente les iba a llegar muchos recursos. Pero nosotros los argentinos, los chilenos, los uruguayos, paraguayos, sabemos que nadie nos iba a dar recursos. A lo mejor a los brasileños si porque como tienen amazonía es una fuente de virus emergentes, ahí hay interés de los grandes países ,hay que hacer control, pero nosotros que no tenemos ni siquiera zona tropical. hay menos interés, Entonces hay un tema en realidad en cuál es el trasfondo del reglamento sanitario, que no es lo mismo que el derecho a la salud , que no puedo discutir en otros

conceptos, Aquí está mucho más cercano a la guerra y de hecho por eso pusieron el tema nuclear, por eso pusieron los agentes químicos, que nosotros nos negamos. Nosotros no queríamos tener en el reglamento sanitario disposiciones para accidentes nucleares y químicos. Porque ya había otras agencias de Naciones Unidas que veían eso y no pudimos sostener que no lo metieran. Y de hecho nunca han hecho nada con esos. Pero fue una imposición a raíz del ambiente que se estaba midiendo en los años. Entonces yo soy médico, soy epidemióloga, no soy abogado, Pero lo que yo les transmito es lo que yo he visto en todos los años que veo como funciona esto, por ejemplo cuando se hace, que una parte de la discusión del tratado es cómo se comparten los beneficios. Nosotros mandamos nuestros agentes infecciosos y antes no había ningún mecanismo para compartir los beneficios, se los mandamos a los laboratorios regionales de la OMS, se los entregan a los laboratorios farmacéuticos, le hacen algunas modificaciones y después nos venden la vacuna. Y esto hizo escándalo cuándo surgió la gripe aviar y cuándo a Indonesia le fueron a ofrecer la vacuna con un virus que era de ellos y a un precio que era imposible de pagar, y generó una discusión que genera un acuerdo a nivel de la OPS para compartir beneficios a raíz de que se comparten los agentes infecciosas que vienen de estos países pero solo por influenza. Entonces, claro. nosotros. por ejemplo Argentina. Uruguay, Brasil, hemos contribuido a la red global de vigilancia de influenza durante muchos años, desde principios de que se creó. Incluso alguna vez la vacuna contuvo un virus Santiago, por ejemplo, pero nunca Tuvimos una rebaja en el precio de la vacuna, nunca, O sea, sólo pudimos empezar a ocupar la vacuna de forma más como bien público cuando el país tuvo más capacidad económica, pero no por ayuda porque finalmente la vacuna va a venir De dónde es, de la caracterización del agente biológico, Y eso va a surgir en los países afectados. Entonces hay una serie de elementos que necesitan ser mejor regulados y balanceados. Entonces también Esto no es cualquier acuerdo, porque está demasiado cercana la seguridad nacional. Entonces tiene otra dimensión de análisis qué bueno, a mí me queda grande porque yo soy simplemente médica pero la quiero representar. Porque por eso es importante, el tener una cierta posición en los países que tenemos una condición más o menos semejante, y que no somos ni tan ricos, ni somos tan pobres como para que nos vayan ayudar. Por ejemplo, con el tema de las vacunas, dicen, bueno, habría sido mejor un sistema equitativo en las vacunas. Entonces, ¿cuál habría sido la equidad en las vacunas?. Habérselas entregado a África que no tenía caso en el primer momento,o habérselas entregado a Italia, Alemania, España, que sí tenían casos en el primer momento. O haberlas entregado a nosotros que tuvimos la mortalidad en semanas, la más alta del mundo al principio de la pandemia pero nadie había pensado entregarnos a nosotros porque son un país de altos ingresos. Entonces esa es la situación en la que quedamos un Aliado en una situación que es compleja y qué es difícil tener un balance,

por eso nosotros en el comité planteamos tiene que haber mayor apertura, expertos,no puede ser que el idioma inglés implique que no pueden entrar otros expertos. Porque siempre son las mismas, tiene que dar mejor balance, tiene que incorporarse gente más joven, tiene que usar los idiomas de la OMS. Porque todo eso lleva a que haya un sesgo en la forma en que se decide elige y se pone todo los mecanismos.

Natalia: excelente ID1, me parece que es un punto súper importante el que mencionas y que nos da mucha Pauta también para pensarlo, y sobretodo también para pensar Cómo regular y cuál va a ser la discusión y la posición en relación a los bienes públicos mundiales, parece un tema súper estratégico la verdad es que esta instancia con distintos profesionales de distintos Campos y en distintos ámbitos de inserción me parece también estratégica, y la idea de seguir con estos foros para lograr incidir con una postura también. Te doy la palabra ID1, que sobre este estado de guerra viene hablando hace bastante tiempo con muy poca recepción en los Marcos jurídicos.

_ ID9: Buenas tardes a todos y todas Disculpen Natalia, justo sabías que estoy con una actividad paralela entonces se me complicaba estar presente todo el tiempo. pero he escuchado casi todo el debate, y la reflexión muy rápidamente para dejar algunos aportes a lo que ya se ha dicho. Ubicarse primero, voy a tratar de hacer algunas aportaciones desde la especificidad y geopolítica de América Latina y el Caribe. Y en ese lugar diría que en gran medida soy un no creyente de la arquitectura internacional. Tengo claro cuál ha sido la genealogía. Varios de nosotros venimos hace mucho tiempo escribiendo sobre el reglamento, como un instrumento más dentro de una arquitectura de salud internacional y hoy de salud global. Entonces creo que al reglamento, como bien varios dicen, no se le puede pedir más. Pero además tiene que quedar claro para qué fue creado. Y qué básicamente, yo lo diría académicamente, que es un entramado de posguerra, entre las intersecciones entre enfermología internacional, comercio y proceso colonial de los años 50, y que efectivamente como planteaba ID4 y recién ID1 creo, la reforma del 95 al 2005 es una reforma donde se incorpora toda la perspectiva de seguridad sanitaria global que hoy es la perspectiva que gobierna la salud vigente liberal que tenemos. A mí me parece que en la genealogía es muy claro que América Latina y el Caribe siempre ha tenido una relación con el RSI desde esa inserción podríamos decir, no solo de dependencias como planteaba ID1, sino que yo sobre todo lo que me preguntaría o preocuparía a mí más desde la academia, es qué diplomático sanitarios estamos formando para ir a administrar ese reglamento. Porque el problema es que América Latina y el Caribe han formado una generación de administradores y administradoras de las oficinas, no solo de relaciones internacionales sino del reglamento

sanitario internacional, que en gran medida si uno llega a administrar ese reglamento está claro qué lógica reproduce. No solo en su genealogía original sino en la genealogía que ha tomado del 95, 2005 para acá. Entonces quizá, mi preocupación principal sea sobre todo en este segundo elemento, es decir, cuánto estamos problematizando con la diplomacias sanitarias, cómo las que estamos formando, qué tipo de academia y diplomacia sanitaria de política sanitaria tenemos, para ver cómo discuten, administran, problematizan, se posicionan sobre el reglamento sanitario internacional. El segundo elemento, que creo que lo planteaba recién ID1 y que me parece que es muy claro, que no ha pasado solo con este SARS, que ya venía antes de ébola, es que seguridad sanitaria global es un poco el ordenador de la Reforma del RSI en el 95, esa seguridad sanitaria global se ha transformado en el motor que obliga a los estados del sur a tomar medidas sanitarias que responden particularmente a las, entre comillas, vulnerabilidades del Norte global, y que realmente tiene que ver con este nexo entre seguridad y salud que cada vez se va acrecentando. Ahí entra todo las emerging CDCs y esas categorías que va creando la epidemiología occidental clásica. Y que en eso me parece que la consolidación de la seguridad sanitaria global en su operacionalización, lo podemos Traducir Cómo securitización pero que es mucho más. Me parece que en esa intersección entre agenda de seguridad nacional y problemas de salud colectiva, esta geopolítica involucrada no solo en el reglamento sino que además creó un régimen de gobernanza global qué son centralmente el GOA y todo este régimen de vigilancia epidemiológica internacional. Que en realidad es un régimen que centralmente lo promovió la OMS con los actores de los países centrales, Qué es un régimen que centralmente identifica alerta, dar respuesta a estos brotes epidémicos con toda la concepción que tiene la seguridad sanitaria global de la cuando estamos refiriendo. El sur antes éramos la medicina Tropical, o sea los trópicos enfermábamos, ahora somos el riesgo de patogenicidades o enfermedades, o nuevas enfermedades emergentes como un problema de amenaza para esos contextos centrales. Creo que en eso yo no le quitaría tanta responsabilidad a las propias burocracias y a la propia OMS. A mí me cuesta hacer eso porque en realidad, no recuerdo quién lo decía antes, casi que cuando uno se pone estudiar no solo la arquitectura sino cualquier mecanismo global de intersección y convergencia entre las corporaciones multinacionales, las del complejo médico farmacéutico, los intereses geopolíticos de países centrales como la filantropía global y demás, la va a encontrar a la OMS sentada en las mesas, Entonces a mí me cuesta decir, creo que alguna le habrá pasado con alguna diplomacia de la OMS, nos dicen en las conversaciones en privado "apóyenos a nosotros que somos los buenos porque sino por esa puerta pueden ir los malos", los malos vendrían a ser la Fundación Bill y Melinda Gates y otros actores globales. Esa disquisición qué es más diplomática y de discusión, o de problemas de los bloques de poder de esta arquitectura, lo que me parece, lo que me preocupa desde

América Latina y el Caribe, es como toda esta arquitectura, está Concepción no solo del excepcionalismo y de la seguridad sanitaria global, también todo lo que ha ordenado la seguridad sanitaria Global en términos metodológicos. No sólo ahora con este SARS sino con el ébola y con otras crisis internacionales que ya teníamos que habíamos visto. Es decir, lo que vimos condensado en este SARS, ya se venían haciendo pruebas experimentales en otras crisis internacionales. Creo que alguien lo dijo en África, a mí me ha tocado estar bastante vinculado a algunas crisis no sólo en Haití sino en África y ya habíamos visto todo el arsenal metodológico este que se utilizó. Entonces para terminar, como aportaciones, en primer lugar mi preocupación central Es sobre qué diplomacias y qué arquitectura desde latinoamérica y el Caribe pensamos problematizar, problematizamos, asumimos frente a estos flujos que son de determinación Internacional de la salud, de dependencias, de reproducciones de seguridad sanitaria que se van a seguir acrecentando. En segundo lugar yo diría, creo que ID 6 lo decía, qué bueno que el sistema de DDHH no hable del reglamento sanitario internacional, hasta me parece que es un factor de protección para que no se burocratice ni securitice. A mí me parece que el RSI , si hubiera reformas van a ser para peor. Esa es mi preocupación junto con lo cual hasta diría, ojalá que no se pongan de acuerdo en lo que decía ID4, China y Estados Unidos, con lo cual que quede todo igual. Ahí me parece, el último aporte, la salud global liberal que ha colonizado las academias, el Ministerio de salud pública, no tienen otra cosa para ofrecernos qué más seguridad sanitaria global. Y yo escucho a toda la línea de la OMS, todos sus documentos, los estudiamos en todos los acuerdos, reuniones y demás, y lo que tienen para ofrecer es más seguridad sanitaria global, y más entramado de todos lo que describía. Es decir, si yo me aterraba en el 2019 porque íbamos a los programas de salud Internacional de la London o de Barcelona, y me aterraba porque estaban pensando en cómo hacer patogenicidad de sangre para los africanos, porque en realidad salud internacional para el norte global es medicina del Viajero, a ver qué gérmenes traen y alguna cosa más. Si me aterraba eso, imagínense después de todo el Arsenal metodológico. Y el problema principal es este, que la gubernamentalidad de vigilancia la incorporaron nuestros tomadores de decisiones del sur. Ese es mi principal preocupación. Entonces yo lo que quería como aportación final es, frente a estas preocupaciones, ubicar por un lado el tema de la necesidad de problematizar mucho más profundamente con los administradores del RSI, con los gestores de diplomacia sanitaria en América Latina y Caribe. Paréntesis ahí, una diplomacia sanitaria latinoamericana, que es profundamente gubernamental, es decir que piensa que las decisiones de gobierno, creo que lo decía ID 8, son exclusivamente una interacción de las burocracias con ellos mismos. Y creo que ahí necesitamos profundizar un diálogo y un debate y sobre todo una formación. Porque quién forma nuestras diplomacias, básicamente el panamericanismo y la salud global . Y el otro aporte es

seguirnos preguntando, Me parece que en esta reunión también ha sobrevolado Cuáles son las estrategias, flujos, movimientos de soberanía sanitaria regional, que no tiene que ver con una reafirmación de soberanías Nacionales en un sistema global o mundial interdependiente y complejo. Como diría Loren, sistemas complejos. En sistemas complejos hay dinámicas de reproducción y de transformación, bueno ver un poquito en América Latina y Caribe, en nuestro caótico proceso de integración regional, repensar cuáles pueden ser flujos y movimientos o pequeños cambios en estos sistemas complejos que nos permitan de nuevo empezar a ganar espacios de autonomía y de soberanía sanitaria regional. Y para hacer dos movimientos me parece que hay dos claves: primero necesitamos otras diplomacias y técnicos sanitarios del gobierno del estado de salud . Y en segundo lugar necesitamos implicar a actores de La Academia, de los movimientos sociales, de la sociedad, metidos en estas discusiones. Sino la diplomacia va a seguir haciendo, implementando y administrando para lo cual fue formada. Gracias

- Natalia: Gracias. Ahí veía en el chat, me costaba seguir el chat, pero me parece relevante lo que estás diciendo en el marco de la misma OMS promoviendo ciertos modelos verticales, programas que también terminaron fragmentando y segmentando mucho más el sistema de salud en América Latina. Con lo cual también nuestras capacidades básicas como países se vieron debilitadas por unos modelos promovidos por la ONU desde los 90, y que fueron realizados en Latinoamérica con las nuevas derechas. Y con estos nuevos actores de los que hablábamos en el foro 1 y 2, qué son actores del FMI, todos los actores externos económicos más vinculados a la gobernanza económica que van definiendo la agenda, influyendo sobre la soberanía sanitaria de los países. Y ahí hay una tensión permanente entre esta seguridad y también cómo darle un marco, un andamiaje jurídico de los derechos. No sé si quieren ir dando una última reflexión. Yo seguiría escuchándolos.

-ID3: Dos palabras mías para cerrar, creo que es difícil porque hemos tocado muchos distintos aspectos. Yo lo entiendo más como un acercamiento a crear un entendimiento mutuo porque una cosa que se puede aprender, o yo aprendo de este foro es quiénes nos están representando en estas negociaciones internacionales. Y hablo de la Unión Europea pero la Unión Europea tampoco es un bloque único, viendo por ejemplo a mi país Alemania aunque esté actualmente en Costa Rica, pero allá en Alemania tampoco es un bloque único, sino también tiene mucho que ver. Entonces tal vez es demasiado inocente en ese sentido, que yo todavía pienso que la tarea de la política es llevar adelante mis derechos subjetivos, derechos humanos en el sentido de que sean respetados y garantizados. Y yo creo que eso sería también algo que apoya a los sistemas regionales, por lo menos que están buscando eso, aunque ID1 también lo mencionó, que

hay distintas ideologías detrás de estos derechos. Pero también uno puede entenderlos desde ideas fundamentales que pueden guiar las acciones políticas de los estados y también a sus representaciones, Y bueno, por ello los diálogos deben estar mucho más largos, porque los intereses son múltiples. A mí me interesaría infectar esta visión de ser humano en la agenda 2030 de no leave no one behind, esos grandes conceptos, que eso también se puede realizar o traer un poco más a la realidad. Entonces yo creo que hemos aprendido, o yo he aprendido mucho en este foro. Va a ser difícil pero voy a seguir esta línea un poco inocente pero basada en el corazón del por qué existen los Derechos Humanos. Muchas gracias

-ID5: muy breve, creo que el tema de la agenda de seguridad que se instaló en la OMS hace 10 años está presente en sus reglamentos y aparecen en el debate actual, estuvo inserto en el debate al reglamento sanitario que ID1 y ID2 mencionaron muy bien. Creo que un tema interesante de relacionar la discusión actual, porque en el mismo foro, como decía Natalia la conexión entre el derecho de justicia y salud No se presenta. Sin embargo, la conexión de salud global y seguridad global aparece, Entonces creo que es un elemento importante para entender cómo se está escribiendo y por qué el derecho internacional en el contexto actual. La agenda de seguridad global instalada a nivel de la OMS está presente en el debate y quiero señalar que lo decía ID9, pero en el tratado pandémico que es apoyado en el documento que plantea la OMS para esta asamblea de noviembre y en el documento de la Unión Europea se coloca Cómo eje el tema en la seguridad sanitaria global, O sea la matriz no es la de los Derechos Humanos, la matriz es la seguridad sanitaria. Una reflexión en torno a eso que discutimos en el foro anterior es descolonizar el pensamiento en salud global Qué es un tema que está en discusión a y que aparece con más fuerza sobre todo por el planteo que hace ID1 qué es muy interesante, descriptivo de cómo vivieron la práctica del reglamento. Uno lo conoce por los textos pero que lo conozca de aquí directo. El tema de descolonizar la matriz de seguridad global, el derecho a la salud el tema en debate actual. Y lo segundo, el tema de los hechos humanos es un tema que está vigente, no es fácil, ID4 duda efectivamente lo que pueden hacer los países poderosos, no firman los tratados pero la agenda de los derechos humanos hay que colocarla. Me llama la atención la OMS que nunca colocó el tema en el diagnóstico de la crisis derechos humanos, en el último documento coloca el tema Derechos Humanos, seguramente Para obtener más apoyo para el tratado pandémico. Pero es un tema que hay que incorporar y fortalecer en el derecho internacional y siempre ha sido por lo demás una disputa. El tema de los Derechos Humanos no se han dado, se ha ganado. Y otro punto, no es solamente inocencia, es una postura política justa defender, instalar con fuerza el tema de otros humanos,el tema del derecho internacional de salud porque no están bien relacionados. Gracias

- ID2: quería contar que la agenda de seguridad global es una agenda que se generó paralelo a la OMS. Se bregó mucho para que los países la aceptarán, y los países más desarrollados han utilizado su capacidad de financiamiento para condicionar a la OMS y también para condicionar a los países. Entonces también cuando dijo que tenemos que ser estratégicos como países, tenemos que considerar que si no establecemos reglas de juego dentro de la OMS van a aparecer en competencia otras iniciativas, como ya ocurrió, donde los países no estamos adentro pero si está el dinero que genera incentivos para que los países acepten condiciones. Entonces encontramos a la OMS con un financiamiento externo que la condicionan, y sino proyectos en competencia, en paralelo, y siempre hablando estoy tan de salud cuando en la pandemia se ha visto que la salud sola no puede dar respuesta, que hace falta que se involucran las instancias políticas de Naciones Unidas en general. Sólo para volver a retomar estos puntos qué son muy relevantes porque nos muestran Cómo se está se han comportado de modo oportunista estos actores que tienen tanto peso, ya sea para retirarse de la firma de los acuerdos, ya sea para financiar, así que nosotros que somos los países que están en situación más vulnerable pero aún con una cierta capacidad de negociación, bueno, que podamos establecer realmente nuestra propia agenda defendiendo nuestros ciudadanos.

-Natalia: Muchísimas gracias. Creo que ID6 se lleva varias cosas para pensar en el marco del MERCOSUR también. Y esto es un debate que está abierto, creo que se estrenaron un montón de preguntas y me parece que esa es la idea. Creo que nos llevamos muchas cosas para pensar. Así que no sé si ID8, unas últimas palabras, sino dejamos y les agradezco el tiempo, espero realmente que podamos llevar estos... ver cómo podemos utilizar todo lo que sucedió acá. Nosotros vamos a hacer un paper con las principales recomendaciones también que surgieron o líneas. Y en esto por ejemplo una de las cosas es que nunca vemos por ejemplo conflicto de intereses en relación a programa que se están incentivando, la forma en que se está financiando la OMS, y no es menor el té ético pero también jurídico vinculado al financiamiento. Y también esto ha incentivado ciertas conductas en países a través de financiamiento y del endeudamiento y del endeudamiento crítico que dejó también la pandemia. Por eso un tema fundamental también vinculado con los derechos humanos y con el derecho a la salud, es el tema de meternos en la gobernanza económica de estos organismos intergubernamentales que van haciendo la política sanitaria de los países del sur.

-ID8: creo que vuelvo a insistir en la necesidad de discutir el derecho. El derecho no como política, no como elemento de la política, sino que pensar si el derecho tiene un papel que jugar en la construcción de las sociedades o no . Y entonces en América Latina

el derecho tiene un papel muy secundario. Y Dónde juega, juega un papel importante históricamente, y hay historiadores del derecho latinoamericano que lo han explicitado. En Argentina Scarfi, en Colombia Liliana Obregón. Toda la discusión de cómo se importó el derecho América Latina desde la doctrina Monroe para adelante, cómo se estructura el sistema de derecho en América Latina para satisfacer los intereses especialmente primero, obviamente primero de los españoles, y después de otros. Me parece que es un vacío tremendo que hay en América Latina, la historia del derecho. Y por eso que yo llamaría la atención a hacer un esfuerzo de propagar una buena reflexión acerca, no sólo de la historia sino también de su contenido social y su rol en la construcción de la sociedad Porque me pareció que hemos discutido mucho la salud pero poco el derecho.

- Natalia: gracias.Seguiremos también profundizando. Igualmente también vamos a estar contactando para hacer algunas entrevistas más en profundidad, para ver estos mecanismos y pensar propuestas que puedan también mejorar la implementación, tanto el reglamento y bueno también empezar a conformar este movimiento. Porque el reglamento como dice ID 2 es una herramienta, es un producto, pero también hay todo un proceso. Y ese proceso Me parece que lo más rico, lo más interesante y ojalá esté foro también contribuya, es un movimiento. Y poder incidir en las mejores condiciones de cómo elaborar, creo que el marco del proceso internacional de derechos humanos es fundamental, América Latina lo ha demostrado sobre todo para superar la etapa de las dictaduras. Es un marco para quienes trabajamos en las ONG, es fundamental para cualquier tipo de reclamo, es nuestro piso. Y son obviamente instrumentos todos perfectibles. La idea es pensar estratégicamente como decía ID2. Voy a terminar con la frase de Hannah Arendt, que si tiene algún sentido la política, y me parece que el sentido de la política como menciona ella es justamente la libertad, esta libertad tiene que ser puesta también en el marco de los derechos humanos y de la solidaridad y de la equidad entre los países, porque sin esa solidaridad como decía ID2 no es posible pensar una política sanitaria tanto nacional subnacional o el global.
(agradecimientos y cierre)

Anexo

Propuesta metodológica

Propuesta de los 3 foros. Propuesta inicial

Dinámica y metodología de cada Foro Sesión 1

Dinámica y metodología de cada Foro Sesión 2

Dinámica y metodología de cada Foro Sesión 3

Planificación del grupo de trabajo: Grupo de Trabajo N 3: Derecho a la salud

Propósito:

Se espera que las distintas conversaciones contribuyan a generar una reflexión crítica, profunda y contextualizada en la región sobre la prevención de futuras pandemias y las mejores formas de abordajes desde el campo jurídico y sanitario. Para ello, es necesario generar lineamientos teniendo en cuenta la ventana de oportunidad que genera el proceso de elaboración del nuevo Reglamento Sanitario Internacional. Buscando de esta manera, incidir en el proceso de elaboración para la incorporación de la perspectiva de Derechos Humanos.

- Objetivo general del grupo de trabajo

Promover instancias de discusión y visibilización de los modelos conceptuales, políticos, económicos, ideológicos y jurídicos que influyen y configuran la salud pública en la región.

Generar un diálogo entre diversos actores sobre la situación del derecho a la salud y el rol de la justicia desde una perspectiva latinoamericana teniendo en cuenta los nuevos desafíos que presenta la gobernanza sanitaria local-global en el contexto de pandemia.

Analizar el papel de los Poderes judiciales en la tutela de los derechos fundamentales en el contexto de las medidas adoptadas para el control de la pandemia.

A partir de la información, identificar propuestas para personas que toman decisiones en materia de derecho a la salud y acceso a la justicia y generar lineamientos que puedan robustecer el debate para la elaboración de un nuevo Reglamento Sanitario Internacional (OMS) a partir de la incorporación del enfoque de los derechos humanos pensado desde el Sur Global.

- Objetivos específicos del grupo de trabajo

Sesión 1. Objetivos específicos

1.1. Analizar los modelos conceptuales, políticos, económicos, ideológicos y jurídicos que configuran la salud pública en la región
1.2. Analizar y discutir los modelos económicos e ideológicos detrás del concepto de salud y la forma de regulación del derecho a la salud.
1.3.Generar reflexión sobre mecanismos de financiamiento, provisión y aseguramiento para abordar revertir las desigualdades en latinoamérica.

Sesión 2. Objetivos específicos

2.1. Analizar la situación del derecho a la salud y el rol de los poderes judiciales en latinoamérica en situaciones críticas "excepcionales".
2.2. Identificar los principales desafíos de la gobernanza sanitaria local-global
2.3. Analizar posibles sinergias entre el sistema de justicia y sistemas de salud y el rol de los poderes del estado en contexto de crisis.
2.4. Identificar marcos legislativos o regulatorios que pueden facilitar el abordaje de la crisis sanitaria teniendo en cuenta la perspectiva de salud como derecho humano fundamental

Sesión 3. Objetivos específicos

3.1. Analizar las principales problemáticas e implicancias del Reglamento Sanitario Internacional
3.2. Generar lineamientos y criterios para la elaboración de un Nuevo Reglamento Sanitario Internacional pensado desde lo el Sur Global

3.3. Generar instancias de discusión sobre aspectos relegados de la agenda pública: eficacia, efectividad, eficiencia y equidad del Reglamento Sanitario; mecanismos de colaboración para inducir conductas en los países, medidas específicas para la prevención de la propagación internacional de una enfermedad, mejora en los procesos de notificación y vigilancia.
3.4. Analizar el rol de los estados nacionales y subnacionales para la aplicación del RSI (sistemas políticos federales, segmentación y fragmentación, rol del sector privado en salud y justicia).
3.5. Análisis de la responsabilidad de los Estados en el incumplimiento de las obligaciones establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional.

- Título y Temas de sesiones

Sesión 1.- Título: Modelos conceptuales, políticos, económicos, ideológicos y jurídicos que configuran la salud pública y el derecho a la salud en la región
Tema: Sistema de salud y desigualdades sociales. Modelos conceptuales, políticos, económicos, ideológicos y jurídicos que configuran la salud pública y el derecho a la salud en la región.

Sesión 2.- Título: Desafíos de la gobernanza sanitaria local-global.
Tema: Situación del derecho a la salud y el rol de los poderes judiciales en latinoamérica. Desafíos de la gobernanza sanitaria local-global.Vínculos entre sistema de justicia y sistemas de salud.

Sesión 3.- Título: Propuestas para un nuevo Reglamento Sanitario Internacional
Tema: Propuestas para la elaboración de un nuevo Reglamento Sanitario Internacional con enfoque de derechos humanos desde el Sur Global.

A continuación se presenta una guía de preguntas que orientarán las conversaciones de las distintas sesiones, la metodología, productos esperados y los integrantes del grupo de trabajo de cada una de las sesiones.

- Metodología de cada sesión

El grupo de trabajo será liderado por la coordinadora especialista que facilitará el diálogo en las distintas sesiones y las interacciones de los integrantes del grupo de trabajo. Se realizará una moderación activa basada en la pedagogía de la pregunta.

Para las tres sesiones se propone la siguiente dinámica:

- Primer bloque: Diálogo horizontal de las y los especialistas a partir de preguntas disparadoras vinculadas con el campo de expertise, siguiendo una guía de preguntas flexibles y relacionada con los objetivos de cada sesión. Debate cerrado entre especialistas.

  Las preguntas orientadoras serán previamente remitidas a expertas y expertos entrevistados. Se incentivará para que dichas preguntas sean contestadas por escrito y luego, retomadas en el diálogo horizontal y abierto de este primer bloque. Las respuestas escritas serán posteriormente sistematizadas cada sesión en un capítulo de la bitácora con reconocimiento de créditos pertinentes. El contenido de las preguntas se vincula con el campo de trabajo de las y los especialistas y se orienta en virtud de los artículos elaborados por éstos.

- Segundo bloque: Momento de re-preguntas que permitan retomar aspectos más relevantes del primer bloque. Debate abierto entre las y los especialistas interesados en el ámbito temático a partir de preguntas dirigidas a cada uno/a de las y los especialistas por otras personas participantes ajenos al grupo de trabajo y participantes de CEJA/DIRAJUS (GIZ).
  En el foro se retomarán las preguntas dirigidas a las y los especialistas y se estimulará que se realicen repreguntas entre las y los participantes.

Las y los especialistas serán previamente seleccionados, validados por CEJA/DIRAJUS (GIZ) y convocados por la Coordinadora, mediante mail y nota formal.
Se convoca a expertas y expertos en los temas y subtemas abordados en cada sesión, buscando una amplia representatividad geográfica y disciplinar, personas expertas de distintos países, de distintos campos disciplinares, de distintas adscripciones institucionales, organizacionales y organismos del estado (distintos niveles jurisdiccionales y sectores).
Se piensa en un mínimo 5 y máximo 10 actores expertas y expertos por sesión, para que todas las personas puedan participar e intervenir y el diálogo sea convocante.
Duración aproximada de la sesión: 2 horas.
A partir de las distintas instancias de diálogo y del material escrito de las y los participantes se construirá una bitácora de propuestas en base a las aportaciones de los distintos integrantes del grupo de trabajo.
La especialista coordinadora será responsable de mantener abierta una plataforma para intercambio de documentos de interés para el grupo de trabajo.

Sobre los desafíos para establecer un diálogo que contribuya a un debate robusto sobre la temática propuesta:

En las distintas sesiones se formularán distintos tipos de preguntas (abiertas, directas o focalizadas, retóricas, de profundización, aclaratorias o de clarificación, ejemplificativas a partir de experiencias concretas, de recapitulación, reflexivas).
También se usarán recursos como el parafraseo, resumen de ideas principales respetando el sentido dado por las personas participantes, marcando puntos de coincidencia y disidencia entre los y las invitadas, rupturas y continuidades discursivas. Todo ello, con la finalidad de establecer una interacción efectiva y un diálogo llano y crítico a partir de la escucha activa.
El proceso de diálogo por zoom o plataformas virtuales implica en las y los participantes flexibilidad para adaptarse a distintas contingencias en el debate (falta de conectividad, problemas técnicos, etc) y poder re-organizar y orientar rápidamente la conversación.

- Productos esperados del grupo de trabajo

- Bitácora de propuestas para tomadores de decisión en materia de derecho a la salud y acceso a la justicia conteniendo los lineamientos para guiar la elaboración de un nuevo Reglamento Sanitario Internacional con enfoque de derechos humanos.
- Hay un producto (bitácora y lineamientos para RSI) pero también un proceso y movimiento a través del FORO PERMANENTE, que se espera visibilizar en torno a la necesidad de generar una discusión contextualizada desde latinoamérica para lo cual será relevante dar a conocer en distintos medios y formatos los principales productos y los procesos.

- Destinatarias/os de cada producto del grupo de trabajo

Decisores políticos y gestores de ámbitos nacionales y decisores internacionales de los campos jurídicos y sanitarios (actores del sistema sanitario, del sistema judicial, gestoras y gestores y funcionarias de distintos poderes de los Estados).
Expertas y expertos que participen en procesos de consultas sobre el Reglamento Sanitario Internacional.

Preguntas orientadoras

Grupo de Trabajo Sesión 1.

- ¿Cómo se traducen o impactan los modelos políticos, económicos, ideológicos y jurídicos en la respuesta del sistema de salud, en las prácticas sanitarias y en la configuración del derecho a la salud?
- ¿Cómo influyen las distintas concepciones de salud en el sistema judicial y de justicia en el sistema de salud?
- ¿En qué medida las concepciones sobre la salud configuran las prácticas sanitarias y de los poderes del estado?
- ¿Qué mecanismos de financiamiento, provisión y aseguramiento pueden implementarse para hacer frente a una crisis sanitaria de escala global ?
- ¿Cuál es la situación de los países receptores de asistencia internacional en contexto de pandemia?
- ¿Cuáles son los marcos legislativos y regulatorios del sector salud que pueden facilitar el abordaje de la crisis sanitaria desde una perspectiva de salud como derecho humano fundamental?

Grupo de Trabajo Sesión 2

- ¿Cuáles son los obstáculos que enfrenta la gobernanza sanitaria local-regional-global frente a los problemas de marcadas desigualdades sociales, fragmentación y segmentación del sistema de salud en latinoamérica?
- ¿Cuáles son los desafíos para la gobernanza sanitaria global-local, local-global?
- ¿Qué cambios deberían promoverse en los mecanismos institucionales para la regulación de actores y recursos críticos del sector salud? (normas de gestión, normas de atención y normas de organización).
- ¿Qué rol pueden jugar los Poderes Judiciales y Poderes Legislativos para fortalecer la gobernanza sanitaria local?
- ¿Cuáles son las funciones esenciales de la salud pública que debería promoverse o profundizar en contexto de crisis sanitaria global-local provocada por la pandemia? ¿Cuáles son las capacidades formales de las autoridades de salud vinculadas con las FESP?
- ¿Cómo pensar políticas públicas integradas e integrales en la región?
- ¿Cuáles son las capacidades formales de las autoridades de salud vinculadas con las FESP?
- ¿Cómo afecta e incide los cambios a nivel gobernanza sanitaria global, en la gestión de la crisis sanitaria nacional, en el derecho a la salud y en el acceso a la justicia?

- ¿Cuáles son los marcos legislativos y regulatorios del sector salud que pueden facilitar el abordaje de la crisis sanitaria desde una perspectiva de salud como derecho humano fundamental?
- ¿El concepto de "estado permanente de crisis" vino para quedarse?, ¿cómo se gestiona un "estado permanente de crisis"?

Grupo de Trabajo Sesión 3

- ¿Cuáles son las principales problemáticas identificadas en el Reglamento Sanitario Internacional?, -continuidades y rupturas- ¿Cómo deberá estructurarse el nuevo Reglamento sanitario Internacional? ¿Cómo deberíamos avanzar en la institucionalización de un nuevo marco jurídico internacional para prevenir una nueva pandemia, tomando en cuenta reglamentaciones constitucionales y legales ?
- ¿En el abordaje de la pandemia provocada por el Covid-19, existieron problemas del diseño o de implementación del reglamento sanitario Internacional?
- ¿Cuáles son los principales lineamientos que debería contener un nuevo Reglamento Sanitario Internacional pensado desde lo local-global? ¿Qué aportes podemos hacer desde una perspectiva estratégica y no normativa?
- ¿Cómo podría pensarse un reglamento Sanitario Internacional desde un enfoque de derechos Humanos desde el Sur Global?
- ¿El Reglamento Sanitario Internacional es un instrumento eficiente para la gestión de los riesgos y prevención de enfermedades de relevancia internacional?. En su caso, ¿qué aspectos sería necesario revisar para pensar en una herramienta eficiente, efectiva, eficaz y equitativa de gestión y prevención?
- ¿Qué mecanismos de colaboración pueden diseñarse; qué incentivos para inducir conductas y comportamiento en los países; que medidas específicas para prevención de propagación internacional de una enfermedad pueden implementarse; cómo mejorar los procesos de notificación de los países?
- Rol de los estados (nacionales y subnacionales) en la aplicación del RSI. ¿Qué mecanismos deberían diseñarse para la aplicación uniforme en los territorios subnacionales del RSI?
- ¿Qué responsabilidad le cabe a los Estados por el incumplimiento de las obligaciones establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional? Distintos tipos de incumplimientos. Esquema diferencial de responsabilidad. Imposibilidad de cumplir el RSI. ¿El no cumplimiento por parte de un país de las obligaciones establecidas en el Reglamento Sanitario internacional (2005) de la OMS genera responsabilidad internacional?

- Organización

Sesión 1
Título: Modelos conceptuales, políticos, económicos, ideológicos y jurídicos que configuran la salud pública y el derecho a la salud en la región ***Tema:*** Sistema de salud y desigualdades sociales. Modelos conceptuales, políticos, económicos, ideológicos y jurídicos que configuran la salud pública y el derecho a la salud en la región. Fecha y hora: Jueves 26 de agosto. Horario a definir -Duración : 2.30 horas aprox.
Sesión 1. Objetivos específicos 1.1. Analizar los modelos conceptuales, políticos, económicos, ideológicos y jurídicos que configuran la salud pública en la región 1.2. Analizar y discutir los modelos económicos e ideológicos detrás del concepto de salud y la forma de regulación del derecho a la salud. 1.3.Generar reflexión sobre mecanismos de financiamiento, provisión y aseguramiento para abordar revertir las desigualdades en latinoamérica.
Sesión 1. Preguntas orientadoras • ¿Cómo se traducen o impactan los modelos políticos, económicos, ideológicos y jurídicos en la respuesta del sistema de salud, en las prácticas sanitarias y en la configuración del derecho a la salud? • ¿Cómo influyen las distintas concepciones de salud en el sistema judicial y de justicia en el sistema de salud? • ¿En qué medida las concepciones sobre la salud configuran las prácticas sanitarias y de los poderes del estado? • ¿Qué mecanismos de financiamiento, provisión y aseguramiento pueden implementarse para hacer frente a una crisis sanitaria de escala global ? • ¿Cuál es la situación de los países receptores de asistencia internacional en contexto de pandemia? • ¿Cuáles son los marcos legislativos y regulatorios del sector salud que pueden facilitar el abordaje de la crisis sanitaria desde una perspectiva de salud como derecho humano fundamental?

Sesión 2

Título: "Desafíos de la gobernanza sanitaria local-global"

Tema: Situación del derecho a la salud y el rol de los poderes judiciales en latinoamérica. Desafíos de la gobernanza sanitaria local-global.Vínculos entre sistema de justicia y sistemas de salud.

Fecha y hora: **Jueves 16 de septiembre**. Horario a definir -Duración : 2.30 horas aprox.

Sesión 2. Objetivos específicos

2.1. Analizar la situación del derecho a la salud y el rol de los poderes judiciales en latinoamérica en situaciones críticas "excepcionales".

2.2. Identificar los principales desafíos de la gobernanza sanitaria local-global

2.3. Analizar posibles sinergias entre el sistema de justicia y sistemas de salud y el rol de los poderes del estado en contexto de crisis.

2.4. Identificar marcos legislativos o regulatorios que pueden facilitar el abordaje de la crisis sanitaria teniendo en cuenta la perspectiva de salud como derecho humano fundamental

Sesión 2. Preguntas orientadoras

- ¿Cuáles son los obstáculos que enfrenta la gobernanza sanitaria local-regional-global frente a los problemas de marcadas desigualdades sociales, fragmentación y segmentación del sistema de salud en latinoamérica?
- ¿Cuáles son los desafíos para la gobernanza sanitaria global-local, local-global?
- ¿Qué cambios deberían promoverse en los mecanismos institucionales para la regulación de actores y recursos críticos del sector salud? (normas de gestión, normas de atención y normas de organización).
- ¿Qué rol pueden jugar los Poderes Judiciales y Poderes Legislativos para fortalecer la gobernanza sanitaria local?
- ¿Cuáles son las funciones esenciales de la salud pública que debería promoverse o profundizar en contexto de crisis sanitaria global-local provocada por la pandemia? ¿Cuáles son las capacidades formales de las autoridades de salud vinculadas con las FESP?

- ¿Cómo pensar políticas públicas integradas e integrales en la región?
- ¿Cuáles son las capacidades formales de las autoridades de salud vinculadas con las FESP?
- ¿Cómo afecta e incide los cambios a nivel gobernanza sanitaria global, en la gestión de la crisis sanitaria nacional, en el derecho a la salud y en el acceso a la justicia?
- ¿Cuáles son los marcos legislativos y regulatorios del sector salud que pueden facilitar el abordaje de la crisis sanitaria desde una perspectiva de salud como derecho humano fundamental?
- ¿El concepto de "estado permanente de crisis" vino para quedarse?, ¿cómo se gestiona un estado permanente de crisis?

Sesión 3

Título: *"Propuestas para un nuevo Reglamento Sanitario Internacional"*

Tema: Propuestas para la elaboración de un nuevo Reglamento Sanitario Internacional con enfoque de derechos humanos desde el Sur Global.

Fecha y hora: **Jueves 14 de octubre.** Horario a definir -Duración : 2.30 horas aprox.

Sesión 3. Objetivos específicos

3.1. Analizar las principales problemáticas e implicancias del Reglamento Sanitario Internacional

3.2. Generar lineamientos y criterios para la elaboración de un Nuevo Reglamento Sanitario Internacional pensado desde lo el Sur Global

3.3. Generar instancias de discusión sobre aspectos relegados de la agenda pública: eficacia, efectividad, eficiencia y equidad del Reglamento Sanitario; mecanismos de colaboración para inducir conductas en los países, medidas específicas para la prevención de la propagación internacional de una enfermedad, mejora en los procesos de notificación y vigilancia.

3.4. Analizar el rol de los estados nacionales y subnacionales para la aplicación del RSI (sistemas políticos federales, segmentación y fragmentación, rol del sector privado en salud y justicia)

3.5. Análisis de la responsabilidad de los Estados en el incumplimiento de las obligaciones establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional.

Sesión 3. Preguntas orientadoras

- ¿Cuáles son las principales problemáticas identificadas en el Reglamento Sanitario Internacional?, -continuidades y rupturas- ¿Cómo deberá estructurarse el nuevo Reglamento sanitario Internacional? ¿Cómo deberíamos avanzar en la institucionalización de un nuevo marco jurídico internacional para prevenir una nueva pandemia, tomando en cuenta reglamentaciones constitucionales y legales ?
- ¿En el abordaje de la pandemia provocada por el Covid-19, existieron problemas del diseño o de implementación del reglamento sanitario Internacional?
- ¿Cuáles son los principales lineamientos que debería contener un nuevo Reglamento Sanitario Internacional pensado desde lo local-global? ¿Qué aportes podemos hacer desde una perspectiva estratégica y no normativa?
- ¿Cómo podría pensarse un reglamento Sanitario Internacional desde un enfoque de derechos Humanos desde el Sur Global?
- ¿El Reglamento Sanitario Internacional es un instrumento eficiente para la gestión de los riesgos y prevención de enfermedades de relevancia internacional?. En su caso, ¿qué aspectos sería necesario revisar para pensar en una herramienta eficiente, efectiva, eficaz y equitativa de gestión y prevención?
- ¿Qué mecanismos de colaboración pueden diseñarse; qué incentivos para inducir conductas y comportamiento en los países; que medidas específicas para prevención de propagación internacional de una enfermedad pueden implementarse; cómo mejorar los procesos de notificación de los países?
- Rol de los estados (nacionales y subnacionales) en la aplicación del RSI. ¿Qué mecanismos deberían diseñarse para la aplicación uniforme en los territorios subnacionales del RSI?
- ¿Qué responsabilidad le cabe a los Estados por el incumplimiento de las obligaciones establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional? Distintos tipos de incumplimientos. Esquema diferencial de responsabilidad. Imposibilidad de cumplir el RSI. ¿El no cumplimiento por parte de un país de las obligaciones establecidas en el Reglamento Sanitario internacional (2005) de la OMS genera responsabilidad internacional?

Coordinación: María Natalia Echegoyemberry
Metodología:

- Primer bloque: Diálogo horizontal de las y los especialistas a partir de preguntas disparadoras vinculadas con el campo de expertise.

(*)Entre cada bloque se realizará un intermedio de 10 minutos.

- Segundo bloque: Re-preguntas que permitan retomar aspectos más relevantes del primer bloque. Debate abierto entre las y los especialistas interesados en el ámbito temático a partir de preguntas dirigidas a cada uno/a de las y los especialistas por otras personas participantes ajenos al grupo de trabajo y participantes de CEJA/DIRAJUS (GIZ).

Proyección aproximada de calendario de sesiones[5]

Actividad	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
Presentación preliminar de planificación de Grupo de trabajo.Devolución CEJA/GIZ	x	X														
Semana 22 al 30 de julio Envío de invitaciones por mail y carta. Ver si enviamos luego de confirmación preguntas orientadoras			X	X												
Sesión 1: Título: Modelos conceptuales, políticos, económicos, ideológicos y jurídicos que configuran la salud pública y el derecho a la salud en la región **Jueves 26 de agosto**. Horario a definir - Sesión de 2.30 horas							x									
Envío de invitaciones por mail y carta. Ver si enviamos luego de confirmación preguntas orientadoras							x	x								
Sesión 2: Título: "Desafíos de la gobernanza sanitaria local-global" **Jueves 16 de septiembre.** Horario a definir -Sesión de 2.30 horas										x						
Envío de invitaciones por mail y carta. Ver si enviamos luego de confirmación preguntas orientadoras									x	x	x					
Sesión 3. Título: "Propuestas para un nuevo Reglamento Sanitario Internacional" Jueves 14 de octubre. Horario a definir- Sesión de 2.30 horas.														x		
Presentación preliminar de bitácora de conversatorios y lineamientos para el RSI. Primer validación CEJA															X	X

[5] Las sesiones del grupo de trabajo tendrán lugar entre los meses de julio y octubre. Se sugiere pensar en un programa de sesiones escalonado a efectos de facilitar el trabajo de organización.

Remisión de bitácora de conversatorios para validación por ponentes y otros especialistas.																x
Revisión documento																x

Materiales de las sesiones

Sesión 1. Presentación (aquí)

Sesión 2. Presentación (aquí)

Sesión 3. Presentación (aquí)

Entrevistas individuales

Se realizaron reuniones individuales con las personas invitadas para informar sobre los objetivos del foro, las preguntas y dinámicas que guiaron el proceso de diálogo y para explorar los distintos puntos de vista sobre la temática abordada en cada sesión.

- Ernesto Báscolo
- Javier Palummo
- Fernando Tarapow
- Daniel Maceira
- Jaime Breilh

En total se realizaron seis entrevistas individuales informales y confidenciales. Una de ellas se transcribe íntegramente, como sigue:

Transcripción entrevista a Jaime Breilh[6]

- Natalia: Si, estuve escuchándote en algunas entrevistas que diste sobre el libro y te quería felicitar y agradecer por semejante libro y por haber logrado en el 2015 justamente una de las cosas que decías es como no citan a ninguno de los autores latinoamericanos que tienen más de 50 años de desarrollo de todo esto

- Jaime Breilh: Si, yo creo que estamos abriendo horizontes. Y mira, como te decía, el haber … Lo poco que pude aprovechar mi paso por el poder del rectorado fue que consolidé un programa que se llama Andina eco saludable. Es un programa de una apertura muy grande que buscó consolidar un conjunto tanto de acumulados teóricos, metodológicos, pero también de experiencias prácticas con comunidades. Y generé, como yo formé el primer doctorado de salud colectiva del país, y ahí viene ya alguna de los jóvenes que se han integrado a mi equipo, ahora tenemos incluso un posdoctorado en salud colectiva. Y entonces hemos ido generando en América Latina, en los países en donde hemos trabajado, una red potente de personas que pensamos de una manera completamente distinta. Y en este momento, toda mi fuerza, mi trabajo, está generado sea en los posgrados, es decir en el doctorado y en el posdoctorado pero también en el centro, en el CILAP Salud. Es el centro de Investigación y Laboratorios en salud colectiva. Y justamente tenemos ahora, a partir del próximo año en que yo voy a dedicarme ya a la institucionalización fuerte del CILAP. Porque por lo pronto el CILAP es básicamente

[6] (Ecuador). d. MSc. PhD, Director del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar, Coordinador del Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad.

investigación y académico, porque tenemos una red de trabajo muy fuerte con universidades de Argentina, Brasil, México, Colombia muy fuerte. Y entonces estamos haciendo una configuración de un espacio latinoamericanista pero con una respetuosa mirada al norte también porque hay gente valiosísima, y con una perspectiva intercultural y crítica. Entonces creo que el CILAP va a ser un escenario en el cual a mi me interesa mucho fortalecer un vínculo contigo, con ustedes, porque yo he buscado muchos abogados que rompan el molde del derecho positivista, que trabaja así como el sistema de salud trabaja en el pico del iceberg, al derecho también se lo piensa en el pico del iceberg. La bioética y todo medicalizado, y todo biologicista y asistencialista. Y nosotros estamos construyendo una mirada integral de la salud. Yo he escrito algunas incursiones en que eso debe afectar la reconstrucción de la justiciabilidad, la visión de la justiciabilidad y obviamente de los recursos de garantía y de reparación, de precaución que el derecho debe cobijar. Entonces nuestra constitución incluso, en ese texto que es, tiene su lado muy interesante y también hemos visto algunas consecuencias complicadas, nosotros buscábamos precisamente que no quede una lírica de los derechos y ese aprovechamiento oportunista del "buen vivir" andino y los derechos de la naturaleza, muy bonito

- Natalia: Si, pero le falta cuerpo, contenido

- Jaime: Terminó siendo visto desde el poder un recurso de reformismo burocrático. Entonces nosotros estamos preocupados justamente de que todo lo que es investigación tenga incidencia, y una de estas incidencias es en el derecho. Y entonces qué maravilla que podamos tener este vínculo con ustedes. Es de mutuo interés así que yo comparto esa misma inquietud.

- Natalia: Buenísimo. Desde ya contá con las articulaciones y como esto va a seguir también. Inclusive el proyecto tiene la idea de también, por un lado generar recomendaciones que puedan nutrir el debate sobre la modificación del reglamento sanitario internacional, de la OMS del 2005. Y ahí poder contribuir con.. Dentro del reglamento hay muchos aspectos que vos mencionaste, intersectorialidad, interculturalidad, la transversalidad de las cuestiones, tener en cuenta las comunidades más vulnerabilizadas que no están. O sea, son documentos creados por expertos y bajados verticalmente que tienen como destinatarios a los ministerios de salud de cada país. En general quien tiene que ejecutar no tiene en cuenta esto, el sistema fragmentado, segmentado, en el que se inserta cada uno de los ministerios de salud y que muchas veces como pasó en Brasil, termina con la renuncia de los ministros de salud

por no estar de acuerdo con una determinada política del poder ejecutivo en este contexto de pandemia. Hay varias cosas que te quiero comentar, algunas vinculadas con el derecho a la salud, en relación a la judicialización individual de casos y los problemas que trae esa judicialización individual y la no utilización de litigios estratégicos o colectivos para poder modificar la justicia y el rol que debería tener la justicia en la garantía de derechos.

- Jaime: Cuando tú mencionas el tema de la OMS, la OMS fue originalmente un esfuerzo de vínculo de gobiernos para ser un gobierno global. Y eso avanzó con caídas y subidas durante muchas décadas, desde mediados del siglo anterior. Pero yo creo que la fase del capitalismo actual, y yo le estoy llamando en varios escritos el capitalismo 4.0, es decir el capitalismo de la cuarta revolución industrial, que en definitiva más allá de esas palabras es un sistema de acumulación acelerada. O sea, es del mismo sistema capitalista del siglo XX pero en este momento tienen una capacidad de aceleración salvaje. O sea, la convergencia del uso codicioso de tecnologías le ha dado una catapulta para acelerar la acumulación y en esa misma velocidad genera un exponencial crecimiento de inequidad y de diferencias de derecho abismales. Y además ha desmantelado el gobierno global público. La OMS de este rato en su financiamiento tiene más del 70% financiado por Bill Gates y por Nestlé y algo más, no sé, son 2,3 o 4 trasnacionales. Entonces imagínate tú qué grado de independencia puede tener respecto al gran problema de que estamos bajo la égida de un poder avasallador y de una codicia acelerada que no está ahí. Pues estamos ahí con migajas, con cositas, con unos visos de conciencia cuando dice el director de la OMS que "es grotesca la inequidad en el acceso a las vacunas". Esa es una declaración interesante y valiosa, pero por otro lado las prácticas que se difunden en los gobiernos y los manuales "técnicos" de la OMS son reproductores de este mismo sistema global en crisis. Entonces ahí hay una problemática. En este momentito me han pedido que haga un comentario del último- no sé si tú estás al tanto del movimiento a la salud de los pueblos, del People's Health Movement. Y además del People's Health Movement hubo un proceso paralelo que fue el Global Health Watch. El Global Health Watch ya está en su sexta edición que se va a publicar, me pidieron comentarios, por eso la conocí recientemente hace una semana. Se va a publicar, está coordinada por la Universidad de Ottawa, un grupo de gente muy progre, muy piola de Canadá con equipo internacional italiano, europeo. Ellos están siempre en esta lucha de sacar una anti- memoria y una anti-información y romper la infodemia pública poderosa de poder que desfigura el conocimiento a la salud y entonces nos deja desarmados para herramientas para conocer qué verdaderamente está pasando. Entonces tenemos estadísticas dadas por los journals que son parte de la misma hegemonía.

- Natalia: Tal cual. Tengo muchas ganas de preguntarte mil cosas que quiero saber yo y otras vinculadas al proyecto, pero un poco lo que habíamos hablado es cómo vos te imaginás, qué implicancias tiene para vos la re-lectura de la justicia desde el pensamiento crítico. Desde la salud colectiva cómo miran este rol de la justicia en relación al derecho a la salud, a la determinación social del proceso de salud-enfermedad, atención y cuidado.

- Jaime: Bueno, yo creo que podemos comenzar haciéndonos algunas reflexiones o no sé si preguntar, o cuestiones que debemos aclarar. Primero, y yo creo que estamos debatiendo esto, hay que preguntarse ante qué situación, ante qué contexto. Porque si tú le preguntas a muchos presidentes de un país, al mío por ejemplo, que tenemos un presidente neoliberal, le preguntas qué piensa de salud, él piensa pandemia=vacunas y problema de salud= desnutrición infantil. Y por lo que te voy a decir a lo largo de la entrevista, te voy a demostrar cómo eso es un arma de doble filo. Por un lado habla de algo que no podemos negar que es trascendente debatir, el tema de la vacuna por ejemplo. Pero la vacuna es un escenario típico de necesidad del derecho real para discernir entre el derecho colectivo y el derecho privado. Porque las empresas que se apoderaron de las patentes, que trabajan con código cerrado para comercializar la vacuna, generaron las vacunas con fondos de precompras o de compras actuales que son públicos. O sea que ahí hay una locura porque tú tienes un proceso financiado con fondos públicos que terminan en un producto que es una comercialización de grandes trasnacionales. Y hay una pugna entre el derecho colectivo y el derecho individual porque lo que están esgrimiendo estas grandes empresas es que ellas tienen el derecho de desarrollar su empresa y de hacer legítimos negocios. Entonces ahí hay un terreno en donde se está mostrando, tenemos que entender primero en qué contexto estamos. No estamos simplemente ante un desafío de derecho frente a la injusticia y al desmantelamiento del pacto social. No es solamente eso. Estamos en el momento en que el derecho tiene que avivarse en la vivencia de la supervivencia de la especie. Es decir que no estamos hablando sólo de justicia social,estamos hablando de la defensa de la vida en el planeta. Siguiendo el mismo tipo de capitalismo acelerado no cambiado, nos va a pasar lo mismo que a los dinosaurios. Yo lo dije alguna vez en una entrevista que di en Página 12 y la compañera periodista se rió pero me dijo “tienes toda la razón”, porque, nosotros, ya no hay mucho que esperar cada día en las noticias. Prende el noticiario y ve qué está pasando, Dios mío, es que estamos… Primero, ante qué contexto estamos debatiendo la disputa de la justiciabilidad. Segundo, empatado con lo anterior, derecho a qué. ¿Derecho a servicios individuales de salud? O es muchísimo más amplio el campo de la justiciabilidad en salud. Y ahí es donde viene a asistirnos la visión de la salud colectiva y de la determinación social. Yo quisiera a lo mejor darte algunos ejemplos para mostrarte a qué me refiero con la importancia de ese argumento. Y el

tercer problema es la necesidad implícita en entender las dos primeras preguntas, de desmedicalizar el debate del derecho. O sea, yo soy médico, yo tengo cariño, afecto por mi profesión. De hecho fui presidente de la Academia Ecuatoriana de Medicina. El problema no es mi profesión, el problema no es la medicina. Tú ves cuántos héroes y heroínas médicos y médicas de primera línea de personal de salud han dado la vida en defensa de su pueblo, en estos años de pandemia. No estamos hablando de la medicina, estamos hablando del poder del modelo farmo-biomédico. El poder farmo-biomédico ha medicalizado la lógica con un sesgo, un bias absolutamente de conveniencia empresarial, de los grandes capitales. Y hay que romper el molde cartesiano tanto de las ciencias de la vida como la epidemiología, como la salud colectiva, como del propio derecho. Porque hay un molde cartesiano positivista donde el derecho positivo, donde la salud farmobiomedicalizada está haciéndonos perder de vista el escenario básico de por dónde debemos avanzar. Yo me situaría en esas tres preguntas. Si quieres, podría desarrollar unas ideas básicas sobre aquello, pero tú me piloteas, porque yo no quiero…

- Natalia: No, está perfecto. Me gustaría si podés ejemplificar el contenido de este derecho y esto que estás diciendo de no pensarlo en términos individuales sino de una manera más amplia como lo puede ver el modelo de salud colectiva.

-Jaime: Exactamente. Bueno, yo creo que nosotros tenemos desencadenado un sistema que me parece, yo lo he estado explicando cómo…. El capitalismo 4.0 es un capitalismo que nos lleva, nos conduce de una manera muy acelerada a una situación sindémica, no es solamente una pandemia, es una catástrofe múltiple. Es una crisis múltiple. Esta crisis múltiple hay que entenderla como la combinación… ¿por qué decimos que es más allá de pandemia? Porque pandemia sería un problema de un proceso transmisible que se globalizó. Peor nosotros estamos hablando ahora de una sinergia entre cuatro grandes catástrofes, o 5.. Por un lado tienes tú la configuración de ecosistemas propicios a la multiplicación de condiciones de replicación de enfermedades transmisibles, virales o no virales. Es decir, el mundo entero está como mesa servida para la pandemia. Es una era pandémica, sindemo pandémica. O sea, es una economía sindemo pandémica. En segundo lugar, está profundamente ligado con o anterior, le tema de un galopante, exponencial, salvaje crecimiento segundo a segundo de la inequidad. Antes esa inequidad se podía expresar empíricamente en la acumulación, en la diferencia entre el valor que gana un empresario de una fábrica con respecto a su obrero. Hoy es una cosa que las cifras, y Picketty en el monumental estudio que hicieron con su equipo, que se publicó en francés y luego en el Fondo de Cultura, muestra que el crecimiento de la inequidad es galopante y los pronósticos del 2090 son escalofriantes. Es decir, se mide en trillones por día, de dólares. Así es de grande el crecimiento. Es tan bestial el

crecimiento y es tan grave el proceso de acumulación por un lado, pero la otra cara de la moneda es de exclusión. Y cuando hablas de exclusión masiva, uno de los reflejos empíricos de aquello es la masificación de la inmigración. La migración no solamente se produce por violencia ante los talibanes. La migración masiva es de una desesperación de la supervivencia. Entonces está construido también como un proceso de inequidad galopante. Cuarto, yo creo que tenemos un problema sinérgico con el cambio climático que es parte de la misma matriz. Y el cambio climático tiene todavía poderosos detractores, los deniers, los que lo niegan, aunque la prensa les demuestra todos los segundos de la vida que algo muy grave está pasando. Y otro gran problema es lo que la OMS llamó originalmente infodemia y yo le tomé ese término. ¿Qué es la infodemia? No es solamente que estamos mintiendo en las redes, fake news. La más grave es la infodemia sistematizada, orquestada desde la ciencia del poder. O sea, estamos distorsionando el diagnóstico. O sea la ciencia está caminando por una trayectoria, porque como los aparatos de producción… ósea, las universidades producen conocimiento pero quienes son los dueños de las revistas, quienes son los dueños de escenarios de control, poder académico, son las empresas. Entonces en un escenario así las universidades públicas tambalean, entran en tensión. Casos tremendos como el de… bueno, hay mil casos donde hay una persecución y una invisibilización o amable o elegante o brutal de lo que es el conocimiento crítico. Y una infodemia generalizada. ¿Todo esto qué expresa? Expresa una sociedad capitalista acelerada donde ese capitalismo acelerado se nutre de una tendencia patriarcal elegante, otras veces sigue siendo bestial. Y además de una tendencia étnica, de una confrontación étnica muy grave y de un colonialismo que se reproduce. Entonces es una matriz muy jodida que está poniendo al planeta al borde del despeñadero final de no retorno. Entonces ¿qué hace el derecho?, ¿qué hacemos los investigadores de salud? ¿Y qué hacemos los que estamos luchando con los campesinos por una producción agroecológica que es mi campo de lucha? Nosotros estamos luchando con ese tipo de situación frente a nosotros. En ese escenario mi primera llamada es que el derecho tiene que ponerse al día en una visión integral del contexto. Entonces en eso, derecho a qué. ¿Qué es lo que debemos defender? Mi llamada a los abogados, abogadas como tú de este planeta, conscientes y maravillosas, es piensen que mi propuesta es cómo juzgamos, cómo juzgamos si una sociedad es saludable, no es saludable. Cómo juzgamos si una sociedad está caminando en función del bienestar común, del buen vivir o si se está yendo al despeñadero. ¿Cómo sabemos qué es justo y qué no es justo, qué debe ser justiciable y qué no es primordial en esa línea? Yo he dicho que son lo que yo llamo las cuatro S de la vida. Es ahí donde está la defensa, y hacia el final de esta conversación te voy a mostrar cómo lo hemos usado para discusión del código orgánico de soberanía alimentaria que se está yendo a debatir en asamblea. Esta mañana nos llegó la carta de que a las organizaciones

campesinas y a las universidades que luchamos con ellos, van a escuchar nuestra propuesta en la discusión del código de soberanía alimentaria. Es decir, que la incidencia de la norma, en la incidencia jurídica. No me acuerdo si te mandé el enlace de la reunión

. Natalia: El enlace sí, lo que no sé es sobre el proyecto que están enviando a la legislatura, que me gustaría verlo, y si incluyen cuestiones de derecho a la salud, acceso a la justicia. Pero esto aparte digamos, por interés propio, tenas de agua, de justicia hídrica. Mencionaste las 4 S que son?

- Por supuesto. Entonces, mira, ¿qué son las 4 S? Porque ante la debacle planetaria no es suficiente hablar de sustentabilidad, ni siquiera es suficiente hablar de soberanía, es la segunda S. Hay una tercera S que es la estructura solidaria o insolidaria, la solidaridad. La cuarta S es la seguridad integral de la vida. Perdón (suena el teléfono, atiende). Entonces, 4 S de la vida, eso es lo que para mi hemos operacionalizado, sea para investigar un espacio cualquiera. Por ejemplo, estamos haciendo una investigación ahora de todo lo que es el sur de la costa de Ecuador que es la zona de más alta producción de banano del mundo. Estamos trabajando en esa zona sobre esta temática que estamos hablando. También lo hemos hecho en la zona de la sierra indígena, de la montaña con el tema de las guarderías infantiles y la nutrición de los niños de las guarderías. En todo caso, las 4 S de la vida son el criterio, para mi sería el marco de los principios a ser operacionalizados y desglosados para construir la justiciabilidad. Esa sería mi propuesta. Y eso es no solamente un recurso investigativo, no solamente es para un diseño epidemiológico, para evaluar, lo estamos convirtiendo. Por ejemplo, un estudiante del doctorados está trabajando su tesis sobre un sistema de evaluación agraria sobre las 4 S. O sea, cómo se evalúa un espacio agrario para el cumplimiento de las 4 S. Si las 4 S no se cumplen, quiere decir que no hay justicia. Quiere decir que no hay salud, que no hay equidad, que no hay campo para la vida sino que es un campo, un espacio productivista para la muerte y para la inseguridad y para la impunidad. Entonces esa construcción la estamos planteando y hay un desglose de aquello. Yo voy a dar un seminario al que tú estás cordialmente invitada; los profesores de la universidad de Sao Pablo me han pedido dar un seminario porque para operar esto hemos desarrollado una metodología, una teoría epidemiológica y una metodología metacrítica. ¿Qué significa metacrítico? Significa transdisciplinaria, intercultural y no cartesiana, dialéctica. O sea, del realismo crítico, de la anti hegemónica. O sea, esto hay que aterrizarlo. Nosotros tenemos una manera, sea para ir a la investigación de campo o para debatir el COSAL- el código orgánico de salud, lo hemos discutido y hemos hecho una propuesta del código orgánico a partir de la 4 S de la vida. Entonces ahí completamos el campo de la justiciabilidad de acuerdo a nuestro concepto porque, por ejemplo nosotros tenemos este rato la gran preocupación de la

pandemia pero nos estamos olvidando que hay otras pandemias muy graves e invisibles o silentes o no tan aparatosas. Por ejemplo, en este rato hay una pandemia producida por la dieta neoliberal. La dieta neoliberal que se va imponiendo en la sociedades de a poco y va entrando cada vez más, y va entrando sobre todo clasistamente. Una dieta neoliberal para los pobres y una para las clases dominantes. Entonces en esa dieta neoliberal,que es una dieta obesogénica y tóxica. Hay una encarnación masiva de obesidad en todo el planeta. Y eso está matando gente, y eso se relaciona con las crónicas y las cardiovasculares, y tienes todo lo demás que viene con ellos. Entonces, el derecho, cuando habla de la mala práctica , la reduce al consultorio, al hospital. Y generalmente punitiva para hacer un negocio demandando médicos. En cambio, no se juzga la práctica empresarial de producir enfermógenos. Es decir, obesógenos, por ejemplo, o tóxicos.. Es alarmante la información del mundo sobre la contaminación múltiple de alimentos Incluso los industrializados se venden en las perchas maravillosas de las cadenas de supermercados más prestigiosas. Nosotros tenemos un problema muy serio, Brasil tiene un estudio maravilloso que hizo un dossier gigantesco de cómo los alimentos que se venden en Brasil, todos están contaminados, una, dos, tres y cuatro. La leche materna, de mujeres que están haciendo lactancia en las zonas donde hay una acumulación de agrotóxicos, está contaminada con pesticidas. Eso se ha mostrado en Brasil, tenemos datos de EEUU, ya los tengo de Ecuador y Argentina también. Claro, si ustedes están ahí…

- El 80% de lo que producimos tiene agrotóxicos.

- Entonces, qué es la obesidad para el bioético convencional, para el médico convencional. Es implemente un problema clínico hospitalario, hay que tratar al adolescente

- Natalia: individual

- Jaime: Es individual y curativo, y de la prevención etiológica individual. Pero ese es el pico del iceberg. Pero no es entrar en la justicia frenando, regulando, prohibiendo y generando obligaciones del principio de precaución en los espacios agroindustriales donde hay que parar esa locura, como debió haberse parado en Ituzaingó en Córdoba, en todo lo que es la zona de Sao Pablo de cañicultura. Es decir, los escenarios de masacre ecosistémica que no solamente te van a generar estos productos peligrosos sino que son espacios donde hay un derecho laboral conculcado y donde esos productos van al consumidor y está conculcado el derecho del consumidor a una alimentación saludable. Entonces vamos viendo los escenarios a nivel general, particular, individual de

esta justiciabilidad en las 4 S. . Y ahí tenemos el espectro completo de lo que sería la mirada.

- Natalia: Increíble. Y de esto, Jaime, ¿vos ya tenés escrito, podemos tener algo que pueda incorporar también al documento?
- Jaime: Si, algo de esto lo tengo escrito. Estamos con mi equipo produciendo un libro que va a ser todo de esto en grande, yo te puedo facilitar de a poco. A mi me angustia que se vaya a desperdiciar la energía de ustedes abogados alternativos y se me los vayan a medicalizar y a sofisticar lo que ya está cocinado. Entonces, más bien hay que explorar estos horizontes médicos.

- Natalia: Me parece súper interesante, un desafío increíble y acompaño lo que necesites del proceso como para poder también traducirlos en políticas públicas o para acciones de incidencias también de lo que necesites. En Argentina creamos, estamos impulsando una red de abogacía comunitaria justamente para formar abogados y abogadas con otra perspectiva. Entonces también apuntamos y estamos iniciando procesos de capacitación, inclusive de facilitación de lenguaje claro para que la gente comprenda y se apropie del derecho y dispute y pueda generar también políticas públicas. Yo trabajo mucho territorialmente en las villas de la provincia de Bs. As y de capital, así que a disposición para lo que necesites. Sería un lujo integrar o poder aportar algo desde la mirada de este derecho que buscamos también que sea crítico.

- Jaime: Maravilla Natalia, ahí tienes un socio. Claro, lo único que nos jode a ti y a mi es que seguramente tenemos unas agendas bestias, ¿no?

- Natalia: Te mando nuestro documento, te voy a mandar unas diapositivas de la matriz que utilizamos nosotros para trabajar. Capaz que si me permites compartir.

- Jaime: Una cosa que yo quería sugerir, estoy seguro que está en tu radar, es el tema de veeduría y control social. O sea, yo creo que un sistema de salud que es vertical, que es, hasta por sus nombres, en salud se habla de vigilancia epidemiológica, un concepto militar, vertical, donde la inteligencia del sistema lo hace un burócrata mirando hacia abajo a su pueblo, el pueblo simplemente a lo mejor es de un lego que le puede aprobar, apoyar con algunos datitos pero lo mira de esa manera. Mientras que cuando uno se aproxima con una visión democrática donde estamos vis-a-vis en la plataforma de academias, organizaciones populares y expresiones democráticas del gobierno, esa

plataforma se construye en una equidad. Y eso sería espacios que debemos institucionalizar y eso es parte de la justiciabilidad como espacios de planificación participativa, de veeduría y control social. Y además como un espacio de incentivos de acción afirmativa e incentivos, ¿por qué? Porque, por ejemplo, nosotros estamos en la lucha por impulsar una reforma hacia la agroecología. Pero tienes monstruos que se oponen a eso, son muy poderosos. Entonces, cómo haces para ir abriendo territorios a la agroecología, y cómo haces para que los campesinos que pelean en desigualdad de condición con los grandes capitales del agrobussiness? Necesitas que haya, por un lado, control de los grandes, de los horrores que están haciendo. En el caso del banano por ejemplo, están inundando con la avioneta territorios que están luchando por ser agroecológicos. Y dónde está la justicia que impide esa agresión y esa destrucción de los derechos de la naturaleza y de los derechos laborales y productivos de los campesinos. Entonces, si no hay incentivos, si no hay herramientas de control, veeduría social y si eso no se institucionaliza, la justicia no va a poder operar.

Natalia - Jaime, no sé cómo estás de tiempo, pero tengo algunas otras preguntas en relación a…. un punto que siempre se habló como central es si la pandemia vino a profundizar cuestiones existentes, preexistentes de la crisis sanitaria, las crisis económicas. O hay algunos también que están hablando de que a partir de la pandemia hay ruptura del estado de derecho, de que la pandemia no solamente profundizó aquellas inequidades que estaban presentes, sino que en muchos de los países generó ruptura del estado de derecho. Por eso, algunas de las personas que participaron del foro sostienen ese diagnóstico y para mi es importante ir consensuando, validándolo. Hay algunos países que inclusive tenían ruptura de estado de derecho o democracias de baja intensidad, estado de derecho y el estado de derecho como para garantizar todos los otros derechos, no sólo el derecho a la salud sino los derechos económicos, sociales, culturales, ambientales a la ciudadanía eso está en crisis. No sé cuál es tu opinión en relación a eso.

- Jaime: A mi me parece que no es que ha habido una ruptura del estado de derecho, esa ruptura ya se dio hace mucho tiempo cuando empezó a desmantelarse a través del proyecto neoliberal el pacto social. Fueron desmantelándose espacios de derecho que se habían construido en los años de un capitalismo menos agresivo. Lo que ahora hace la pandemia es desnudarlo y acelerarlo. Pero la pandemia es producto de esa misma matriz, es un producto de la ruptura y es a la vez una acentuadora de la ruptura.. Primero, la pandemia no es un ente extraño que vino en paracaídas y cambió algo que estaba ahí. La pandemia está generada por esa propia ruptura del estado de derecho y

lo que hace es crear condiciones, reproducir condiciones de agravamiento de cada una de las cosas que estaba o larvada o menos acelerada y que se rompe violentamente. O sea, si uno no se queda en el pico del iceberg, cierto es que ya tenemos que saludarnos con el codo y usamos mascarilla, y hacemos dos metros de distancia en las relaciones. Pero ¿y a qué distancia? Esa distancia física. ¿y la distancia social, profunda que existe en el capitalismo?

(problema con conexión de Internet)

- Jaime: Yo lo que digo es que como estoy hablando, mi manera de entender esto es que es una matriz única donde la pandemia es parte del mismo proceso. La pandemia es una encarnación donde si como ruptura del estado de derecho entendemos la pérdida de institucionalidad y de viabilidad de la vigencia del derecho, eso está perdido hace mucho tiempo. Ahí estoy entrando en un territorio pantanoso porque no es mi campo, pero ese sería mi análisis. Lo que estamos viviendo es no una nueva destructividad, no algo nuevo, , estamos viviendo lo mismo pero acelerado y magnificado.

- Natalia: clarísimo. Y en relación al deber del Estado de proteger.. porque lo que veíamos también es que hubo como un proceso de securitización la salud pública so pretexto de "el Estado te protege" pero también te disciplina, te encierra. En algunos países se agravó con toque de queda, con políticas persecutorias, y afectó también a otros derechos. Muchas de las medidas que se tomaron durante la pandemia nos vuelven al neo-higienismo, a una militarización en algunos países de la salud con el pretexto o con esta idea de la salud pública disciplinando la circulación de la personas, con una aplicación de medidas preventivas No sé cómo lo ves eso vos, si considerás que existió este proceso de militarización de la salud pública, de un neo-higienismo.

- Jaime: Bueno, todo eso está influido por el pensamiento de Foucault y por la biopolítica. Y tiene ciertos visos, tiene ciertas cosas, eso viene de una línea constructivista, y yo soy dialéctico, soy marxista. Entonces tengo mis reparos, entiendo bien lo que se quiere decir pero qué es lo que ha pasado. El tema de la pandemia.. por ejemplo, tú me dices, comparemos Finlandia y Ecuador, una socialdemocracia con un estado de derecho evidente muy fuerte, y tienes un Estado neoliberal con un desmantelamiento sistemático del pacto social y del derecho. Entonces, en esos dos escenarios decir "usted tienen que quedarse en casa" es muy distinto. Uno tiene la necesidad de entender el contexto para juzgar la justiciabilidad. Porque en Finlandia el que se queda en casa tiene todos los días, o cada 15 días o cada semana, una dotación por parte del Estado de lo que necesita para comer. Si en Guayaquil, Ecuador, le dices a la gente "quédese en su casa porque usted

tiene que respetar esta norma", él sabe que tiene que decidir entre el virus y morirse de hambre porque él vive en y de la calle. La casa para él es muerte. Y no estoy diciendo del narcotráfico, estoy hablando del comerciante guayaquileño, de ese subproletariado urbano, que tiene bolsones enormes en las ciudades neoliberales del mundo. Obvio que tú tienes que decir "distánciese" porque hay que controlar, pero es distinto hacerlo con militares y a bala, obligando contra natura y contra derecho, a hacer algo que es suicida para ti que es quedarte en tu casa, y otra cosa es hacerlo en Finlandia, donde el Estado como es costumbre, de una manera fluida, humana democrática simplemente te dice "compañero, quédate en casa, te vamos a dar la comida; si necesitas médico te va a ir a ver en casa", etc., a decirlo en Guayaquil donde tú le das eso, le haces un decreto de muerte. Entonces yo creo que no se puede analizar la pandemia como un hecho burocrático, simplemente de la institucionalidad sino que hay que articularla a los modos de vivir, a la estructura de la ciudad, a la estructura de la ruralidad neoliberal. Ahí entenderás por qué si, no, y cuál es el fenómeno de fondo.

- Natalia: Y eso es interesante también para tener en cuenta en el reglamento sanitario, la contextualización de las recomendaciones. Porque también el reglamento sanitario tiene por ejemplo recomendaciones generales sin tener en cuenta el contexto y el país y el momento que está atravesando cada uno de los países. Sí está compensando por ejemplo con medidas sociales de contención o no. O si como decís está militarizando

- Jaime:Oyéndote lo que dices, usando la misma comparación, Finlandia – Ecuador, si en Finlandia te dice el Estado "vacúnese", tú le dices "no porque tengo el derecho a decir no", el Estado te respeta. Pero tú eres una persona que pertenece a una clase social con comorbilidades mucho menores, vas a tener personas bien comidas con unos sistemas inmunes espectaculares, espacios urbanos y habitacionales asistidos, alimentados, recontra protegidos. Mientras que si tú hablas de eso mismo en Ecuador, en Guayaquil o cualquier ciudad neoliberal de Argentina, estás hablando de otro planeta. Entonces, ahí es donde se disuelve… en los dos estados están diciendo "vacúnese", y eso no es biopolítica, eso no es neo-higienismo, es simplemente hacer una recomendación para que baje el RO, la tasa de multiplicación de contagio. Entonces en otro caso aparece el militar con una bayoneta diciéndote "métase en su casa, entonces el otro está reclamando y va a hacer trampita porque mientras no le vean va a salir a sobrevivir en la calle. Son relaciones muy diferentes. Y claro, el neo-higienismo aparcería en este caso, en este segundo escenario en donde viene este control vertical, dominante, típico, como es todo lo demás.

- Natalia: sobre los cuerpos, si, clarísimo

- Jaime: Perdón, antes de que me olvide, el razonamiento acá es que sería que también tú sabes que… tú estás diciendo se vacuna o no se vacuna pero tú estás con una población que sabe perfectamente que hay un sistema inmune, que ese sistema necesita ciertas condiciones. Son escenarios muy distintos, y ya se me fue la idea que te iba a decir Ya me volverá.

- Natalia: Pueden tomar decisiones sobre su propio proceso de salud-enfermedad, evaluando riesgos y beneficios…

- Jaime:ya me acordé. En Finlandia están acostumbrados a discutir el beneficio del bien común, es decir, el derecho colectivo. Mientras que el derecho colectivo en nuestros países no existe o existe de manera absolutamente precaria. Si tú le dices a un finlandés "toma una decisión", él tiene un cuerpo organizativo y una cultura democrática, es evidente, es natural a su reproducción social tomar decisiones colectivas, mientras que acá viene a ser borrar cualquier decisión colectiva sea por la vía de la ignorancia,de la no educación forzada, de la condición de clase y poner un aparato militar atrás.

- Natalia: Clarísimo. Y eso en relación a lo que vos hoy también decías, ubicarlo en el contexto que estamos debatiendo que eso también lo voy a anotar para las recomendaciones. Y derecho a qué también. Porque el derecho a qué, si lo pensamos en términos individuales que era lo segundo que mencionaste, o en términos colectivos también, cómo esta respuesta del bien común…

- Jaime: derecho a qué, la vacuna y medicamentos, o derecho a una reproducción social protegida, una alimentación adecuada, un derecho público al beneficio de un tratamiento colectivo justo, equitativo de las emergencias, etc.. Ahí el derecho si tú le amplías el espectro de justiciabilidad, son dos cosas muy distintas. Lo que está empujándose aquí es el derecho a la vacuna y al medicamento, y tras de eso esté el lobby de las empresas.

- Natalia: Y en contexto de crisis, esta operacionalización,estas 4 S de las que hablaste, en contexto de crisis permanente como en Latinoamérica, o en crisis provocada por una pandemia, en crisis económica que también arrastra todas las demás, ¿también podrías utilizar como contenido mínimo del derecho a la salud y evaluarlo a partir de estas 4 dimensiones, de sustentabilidad, soberanía, solidaridad y seguridad integral?

- Jaime: claro, cada una de esas S tú la puedes operacionalizar siempre y cuando tengas claro su sustentabilidad, cuáles son los procesos críticos amenazados, y tú de acuerdo a esos procesos críticos amenazados en cada contexto, cada país, cada sociedad, en cada región, estos procesos críticos amenazados necesitan normas y acciones públicas de sustentabilidad anti pandémica. Igualmente es soberanía. A lo mejor algo de eso vas a ver en las matrices que te vamos a mandar, porque justamente cubre… hay elementos de sustentabilidad doblemente amenazada en la pandemia que se operacionalizan para poderlos atender. Y lo mismo las otras veces.

- Natalia: Excelente. Bueno, quedo a la espera de eso también. Y voy a agregar esto también en el informe porque me parece súper interesante también para pensarlo en derecho internacional de los DDHH en general el contenido normativo mínimo que tiene el derecho a la salud está dado por lo que dice la Observación General número 14 de la ONU, que ahí habla de asequibilidad, accesibilidad, la calidad del derecho a la salud. Y esto, nos permite garantizar en cierta forma un plan de vida. Y habla en términos de interrelación con los derechos económicos, sociales y culturales. Que también utiliza el término de determinantes sociales y no de determinación. Ese es el problemas
- Jaime: También estás al tanto de eso. Caramba, eres una abogada muy informada de la salud colectiva.

- Natalia: Es que leo todo lo que escribiste, hace rato. El problema de la determinación social

- Jaime: a veces ni los propios compañeros muchas veces entienden. Muchos dicen "no, pero hay que complementarlos". Y digo si, es como que quieras complementar el conservadurismo ortodoxo con una posición de libre pensamiento.

- Natalia: Es que hay que leer Marx para comprenderlo y comprender los modos de producción capitalista. Acá tengo mis libros, que no es la mejor edición, pero sí es importante leer sobre marxismo.

- Jaime: Bueno, para mí Marx es una carta de navegación poderosa, no la única, pero con esa me organizo mis incursiones en las diferentes epistemologías críticas. Por ejemplo con mi amigo el Boa (Boa Ventura de Sousa Santos), es un tremendo, es un pensador maravilloso.

Bueno, muchísimas gracias.

- Jaime: Espero que te haya servido esto, pero yo he pasado encantado

- Natalia: Muchísimo sirvió.

Lista de personas invitadas y participantes en la Sesión 1. Grupo de Trabajo

"Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina en el contexto de la pandemia del COVID-19"

Grupo de Trabajo sobre Derecho a la Salud
• Alicia Yamin. Directora del programa sobre derechos de la salud de mujeres y niños en el Centro de Salud y Derechos Humanos en la Escuela de salud Pública de Harvard y profesora adjunta sobre políticas y administración de la salud.
• Naomar Almeida Filho (Brasil). Ph.D. en Epidemiología. Director del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía. Investigador del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico de Brasil.
• Emerson, Merhy Emerson (Brasil). Médico, doctor en Salud Colectiva por la UNICAMP. Docente en Planificación y Gestión en Salud (UNICAMP) y profesor titular de la UFRJ. Es profesor del Programa de Posgrado en Clínica Médica en la UFRJ donde coordina la Línea de Investigación Micropolítica del Trabajo y Cuidado en Salud.
• Fernanda Soliz Torres (Ecuador). Dra. en Salud Colectiva. Directora del Área de Salud, UASB at Universidad Andina Simón Bolívar Ecuador.
• Jaime Breilh (Ecuador). d. MSc. PhD, Director del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar, Coordinador del Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad.
• Mariluz Martín Martinez (Paraguay). Coordinadora de ALAMES. Paraguay. Movimiento por el derecho a la salud "María Rivarola''. Docencia e investigación.
• Nila, Heredia (Bolivia). Médica cirujana, salubrista y especialista en planificación estratégica y gestión de la educación superior, organizadora de cursos de postgrado en Interculturalidad y Salud, Calidad y Auditoría Médica
• Gonzalo Basile.Máster Epidemiólogo y cientista social argentino doctorado en Salud Internacional en UAB(Barcelona). Es coordinador regional del GT de Salud Internacional CLACSO. Es director del Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana Es profesor en posgrados en Laboratorio Nacional de Salud Pública (DERL Haití) y en Doctorado de Escuela Salud Pública Universidad Puerto Rico y en otras universidades de América Latina y el Caribe y España.
• Liliana Ronconi (Argentina) Especialista en Ciencias Sociales con mención en Currículum y Prácticas Escolares (FLACSO) y Doctora en Derecho (UBA). Es Profesora en la Facultad

de Derecho de Buenos Aires y en la Universidad de Palermo. Investigadora del CONICET
• Paola Bergallo (Argentina) Doctora en Derecho por la Universidad de Stanford y Magíster en Derecho por la Universidad de Columbia. Es profesora asociada de la Universidad Torcuato Di y de la Universidad de San Andrés. Tella e investigadora adjunta del CONICET.
• Ignacio Ibarra (México) (OPS). Abogado, Asesor Regional sobre Legislación Relacionada con la Salud, asistencia técnica a los Estados Miembros en materia jurídica y legislativa en temas sanitarios.
• Mario Rovere (Argentina) Médico, sanitarista con Residencia en Salud Internacional. Ha sido Consultor Regional de la OPS /OMS, Decano Organizador de la Carrera de Medicina Universidad Nacional de La Matanza. Director de la Maestría de Salud Pública UNR. Coordinador General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Viceministro de Salud de Argentina.
• Alexander Schubert. Consultor Programa DIRAJus de la Agencia Alemana de Cooperación (GIZ).
• Robinson Perez Vera (Chile) Especialista en derecho a la salud en Chile. Ha participado como consultor en políticas públicas sanitarias, en diferentes instancias. Cientista Político de la Universidad de Chile. Se desempeñó como Jefe de Asesores en el Gabinete del Ministro del Interior y Seguridad Pública en el segundo Gobierno de Michelle Bachelet en Chile.

Lista de personas participantes. Sesión 1

PARTICIPANTES- Grupo de Trabajo sobre Derecho a la Salud
1. Alicia Yamin. Directora del programa sobre derechos de la salud de mujeres y niños en el Centro de Salud y Derechos Humanos en la Escuela de salud Pública de Harvard y profesora adjunta sobre políticas y administración de la salud.
2. Jaime Breilh ENTREVISTA INDIVIDUAL. (Ecuador). d. MSc. PhD, Director del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar, Coordinador del Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad.
3. Mariluz Martín Martinez (Paraguay). Coordinadora de ALAMES. Paraguay. Movimiento por el derecho a la salud "María Rivarola''. Docencia e investigación.
4. Gonzalo Basile.Máster Epidemiólogo y cientista social argentino doctorado en Salud Internacional en UAB(Barcelona). Es coordinador regional del GT de Salud Internacional CLACSO. Es director del Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana Es profesor en posgrados en Laboratorio Nacional de Salud Pública (DERL

Haití) y en Doctorado de Escuela Salud Pública Universidad Puerto Rico y en otras universidades de América Latina y el Caribe y España.
5. Liliana Ronconi (Argentina) Especialista en Ciencias Sociales con mención en Currículum y Prácticas Escolares (FLACSO) y Doctora en Derecho (UBA). Es Profesora en la Facultad de Derecho de Buenos Aires y en la Universidad de Palermo. Investigadora del CONICET
6. Alexander Schubert. Consultor Programa DIRAJus de la Agencia Alemana de Cooperación (GIZ).
7. Robinson Perez Vera (Chile) Especialista en derecho a la salud en Chile. Ha participado como consultor en políticas públicas sanitarias, en diferentes instancias. Cientista Político de la Universidad de Chile. Se desempeñó como Jefe de Asesores en el Gabinete del Ministro del Interior y Seguridad Pública en el segundo Gobierno de Michelle Bachelet en Chile.

Lista de personas invitadas. Sesión 2

"Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina en el contexto de la pandemia del COVID-19"

Grupo de Trabajo sobre Gobernanza local-regional-global y Funciones esenciales de la salud pública Coordinación: Mgter. María Natalia Echegoyemberry Día: Jueves 30 de septiembre, 17 a 19 horas (Argentina)
01. Alexander Schubert. Consultor Programa DIRAJus de la Agencia Alemana de Cooperación (GIZ).
02. Robinson Perez Vera (Chile) Especialista en derecho a la salud en Chile. Ha participado como consultor en políticas públicas sanitarias, en diferentes instancias. Cientista Político de la Universidad de Chile. Se desempeñó como Jefe de Asesores en el Gabinete del Ministro del Interior y Seguridad Pública en el segundo Gobierno de Michelle Bachelet en Chile.
03. Daniel, Maceira (Argentina).Doctor en Economía Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Profesor titular Cátedra de Organización Industrial Cs Economica (UBA). Investigador independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Dirige MBA en salud de la Universidad de San Andrés, docente en distintas universidades (DI Tella, FLACSO). Es miembro del Consejo Ejecutivo de Health Systems Global e investigador titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

04. Ernesto Báscolo (Regional). Asesor Regional en Gobernanza, Liderazgo, Políticas y Planificación en salud Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
05. Alejandro Morlachetti, Asesor Regional legal en Derechos Humanos (OPS.OMS). Especialista en derecho internacional y derechos humanos. Egresado como Abogado de la Universidad de Buenos Aires y Magíster en Derecho. Se desempeña como consultor de Organismos Internacionales, como el Alto Comisionado de Derechos Humanos, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Mundial de la Salud, CEPAL y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
06. Eduardo Gabriel Osorio Sánchez (Colombia). Abogado. Especialista en Derecho Administrativo de la Universidad Santo Tomás (Colombia); Magíster y Doctor en Derecho Público por la Universidad Autónoma de Barcelona (España). Ha sido Conjuez y Abogado Asesor del Tribunal Administrativo del Norte de Santander. Consultor Nacional e Internacional, Profesor Investigador de la Universidad Francisco de Paula Santander. Investigador Junior Colciencias, Miembro del Grupo de Investigación en Justicia, Derechos Humanos y Democracia –JHUSDEM–
07. Oscar A Cabrera (Venezuela) Master en derechos y Políticas Públicas de Salud de la Universidad de Toronto, Graduado en derecho en la Universidad Católica Andres Bello. Trabajó proyectos en OMS. Director de la iniciativa para familias saludables del Instituto O´Neil para la salud global y el Derecho Nacional y Global de la Universidad de Georgetown.Centro Colaborador OPS/OMS.
08. Octavio L Motta Ferraz. Se desempeñó como asesor senior de investigación del Relator especial sobre derecho a la salud de las Naciones Unidas. Abogado Universidad de Sao Paulo.
09. Alicia Yamin.Doctora en Derecho UBA. Directora del programa sobre derechos de la salud de mujeres y niños en el Centro de Salud y Derechos Humanos en la Escuela de salud Pública de Harvard y profesora adjunta sobre políticas y administración de la salud.
10. Liliana Ronconi (Argentina) Especialista en Ciencias Sociales con mención en Currículum y Prácticas Escolares (FLACSO) y Doctora en Derecho (UBA). Es Profesora en la Facultad de Derecho de Buenos Aires y en la Universidad de Palermo. Investigadora del CONICET
11. Lina Diaz Castro (México).Dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales . Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Mejia, Ciudad de México.

Lista de personas participantes. Sesión 2

PARTICIPANTES

12. Alexander Schubert. Consultor Programa DIRAJus de la Agencia Alemana de Cooperación (GIZ).
13. Robinson Perez Vera (Chile) Especialista en derecho a la salud en Chile. Ha participado como consultor en políticas públicas sanitarias, en diferentes instancias. Cientista Político de la Universidad de Chile. Se desempeñó como Jefe de Asesores en el Gabinete del Ministro del Interior y Seguridad Pública en el segundo Gobierno de Michelle Bachelet en Chile.
14. Daniel, Maceira (Argentina).Doctor en Economía Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Profesor titular Cátedra de Organización Industrial Cs Economica (UBA). Investigador independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Dirige MBA en salud de la Universidad de San Andrés, docente en distintas universidades (DI Tella, FLACSO). Es miembro del Consejo Ejecutivo de Health Systems Global e investigador titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)
15. Ernesto Báscolo (Regional). Asesor Regional en Gobernanza, Liderazgo, Políticas y Planificación en salud Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
16. Alejandro Morlachetti, Asesor Regional legal en Derechos Humanos (OPS.OMS). Especialista en derecho internacional y derechos humanos. Egresado como Abogado de la Universidad de Buenos Aires y Magíster en Derecho. Se desempeñó como consultor de Organismos Internacionales, como el Alto Comisionado de Derechos Humanos, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Mundial de la Salud, CEPAL y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
17. Oscar A Cabrera (Venezuela) Master en derechos y Políticas Públicas de Salud de la Universidad de Toronto, Graduado en derecho en la Universidad Católica Andres Bello. Trabajó proyectos en OMS. Director de la iniciativa para familias saludables del Instituto O´Neil para la salud global y el Derecho Nacional y Global de la Universidad de Georgetown.Centro Colaborador OPS/OMS.
18. Alicia Yamin.Doctora en Derecho UBA. Directora del programa sobre derechos de la salud de mujeres y niños en el Centro de Salud y Derechos Humanos en la Escuela de salud Pública de Harvard y profesora adjunta sobre políticas y administración de la salud.
19. Liliana Ronconi (Argentina) Especialista en Ciencias Sociales con mención en Currículum y Prácticas Escolares (FLACSO) y Doctora en Derecho (UBA). Es Profesora en la Facultad de Derecho de Buenos Aires y en la Universidad de Palermo. Investigadora del CONICET
20. Lina Diaz Castro (México).Dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales . Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Mejia, Ciudad de México.

Lista de personas invitadas. Sesión 3

"Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina en el contexto de la pandemia del COVID-19"

Grupo de Trabajo sobre Reglamento sanitario Internacional Coordinación: Mgter. María Natalia Echegoyemberry Día: Jueves 21 de octubre, 17 a 19 horas (Argentina)
01. Dra. Ximena Paz Aguilera (Chile).Médica. Actualmente es la Directora del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud de la Facultad de Medicina de la Clínica Alemana -Universidad del Desarrollo en Chile.2020-09 al 2021-05-30 | Comité de Revisión del Funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) durante la Respuesta COVID-19.
02. Alejandro, Risquez Parra (Venezuela). Profesor Titular, Cátedra de Salud Pública, Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, UCV.
03. Daniel, Maceira (Argentina).Doctor en Economía Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Profesor titular (UBA). Investigador independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Dirige MBA en salud de la Universidad de San Andrés, docente en distintas universidades (DI Tella, FLACSO). Es investigador titular del CEDES
04. Luis Castillo Argañarás, F (Argentina). Doctor en Derecho, Doctor en Ciencia Política, Master of Sociology, Magister en Relaciones Internacionales, Abogado. Profesor titular de "Derecho Internacional Público y de la Integración" en FD-UNLZ y en UADE. Investigador del CONICET y de UNLZ.
05. Lucía Alonso (Uruguay). Médica Epidemióloga. Consultora nacional en Organización Panamericana De La Salud. Docencia Investigación.
06. Geraldo Lucchese (Brasil).Licenciado en Farmacia y Bioquímica por la Universidad Federal de Rio Grande do Sul. Especialización en Salud Pública por la Escuela Nacional de Salud Pública, en Administración de Salud por la FGV / São Paulo y en Derecho de la Salud; Máster en Salud Pública por Ensp / Fundación Oswaldo Cruz (1991) y Doctorado en Salud Pública por Ensp / Fundación Oswaldo Cruz (2001).
07. Luis F. Castillo Argañarás. (Argentina). Actividades de gestión universitaria en Departamento de Derecho en UADE. Investigador CONICET.Integrante Comisión Asesora en Becas. Área Derecho, Ciencias Políticas y RR. II. Asesor en: Derecho Internacional, Política Exterior y Relaciones Internacionales.

08. Carla Vizzotti (Argentina). Ministra de salud de Argentina. Médica infectóloga, especializada en el control de enfermedades inmunoprevenibles.Desafíos para la implementación de una estrategia preventiva uniforme en el país (jurídicos, económicos, científicos y tecnológicos).Planificación y coordinación centralizada y descentralizada.
09. Fernando Tarapow (Argentina). Profesor Adjunto de Derecho Internacional Público y de Atlántico Sur y Antártida.
10. Carla Moretti (Argentina) Directora Nacional de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud (MSAL).ue asesora en temas de seguridad sanitaria. Coordinó la Maestría de Estudios Internacionales de la Universidad Torcuato Di Tella, Argentina. Lic. en Ciencias Políticas por la Universidad de Buenos Aires y especialista en control y gestión de políticas públicas y salud.
11. Gonzalo, Basile (Argentina) Epidemiólogo y cientista social argentino doctorado en Salud Internacional en UAB (Barcelona). Es coordinador regional del GT de Salud Internacional CLACSO(Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Es director del Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana(Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales RD). Es profesor en posgrados en Laboratorio Nacional de Salud Pública (DERL Haití) y en Doctorado de Escuela Salud Pública Universidad Puerto Rico y en otras universidades de América Latina y el Caribe y España.
12. Robinson Perez Vera (Chile) Especialista en derecho a la salud en Chile. Ha participado como consultor en políticas públicas sanitarias, en diferentes instancias. Cientista Político de la Universidad de Chile. Se desempeñó como Jefe de Asesores en el Gabinete del Ministro del Interior y Seguridad Pública en el segundo Gobierno de Michelle Bachelet en Chile.
13. Javier Palummno (Uruguay). Abogado.Director de investigación y gestión de la información, coordinador de la Escuela Internacional del IPPDH del MERCOSUR y miembro experto y relator del Comité Asesor del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Maestría en políticas públicas y derechos de la infancia por la Universidad de la República. Consultor experto para organismos internacionales como es el caso de la CIDH, UNICEF, PNUD, OIT, BID, ONU MUJERES, MERCOSUR
14. Alexander Schubert. Consultor Programa DIRAJus de la Agencia Alemana de Cooperación (GIZ).

Lista de personas participantes. Sesión 3

Grupo de Trabajo sobre Reglamento sanitario Internacional Coordinación: Mgter. María Natalia Echegoyemberry Día: Jueves 21 de octubre, 17 a 19 horas (Argentina)
01. Dra. Ximena Paz Aguilera (Chile).Médica. Actualmente es la Directora del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud de la Facultad de Medicina de la Clínica Alemana -Universidad del Desarrollo en Chile.2020-09 al 2021-05-30 | Comité de Revisión del Funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) durante la Respuesta COVID-19.
02. Fernando Tarapow (Argentina). Profesor Adjunto de Derecho Internacional Público y de Atlántico Sur y Antártida de la UBA derecho.
03. Claudia Madies. (Argentina). Directora de habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras del Ministerio de Salud de Nación.Directora del centro de Estudio e Investigación en Derecho Sanitario y Bioderecho en Universidad Isalud
04. Gonzalo, Basile (Argentina) Epidemiólogo y cientista social argentino doctorado en Salud Internacional en UAB (Universidad Autónoma de Barcelona). Es coordinador regional del GT de Salud Internacional CLACSO(Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Es director del Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana(Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales RD). Es profesor en posgrados en Laboratorio Nacional de Salud Pública (Haití) y en Doctorado de Escuela Salud Pública Universidad Puerto Rico y en otras universidades de América Latina y el Caribe y España.
05. Javier Palummno (Uruguay). Abogado.Director de investigación y gestión de la información, coordinador de la Escuela Internacional del IPPDH del MERCOSUR y miembro experto y relator del Comité. Asesor del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Maestría en políticas públicas y derechos de la infancia por la Universidad de la República. Consultor experto para organismos internacionales como la CIDH, UNICEF, PNUD, OIT, BID, ONU MUJERES, MERCOSUR
06. Alicia Yamin.Doctora en Derecho UBA. Directora del programa sobre derechos de la salud de mujeres y niños en el Centro de Salud y Derechos Humanos en la Escuela de salud Pública de Harvard y profesora adjunta sobre políticas y administración de la salud.
07. Helen Ahrens, (Alemania)Directora del Programa Regional de Derecho Internacional y Acceso a la Justicia en América Latina (DIRAJus).

08. Robinson Perez Vera (Chile) es cientista político de la Universidad de Chile. Especialista en derecho a la salud en Chile. Ha participado como consultor en políticas públicas sanitarias. Se desempeñó como Jefe de Asesores en el Gabinete del Ministro del Interior y Seguridad Pública en el segundo Gobierno de Michelle Bachelet en Chile.
09. Alexander Schubert. Consultor Programa DIRAJus de la Agencia Alemana de Cooperación (GIZ).
10. Alejandra Bocardo. Abogada.Investigadora de CEJA
11. Marcp Fandiño. Abogado.Director de estudios y proyectos de CEJA

CEJA · JSCA

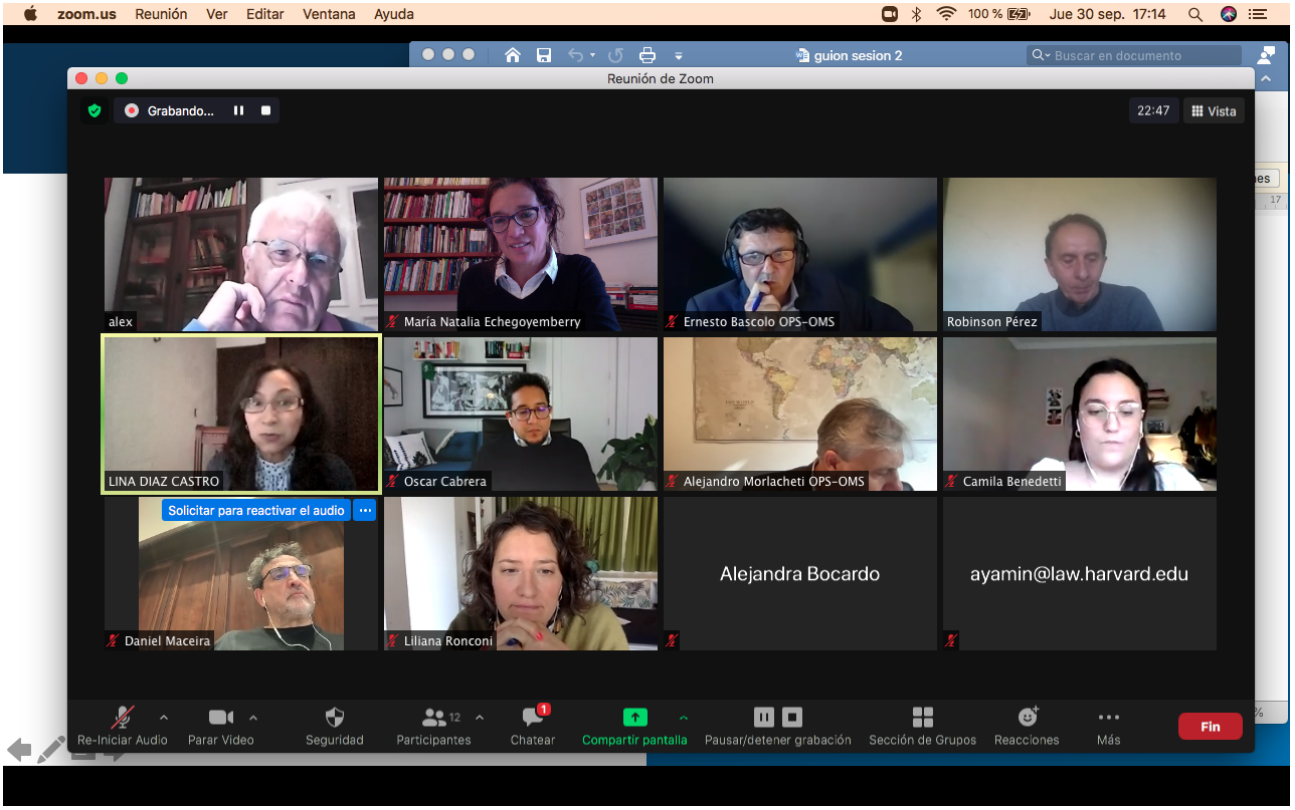
cooperación alemana
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

Implementado por
giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Registro Fotográfico

Sesión 1

Sesión 2.


zoom.us Reunión Ver Editar Ventana Ayuda
Jue 30 sep. 17:14
guion sesion 2
Buscar en documento
Reunión de Zoom
Grabando...
22:47
Vista
alex
María Natalia Echegoyemberry
Ernesto Bascolo OPS-OMS
Robinson Pérez
LINA DIAZ CASTRO
Oscar Cabrera
Alejandro Morlacheti OPS-OMS
Camila Benedetti
Solicitar para reactivar el audio
Daniel Maceira
Liliana Ronconi
Alejandra Bocardo
ayamin@law.harvard.edu
Re-Iniciar Audio
Parar Video
Seguridad
Participantes
Chatear
Compartir pantalla
Pausar/detener grabación
Sección de Grupos
Reacciones
Más
Fin

Sesión 3.

CEJA · JSCA

cooperación alemana
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

Implementado por
giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Repositorio

Articulos. Foro 1. Derecho a la Salud y Acceso a la Justicia	Enlace Foro
Basile, Gonzalo (2021). "Refundación de los sistemas de salud en latinoamérica y el Caribe: Descolonizar las teorías y políticas.. 27.10.2021	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+foro-1-refundacion-de-los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-caribe-descolonizar-las-teorias-y-politicas
Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 response.12.10.2021. World Health Organization, 74th health assembly.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+3-report-of-the-review-committee-on-the-functioning-of-the-international-health-regulations-2005-during-the-covid-19-response
El sistema de salud como construcción colectiva.24.09.2021. Daniel Maceira.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+el-sistema-de-salud-como-construccion-colectiva
La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva).24.09.2021. ONU, Consejo Económico y Social, Comité de derechos económicos, sociales y culturales.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+la-determinacion-social-de-la-salud-como-herramienta-de-transformacion-hacia-una-nueva-salud-publica-salud-colectiva
Pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), impacto y retos para una justicia independiente Informe del Relator Especial sobre la independencia de los magistrados y abogados, Diego García-Sayán.24.09.2021. ONU, Asamblea General, Consejo de DDHH.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+pandemia-de-la-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-impacto-y-retos-para-una-justicia-independiente-informe-del-relator-especial

Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries.24.09.2021. Natalia Houghton, Ernesto Báscolo, Amalia del Riego.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+socioeconomic-inequalities-in-access-barriers-to-seeking-health-services-in-four-latin-american-countries
The right to health: a model for determining the contents of the minimum core and the periphery Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. Ronconi Liliana M.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+the-right-to-health-a-model-for-determining-the-contents-of-the-minimum-core-and-the-periphery-derecho-a-la-salud-un-modelo-para
Acceso a la justicia en Latinoamérica. 17.09.2021. Maria Natalia Echegoyemberry.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+acceso-a-la-justicia-en-latinoamerica
Hacia un acuerdo latinoamericano por el acceso a la justicia.17.09.2021. ACIJ.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+hacia-un-acuerdo-latinoamericano-por-el-acceso-a-la-justicia
La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario.17.09.2021. Gonzalo Basile.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+la-triada-de-cuarentenas-neohigienismo-y-securitizacion-en-el-sars-cov-2-matriz-genetica-de-la-doctrina-del-panamericanismo-sani
Los retos y las posibilidades para la gestión de la información en salud: una mirada desde los derechos humanos. 17.09.2021. Alicia Ely Yamin.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+los-retos-y-las-posibilidades-para-la-gestion-de-la-informacion-en-salud-una-mirada-desde-los-derechos-humanos
Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe : apuntes para repensar y descolonizar las teorías y políticas.17.09.2021. Gonzalo Basile.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+refundacion-de-los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-caribe-apuntes-para-repensar-y-descolonizar-las-teorias-y-politicas
República Dominicana: eslabones críticos en la epidemiología del SARS-CoV-2 en un territorio insular periférico.17.09.2021. Gonzalo Basile.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+republica-dominicana-eslabones-criticos-en-la-epidemiologia-del-sars-cov-2-en-un-territorio-insular-periferico

The Four Critical Links of SARS-CoV-2 in Latin America and the Caribbean: Challenges for Health from the South.17.09.2021. Gonzalo Basile.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+the-four-critical-links-of-sars-cov-2-in-latin-america-and-the-caribbean-challenges-for-health-from-the-south
Basile, Gonzalo. (2020). El Gobierno de la Microbiología en la respuesta al SARS-CoV-2. PRIMERA PARTE: CORONAVIRUS EN EL MUNDO, AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Revista Salud Problema(UAM México) No. 27; Segunda Época, Año 14, enero-junio de 2020. Págs. 14-35. 16.09.2021	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+2-basile-gonzalo-2020-el-gobierno-de-la-microbiologia-en-la-respuesta-al-sars-cov-2-primera-parte-coronavirus-en-el-mundo-americ
Basile, Gonzalo. (2020). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. Ciência & Saúde Coletiva , 25 , 3557-3562 16.09.2021	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+3-basile-gonzalo-2020-sars-cov-2-en-america-latina-y-caribe-las-tres-encrucijadas-para-el-pensamiento-critico-en-salud-ciencia-s

Articulos FORO 2. GOBERNANZA LOCAL.REGIONAL-GLOBAL	Enlace Foro
Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 response.12.10.2021. World Health Organization, 74th health assembly.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+3-report-of-the-review-committee-on-the-functioning-of-the-international-health-regulations-2005-during-the-covid-19-response
Transcripción Sesión 2. Gobernanza Sanitaria..10.10.2021	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+transcripcion-sesion-2-gobernanza-sanitaria
Funciones Esenciales de la Salud Pública y derecho a la salud. Morlachetti, Cabrera y Báscolo (OPS).05.10.2021	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+https-www-youtube-com-watch-v-ebi9f-nnsvs-t-1316s

Fondo Estratégico OPS.05.10.2021	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+https-www-youtube-com-watch-v-k3zz5ydxu20
A renewed framework for the essential public health functions in the Americas.30.09.2021. Ernesto Báscolo, Natalia Houghton, Amalia del Riego, James Fitzgerald.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+a-renewed-framework-for-the-essential-public-health-functions-in-the-americas
Las funciones esenciales de la salud pública en las américas una renovación para el siglo XX. 30.09.2021. OPS - OMS.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+las-funciones-esenciales-de-la-salud-publica-en-las-americas-una-renovacion-para-el-siglo-xx
Cómo evitar que la crisis del COVID-19 se transforme en una crisis alimentaria Acciones urgentes contra el hambre en América Latina y el Caribe.25.09.2021. CEPAL-FAO.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+como-evitar-que-la-crisis-del-covid-19-se-transforme-en-una-crisis-alimentaria-acciones-urgentes-contra-el-hambre-en-america-lat
Transcripción sesión 1. Derecho a la salud. “Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina en el contexto de la pandemia del COVID-19”.25.09.2021	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+foro-permanente-sobre-acceso-a-la-justicia-y-derecho-a-la-salud-en-america-latina-en-el-contexto-de-la-pandemia-del-covid-19
La reorganización de los servicios de salud.Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina. 25.09.2021. Daniel Maceira, Sofía Olaviaga, Valeria Iñarra.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+la-reorganizacion-de-los-servicios-de-salud-experiencias-provinciales-en-la-gestion-sanitaria-de-la-pandemia-del-covid-19-en-la
Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe. 25.09.2021. CEPAL - CELAC.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+lineamientos-y-propuestas-para-un-plan-de-autosuficiencia-sanitaria-para-america-latina-y-el-caribe
Notas sobre los centros de rastreo de contactos estrechos a nivel provincial. Aprendizajes de la pandemia.25.09.2021. Daniel Maceira, Sofia Olaviaga, Valeria Iñarra, Alen Jimenez.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+notas-sobre-los-centros-de-rastreo-de-contactos-estrechos-a-nivel-provincial-aprendizajes-de-la-pandemia

Talento humano, el recurso más crítico.Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina.25.09.2021. Sofía Olaviaga, Valeria Iñarra, Daniel Maceira.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+talento-humano-el-recurso-mas-critico-experiencias-provinciales-en-la-gestion-sanitaria-de-la-pandemia-del-covid-19-en-la-argent
Declaración sobre el acceso universal y equitativo a las vacunas contra la enfermedad por coronavirus (COVID-19).24.09.2021. ONU, Consejo Económico y Social, Comité de derechos económicos, sociales y culturales.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+declaracion-sobre-el-acceso-universal-y-equitativo-a-las-vacunas-contra-la-enfermedad-por-coronavirus-covid-19
El desafío de la gobernanza. Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina.24.09.2021. Daniel Maceira, Sofía Olaviaga, Valeria Iñarra.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+el-desafio-de-la-gobernanza-experiencias-provinciales-en-la-gestion-sanitaria-de-la-pandemia-del-covid-19-en-la-argentina
ENFERMOS DE DESARROLLO: los eslabones críticos del SARS-CoV-2 para América Latina y el Caribe. 17.09.2021. Gonzalo Basile.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+enfermos-de-desarrollo-los-eslabones-criticos-del-sars-cov-2-para-america-latina-y-el-caribe

Articulos FORO 3. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL	Enlace Foro
¿Puede un ejercicio legislativo pandémico promover la justicia sanitaria mundial? - Editorial Final del Simposio 04.11.2021	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+https-blog-petrieflom-law-harvard-edu-2021-11-04-pandemic-lawmaking-global-health-justice-more-30514
Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response. 22.10.2021. IHR.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+3-review-committee-on-the-functioning-of-the-international-health-regulations-2005-during-the-covid-19-response
Functioning of the International Health Regulations during the COVID-19 pandemic. 22.10.2021. The Lancet.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+https-www-thelancet-com-journals-lancet-article-piis0140-6736-21-01911-5-fulltext

La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. 21.10.2021. CEPAL-OPS.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+la-prolongacion-de-la-crisis-sanitaria-y-su-impacto-en-la-salud-la-economia-y-el-desarrollo-social
COVID-19: hagamos que sea la última pandemia.13.10.2021. The Independent Panel for pandemic preparedness and response.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+3-covid-19-hagamos-que-sea-la-ultima-pandemia
La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad.13.10.2021. CEPAL.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+3-la-paradoja-de-la-recuperacion-en-america-latina-y-el-caribe-crecimiento-con-persistentes-problemas-estructurales-desigualdad-
RESOLUCIÓN No. 4/2020 DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON COVID-19.13.10.2021. OEA-CIDH. RELESCA[7] Y RELE[8].	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+3-resolucion-no-4-2020-derechos-humanos-de-las-personas-con-covid-19
A internacionalização da regulamentação sanitária The internationalization of the sanitary regulation. 12.10.2021. Geraldo Lucchese.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+3-a-internacionalizacao-da-regulamentacao-sanitaria-the-internationalization-of-the-sanitary-regulation
América Latina y el impacto de la pandemia del COVID-19. 12.10.2021.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+3-america-latina-y-el-impacto-de-la-pandemia-del-covid-19
Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).12.10.2021. OMS-OPS, 57° Consejo Directivo, Sesión del Comité Regional de OMS para las Américas.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+3-aplicacion-del-reglamento-sanitario-internacional-rsi
COVID-19 response.12.10.2021.Seventy Third World Health Assembly.	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+3-covid-19-response
Estrategia y plan de acción para mejorar la estrategia de atención en la prestación de servicios de Salud 2020-2025. 12.10.2021	https://dirajus.org/panel/pages/repositorio-desca+salud+3-estrategia-y-plan-de-accion-para-mejorar-la-calidad-de-la-atencion-en-la-prestacion-de-servicios-de-salud-2020-2025

[7] Relatoría especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales.
[8] Relatoría especial para la Libertad de Expresión.

Evaluación de capacidades básicas para cumplir el Reglamento Sanitario Internacional en puntos de entrada de Uruguay. 12.10.2021. Lucía Alonso, Monica Pujadas y Raquel Rosa.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+3-evaluacion-de-capacidades-basicas-para-cumplir-el-reglamento-sanitario-internacional-en-puntos-de-entrada-de-uruguay
Fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias: aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).12.10.2021. Organización Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo, 148° reunión.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+3-fortalecimiento-de-la-preparacion-frente-a-emergencias-sanitarias-aplicacion-del-reglamento-sanitario-internacional-2005
Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe.12.10.2021. CEPAL y CELAC.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+3-lineamientos-y-propuestas-para-un-plan-de-autosuficiencia-sanitaria-para-america-latina-y-el-caribe
Reflexiones sobre Responsabilidad Internacional de un Estado por la propagación del COVID-19.12.10.2021.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+3-reflexiones-sobre-responsabilidad-internacional-de-un-estado-por-la-propagacion-del-covid-19
Reglamento Sanitario Internacional (2005) Segunda edición.12.10.2021.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+3-reglamento-sanitario-internacional-2005-segunda-edicion
Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 response.12.10.2021. World Health Organization, seventy fourth world health assembly.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+3-report-of-the-review-committee-on-the-functioning-of-the-international-health-regulations-2005-during-the-covid-19-response
Salud Mundial y el Reglamento Sanitario Internacional.12.10.2021. Alejandro Rísquez Parra.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+3-salud-mundial-y-el-reglamento-sanitario-internacional
Strengthening preparedness for health emergencies: implementation of the International Health Regulations (2005).12.10.2021. World Health Organization. Executive board, 148th session.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+3-strengthening-preparedness-for-health-emergencies-implementation-of-the-international-health-regulations-2005
Reglamento Sanitario Internacional. Ximena Paz Aguilera.05.10.2021.	https://dirajus.org/panel/pages/reposito rio-desca+salud+reglamento-sanitario-internacional-ximena-paz-aguilera

Implementado por