



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

(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)

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. También Alicia Yamin, 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.

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.

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

Borrador de trabajo. No difundir sin expresa autorización de las y los participantes.



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

Les comento algunas cuestiones de la dinámica

Confidencialidad de la reunión: El encuentro será grabado al sólo efecto de transcribir los principales aspectos abordados en el conversatorio.

Si la persona desea se le mencionará expresamente como experta/o participante.

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.

Se presentan cada una/o de las y los participantes.

01. 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).

02. Mariluz Martín Martínez (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.

03. 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.

04. Robinson Perez Vera (Chile) Politologo. el campo de experiencia son las políticas públicas. Participó en 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.

05. 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.

06. 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. Sobre todo



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.

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 .
- Escasas 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).

A partir de estos puntos de los que partimos, nos parece 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 dialogo presencial.

- Gonzalo: 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 SARCOS2. 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 meo 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 consolidada 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 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 vana llamar **la biomedicalización de las relaciones internacionales**, vana 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 y 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 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 implorionó y se paralizó durante sobre todo el primer semestre de la pandemia y la epidemia. Así que esos eran 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 Gonzalo 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 Gonzalo, 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 Iso territorio.

- **Mariluz:** 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 Gonzalo 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 Gonzalo 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 si 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, que su sistema de protección social es profundamente débil y el estado en sí también es débil. Entonces además eso contribuyó a un decreimiento 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 puedo 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 Alicia.

- Liliana: Gracias Gonzalo, nos dejaste así con la presentación y con tu respuesta a una intervención. Yo acuerdo en parte de lo que decía Mariluz.

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 Mariluz.

Quizás podemos decir que no se rompió **el Estado de derecho pero sí creo que 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 podemos 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 Mariluz, 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 Mariluz, 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 ala 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 Gonzalo, 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 judicializarlo. Pero eso se 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 Gonzalo y Mariluz.

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 x deuda o x 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

Gonzalo 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 estan sacando el mismo tipo de evaluaciones, que en otras evaluaciones,

Alicia, quieres reaccionar en relación al deber de protección o lo que mencionó Liliana, 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?

- Alicia: Bueno, son preguntas muy grandes. Yo primero, me encantó la presentación de Gonzalo, 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 Liliana, 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 Mariluz 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 Liliana, **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 Alicia, y si es un punto super interesante de pensar también la organización del sistema de salud, en clave del RSI, que parece que esta hablando a sistemas de salud que parece que son todos iguales y cual es el interlocutor del RSI.

- Alicia: 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.

- Robinson: creo que las reflexiones son casi un lugar común, muy interesante y motivante. Voy a tomar dos o tres para entrarle a la discusión y compartir alguna reflexión. Voy a partir que creo que lo señaló Gonzalo, 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 Gonzalo 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 Alicia recién.

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 Gonzalo, **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 Alicia, 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 planteaba Gonzalo y Alicia, poder profundizar en el marco del foro.

Y una segunda idea por lo que se señaló con respecto a lo que decía Alicia, 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 son 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 Gonzalo, 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, ese segundo aspecto que se plantea creo que también es muy interesante poder discutirlo. Eso es lo que quería comentar

(comentario Natalia). gracias Robinson. 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 Gonzalo, Mariluz, 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.

- Alex: 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 confirmara 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 Alicia 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. Ya 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 Alicia, 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 le 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). Muchsímas gracias Alex, y vinculado con esto. Desde la corriente de salud internacional se esta pensando en refundar los sistemas de salud. Etsa vinculado con lo que dice Alicia, Gonzalo. Cuales 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?

- Gonzalo: Yo quizás algunos comentarios rápidos de lo que fuimos hablando, que me quedaban un poco de escucharles. El primero que me parece que ustedes plantean 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 Alex, 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 d cristal sino porque ya lo veíamos operando en África, yo trabajo mucho en Haití, he estado 10 años e la epidemia de cólera den Haití. Entonces, todas estas operacionalizaciones que Alicia las podrá tener parte 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 escuchándoles 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:

- Alex: yo quisiera intervenir ahí Gonzalo porque tú has tocado un punto que es clave y que tiene la relación un poco lo que planteaba Liliana 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; o 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 el 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 Gonzalo, 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 Liliana 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 Alex, difícil respuesta. Gonzalo vas hablar?

- **Gonzalo:** 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 Alex 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 Gonzalo 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 intoductoriamente”**.

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 dice Alex, 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 mi 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 ara 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 Robinson 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 Alex, 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 normativas, 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 otra, el CICA 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 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 ineffectividad. 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.

- Mariluz: 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 facilite 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 Ale nombraba a Alma Ata, yo también soy un poco de Alma Ata y salud para todos- y Gonzalo 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 Ale 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 Gonzalo 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 Liliana 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 Gonzalo 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 Mariluz, 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 significativo vacío.

Un tema que aborda Gonzalo es el de la peligrosidad y el confinamiento de personas sanas.

- Liliana: yo quería decir algo muy cortito, creo que Gonzalo y Mariluz 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 Gonzalo, 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 Mariluz 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 Gonzalo, 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 estén 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 Liliana, traigo acá el trabajo de Alicia, 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.

- Alicia: 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 Gonzalo

- Robinson: 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 Gonzalo, , 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, sea 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 lo segundo y creo que en el debate entre esta idea de lo que planteó Mariluz y Liliana 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 Gonzalo, 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 Alicia 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 planteaba 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 sé si alguno/a quiere tomar la palabra ya estamos pasados de tiempo

- Alicia: 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, 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, agradecimiento y cierre).