LOS RETOS Y LAS POSIBILIDADES PARA LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EN SALUD: UNA MIRADA DESDE LOS DERECHOS HUMANOS

Alicia Ely Yamin

Petrie-Flom Center for Health Law Policy, Biotechnology and Bioethics, Harvard Law School. Harvard TH Chan School of Public Health. Centre on Law and Social Transformation. Partners In Health. Cambridge, Massachusetts, EUA. ayamin@law.harvard.edu

Conferencia dictada el 14 de abril de 2021 en Academia Nacional de Farmacia y Bioquímica Jornadas Información y Ética 2021

Resumen	**36**
Summary	**37**
Introducción	**37**
I.- El derecho a la salud: La distancia entre la consagración formal y el goce efectivo	**38**
II.- El derecho a la información y la democracia	**39**
III.- La toma de decisiones en materia de salud y la justificación democrática	**40**
Conclusiones	**43**
Referencias Bibliográficas	**44**
Agradecimiento	**44**

RESUMEN

La pandemia ha hecho que se preste mucha más atención a las conexiones entre la salud de la población y los sistemas sanitarios y la legitimidad democrática de las respuestas gubernamentales.

Se analiza tres conceptos distintos pero que están interrelacionados: el derecho a la salud, el derecho a la información y la toma de decisiones sobre la información sanitaria.

Durante la pandemia se han afectados los derechos humanos, en especial los que están relacionados con la salud. Por otro lado, el derecho al acceso a la información, las autoridades deben preocuparse de que a los ciudadanos le lleguen de manera comprensible y que estos tengan la posibilidad de actuar sobre esa información.

Por lo tanto, la eficacia como la legitimidad de la gestión de la información durante la COVID-19 y las respuestas gubernamentales, en general, exigen una reflexión más profunda sobre el papel de los sistemas sanitarios en nuestra sociedad.

Palabras clave: salud, información, derechos humanos, democracia, procesos de toma de decisiones, pandemia, COVID 19

SUMMARY

CHALLENGES AND POSSIBILITIES FOR THE MANAGEMENT OF HEALTH INFORMATION: A HUMAN RIGHTS PERSPECTIVE

The pandemic has brought much more attention to the connections among population health, health systems, and the democratic legitimacy of government responses.

Three different but interrelated concepts are analyzed: the right to health, the right to information, and decision-making on health information.

An array of human rights have been affected during the pandemic. It is the responsibility of governmental authorities to ensure that citizens are provided with adequate information that is understandable and actionable.

The effectiveness and legitimacy of information management during COVID-19 and government responses, in general, require a deeper reflection on the role of health systems in our society.

Key words: health, information, human rights, democracy, decision-making processes, pandemic, COVID 19

INTRODUCCIÓN

La pandemia ha hecho que se preste mucha más atención a las conexiones entre la salud de la población y los sistemas sanitarios y la legitimidad democrática de las respuestas gubernamentales.

En los países con distintos niveles de ingresos, para preservar lo que el gran filósofo liberal John Rawls (1921-2002) denominó nuestro “sentido de la justicia”, es fundamental que las personas que se encuentran en una situación desigual sientan que las decisiones que se tomen, relacionadas con la salud, les concedan la misma consideración moral. Además, que le faciliten el cumplimiento de las normas y políticas resultantes.

Esta conferencia se centra en tres ideas interrelacionadas, pero distintas: sobre el derecho a la salud, el derecho a la información y la toma de decisiones sobre la información sanitaria.

En primer lugar, no basta con examinar si los derechos relacionados con la salud están consagrados directamente en las normas constitucionales o incorporados desde la ley internacional de los derechos humanos, para entender cómo los sistemas de salud respondieron ni como funcionaba la comunicación de riesgos durante la pandemia. Es fundamental, además, entender las condiciones estructurales que permiten que los derechos relacionados con la salud se ejerzan en la práctica para entender como los ciudadanos absorben información relacionada con la salud.

En segundo lugar, el derecho a la información, en relación con la salud (y más allá de ello), debe entenderse como algo más que la obligación de garantizar el acceso a la información. Se va a insistir en que debe incluir la comprensión y la posibilidad de actuar sobre esa información.

Y por último, se debe evitar caer en dicotomías entre miradas de expertos sobre la “ciencia” y la “política” a la hora de enmarcar quién gestiona la comunicación de riesgos si se busca democratizar la elaboración de políticas sanitarias en tiempos de “pandemia” y en tiempos “normales”.

I.- EL DERECHO A LA SALUD: LA DISTANCIA ENTRE LA CONSAGRACIÓN FORMAL Y EL GOCE EFECTIVO

La COVID-19 golpeó a un mundo que ya se tambaleaba por las múltiples olas de austeridad y consolidación fiscal y brechas socio-económicas cada vez más enormes, no solo en la Argentina, sino alrededor del mundo.

Incluso en los países en los que la ley garantiza la asistencia sanitaria universal, el papel de los gobiernos en la financiación y la prestación de salud y asistencia pública se ha reducido en las últimas décadas y, en algunos casos, drásticamente.

En esta región, el derecho a la salud está consagrado en muchas constituciones directamente o incorporados desde la ley internacional de los derechos humanos.

Sin embargo, durante la pandemia hemos visto los resultados de lo que académicos como Gustavo Gamallo y Laura Pautassi han venido señalando, que mientras se formulaban los reclamos de los derechos sociales, incluyendo el derecho a la salud, comenzando en los años 1990, el aparato estatal keynesiano estaba siendo desmantelado.

Ya entendemos que el goce efectivo del derecho a la salud depende no solo de la atención médica, sino de los "determinantes sociales" -las condiciones en que nacemos, crecemos, vivimos y nos envejecemos- es decir vivienda, condiciones y estructuras laborales; educación, entre otros.

Sin embargo, a veces menospreciamos el grado en que también depende el goce efectivo de los llamados "determinantes políticos" que según la Comisión de la *Lancet* sobre gobernanza y salud son los factores que surgen en espacio transnacional. Por ejemplo, algunos factores han afectado el financiamiento, las capacidades del sistema sanitario y los determinantes sociales durante esta pandemia: las condiciones de los préstamos vinculados al ajuste estructural, los regímenes de propiedad intelectual, la volatilidad de mercados para productos de exportación y trastornos en el comercio internacional.

Todos estos factores influyen directa o indirectamente en el sistema sanitario y el goce efectivo del derecho a la salud.

Así que no es de sorprender que durante la COVID-19 se ha observado enormes variaciones en la capacidad de distintos gobiernos. Pero asimismo se ha visto mucha variación en la equidad de las respuestas, el grado de justificación ofrecida para decisiones tomadas y la aceptación de las medidas por los ciudadanos

Acá es importante señalar que los sistemas de salud -en tiempos de pandemia y en tiempos normales- comunican y reflejan normas y valores desde el nivel mas macro hasta el nivel mas micro de la interacción entre proveedores y pacientes.

Se mencionan algunos ejemplos: el modo en que se financian los servicios y el grado de solidaridad; la disposición de derechos diferenciados o universales, por ejemplo, en base a regímenes laborales; el grado de transparencia y accesibilidad y comprensibilidad de la información relevante; la forma en que se establecen las prioridades. Y por su puesto cómo se atiende a los pacientes -y a los proveedores porque ellos también tienen derechos laborales- dentro del sistema.

Durante la pandemia hemos visto en países de distintos niveles de ingresos que estas normas pueden reforzar patrones de exclusión y discriminación en la sociedad, pero también pueden mitigar disparidades y patrones de marginación (Grogan & Yamin, 2022).

Entonces, no es de extrañar que, independientemente del estatus del derecho a la salud en la legislación constitucional nacional, los países con sistemas sanitarios que funcionan bien, especialmente los que se consideran "sacrosantos" en la cultura política (por ejemplo, Canadá) y se encuentran bien financiados y gestionados, estén inevitablemente mejor posicionados a la hora de afrontar una importante crisis sanitaria que aquellos con sistemas sanitarios fragmentados y débiles, o aquellos cuyos sistemas ya estaban en un estado de colapso total antes de la crisis.

Tampoco es de extrañar que la escasez crónica produzca una corrupción a gran escala en sistemas con una regulación ineficaz, cuando una repentina afluencia de fondos de emergencia incentiva el oportunismo.

Y por lo tanto, no es de extrañar que la confianza publica y la reacción a la comunicación de información en salud durante la pandemia sea afectada por estos factores contextuales.

En suma, esta visión apunta a la necesidad de que el análisis jurídico que hacen los abogados de DDHH preste más atención no solo al "injerto" de derechos en la legislación nacional, sino a los cambios estructurales necesarios, para proporcionar la infraestructura para la provisión justa, a nivel nacional y global.

II.- EL DERECHO A LA INFORMACIÓN Y LA DEMOCRACIA

Durante la pandemia, se observa en reiteradas ocasiones que lo que parece un vacío de comunicación en la información sanitaria conduce a disparidades en la exposición y en los resultados. Por lo tanto, estas cuestiones son, en realidad, preocupaciones clave en relación con un estado democrático de derecho.

El derecho a la información, en el ámbito de la salud y en otros, está vinculado de forma estrecha a los ideales democráticos, como la transparencia y la toma de decisiones participativa. Cuando el expresidente sudafricano Nelson Mandela estaba redactando la nueva constitución democrática de Sudáfrica, se aseguró de que el derecho a la información fuera uno de los primeros derechos incluidos en el instrumento. Mandela comprendió que la falta de información y de conocimiento son lo que permiten que prosperen los sistemas antiliberales.

El derecho a la información pública puede ser una herramienta fundamental para luchar contra la corrupción en salud, permitir que los ciudadanos participen más plenamente en los esfuerzos para frenar la transmisión del virus, hacer que los gobiernos sean más eficientes y equitativos y ayudar a los ciudadanos a ejercer sus derechos a la salud.

Para que la gestión de la información fortalezca la transparencia, la confianza y la legitimidad de las medidas adoptadas se tiene que garantizar la información accesible y comprensible y que permita tomar acciones.

Sin embargo, durante la pandemia se pudo observar que el derecho a la información se interpretaba de forma muy limitada, como tener acceso físico a la información a través de diversos tipos de medios de comunicación, así como también, las herramientas para leer y escuchar la información, si la persona que toma las decisiones fuese discapacitada.

En muchos contextos, se hizo claramente visible la importancia de que el responsable de la toma de decisiones tenga *acceso cognitivo* a la información. Para tener acceso cognitivo, la información debe contemplar si el responsable de la toma de decisiones sabe leer y escribir y si es capaz de entender el lenguaje de la comunicación.

Por ejemplo, en su informe de 2020 a la Asamblea General, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los Pueblos Indígenas señaló que "las directrices y los consejos de prevención de la COVID-19 no siempre se traducen a las lenguas indígenas, pueden no ser culturalmente relevantes en su contenido o presentación" (Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los Pueblos Indígenas, 2020). En una sombría clarividencia de la situación en partes del Perú y del Brasil, llegó a afirmar que hay comunidades indígenas que parecían ni estar al tanto de la pandemia.

Se desea destacar que puede haber muchas razones por las que la información puede ser muy difícil de comprender y esto se acentúa de manera drástica cuando se trata de información sanitaria sobre una nueva cepa de coronavirus, que se encuentra en constante evolución. Hemos visto a lo largo del mundo que es difícil que las personas siempre tengan la capacidad de hacer que la información sea relevante para su propia situación. Por ejemplo:

¿Qué significa el distanciamiento social en un contexto determinado cuando los consejos de expertos han ido evolucionando?

¿Qué significa buscar atención médica oportunamente cuando nuestra comprensión de los síntomas ha ido cambiando?

En 2018, la OMS publicó una guía de comunicación de riesgos con motivo del centenario de la llamada gripe española (Organización Mundial de la Salud, 2018). La guía se apoya en la experiencia de la eliminación de epidemias en todo el mundo en el siglo XXI, incluida la epidemia de ébola. La guía sostiene que el "objetivo final es que todas las personas en riesgo sean capaces de tomar decisiones informadas para mitigar los efectos de un brote de enfermedad y adoptar medidas de protección y prevención" (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La guía señala que la comunicación de riesgos es "el intercambio en tiempo real de información, consejos y opiniones entre los expertos o funcionarios sanitarios y las personas que se enfrentan a una amenaza (peligro) para su supervivencia, su salud o su bienestar económico o social" (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En su informe de 2020 al Consejo de Derechos Humanos, el Relator Especial sobre la libertad de opinión y de expresión se basa en la guía de la OMS para advertir a los gobiernos de que la comunicación de riesgos de la COVID-19 debe comprender una comunicación transparente y comprensible; debe crear relaciones y dinámicas de confianza y, además, debe enmarcar el riesgo en un lenguaje no especializado (Relator Especial sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión (2020).

Huelga decir que hay una relación estrecha entre la confianza y las condiciones estructurales en el sistema sanitario, y en los determinantes sociales de la salud. Si no se puede hacer distanciamiento social, si no se puede acudir a la atención medica, si no se puede hacerse un hisopado, si no se puede mantenerse aislado, si no se puede lavar las manos con frecuencia, esa información se vuelve irrelevante y genera cinismo.

III.- LA TOMA DE DECISIONES EN MATERIA DE SALUD Y LA JUSTIFICACIÓN DEMOCRÁTICA

La guía de la OMS advierte que en el siglo XXI se ha producido un cambio en la forma de recibir la comunicación de riesgos, que se ha manifestado de forma contundente durante la pandemia de la COVID-19. Sostiene que las personas confían menos en los expertos y en las autoridades y, ahora, buscan

asesoramiento sanitario sobre todo en fuentes públicas en línea y a través de las redes sociales de confianza.

Por lo tanto, reconoce la OMS que la confianza se ha convertido en un problema importante en la comunicación de riesgos. Y la confianza en los expertos científicos no es una cuestión aislada de la confianza en otras instituciones del estado.

En este punto se desea defender la idea que, la dramática falta de confianza en muchos países del mundo durante la pandemia, no solo exige mejorar las técnicas de comunicación de riesgos. Pone en relieve la importancia de repensar el rol del sistema sanitario en nuestras sociedades.

Por un lado, desde que el trabajo de Rudolf Virchow (1958), en el siglo XIX, subrayó los orígenes sociales de la enfermedad y la necesidad de abordar las epidemias por medios políticos y no meramente médicos, se ha tomado conciencia de que las políticas de salud pública y los sistemas sanitarios son lugares de impugnación democrática. Los movimientos por la atención sanitaria universal en el siglo XX, incluso en parte de Sudamérica, fueron luchas populares por la inclusión en la sociedad, por ejemplo, de trabajadores que habían inmigrado de Europa. De este modo, la conceptualización tecnocrática más reciente de la salud es una respuesta histórica a las transformaciones socioeconómicas cada vez más neoliberales, junto con las innovaciones tecnológicas basadas en la medicalización acelerada después de la Segunda Guerra Mundial y la biomedicalización en el siglo XXI (Quirke & Gaudillière, 2008; Clark *et al.*, 2010).

Aun así, cuando surgió la COVID-19, los procesos de toma de decisiones en materia de salud, dentro y fuera de los sistemas sanitarios, se habían exiliado en gran medida de la deliberación democrática a islas aisladas de conocimientos profesionales. Como consecuencia, durante la pandemia, hemos sido testigos de la adopción generalizada de una dicotomía demasiado simplista de “verdad científica objetiva” versus “poder político”, junto con una considerable polarización en varios países incluido Estados Unidos.

Esta dicotomía se ha encapsulado en la tensión de quién es (y quién debería ser) el responsable de la toma de decisiones y señala a menudo una reformulación radical de los roles, por ejemplo, como “gobierno de los epidemiólogos” en la Argentina. Pero la Argentina no fue la única; vimos las mismas críticas en otros lugares, desde los Países Bajos, Croacia hasta Estados Unidos.

Devi Sridhar, destacada académica de la salud pública, utiliza una analogía para expresar la necesidad de deferencia hacia los expertos en enfermedades infecciosas a la hora de establecer políticas: “Es como estar en un avión y que el motor no funcione. Todo el mundo da su opinión sobre lo que podría ocurrir en lugar de confiar en las personas que tienen experiencia en ingeniería y que llevan años ejerciendo” (Sridhar, 2020).

Sin embargo, es importante recalcar que hay una diferencia entre desestimar o descartar las pruebas científicas empíricas y aceptar que las formas de conocimiento necesarias para responder a la COVID-19, en una democracia, tienen dimensiones inherentemente políticas, que van más allá de la experiencia de los especialistas en enfermedades infecciosas y los epidemiólogos.

Como escribió la profesora Sheila Jasanoff antes de la pandemia, el riesgo “no es una cuestión de simples probabilidades que los expertos deben calcular racionalmente y evitar de acuerdo con la fría aritmética del análisis coste-beneficio... Los expertos técnicos no pueden abordar las cuestiones más importantes de la gestión de riesgos con herramientas convencionales de predicción. Tales preguntas determinan no solo si nos enfermaremos o moriremos, y en qué condiciones, sino también quiénes se verán afectados y cómo debemos vivir con la incertidumbre y la ignorancia” (Jasanoff, 2012).

A lo largo de esta pandemia, las medidas aplicadas para prevenir o frenar la propagación del virus han tenido un impacto desproporcionado en las poblaciones vulnerables, como los ancianos, los presos, las personas con discapacidades físicas o mentales, las minorías raciales y étnicas, los refugiados y trabajadores inmigrantes y las mujeres confinadas en situaciones de violencia domestica.

Para los millones de personas que viven en la pobreza, que perdieron trabajos en el sector informal, que viven con malnutrición, en condiciones de hacinamiento y con acceso limitado al agua, el mensaje más frecuente que repetían los expertos en salud pública de "quédate en casa y lávate las manos", en muchos países se ignoró la disparidad socioeconómica endémica, la falta de infraestructura sanitaria y de protección social.

Puede que sea muy polémica esta afirmación, pero al estar la autora en múltiples comités de la OMS, no veo razón para creer que la experiencia en salud pública que tienen aquellos que tienen el dominio exclusivo del conocimiento, sea determinante a la hora de sopesar la contención de la transmisión frente a la pérdida de acceso a otros derechos socioeconómicos y necesidades básicas.

De hecho, el Dr. Jonathan Mann, uno de los fundadores del Movimiento por la salud y los derechos humanos, argumentó al contrario, en base de su experiencia con el VIH/SIDA, que todas las "políticas y programas de salud deberían considerarse discriminatorios y onerosos para los derechos humanos hasta que se demuestre lo contrario" (Mann *et al.*, 1994).

En las diferentes dinámicas de la pandemia, las políticas dictadas por los cálculos utilitarios de los expertos en salud pública han demostrado estar repletas de puntos ciegos.

Además, el mal llamado compromiso "salud versus economía" ha comprendido en muchos países un duelo de campos de experticia entre economistas y especialistas en salud pública, en lugar de ampliar nuestra imaginación sobre cómo las decisiones relativas a la salud pueden ser formuladas en el ámbito de la razón pública. La autora coincide con Sheila Jasanoff cuando afirma que "ha llegado el momento de reevaluar seriamente los modelos y enfoques existentes" con respecto a "los papeles de los expertos técnicos, los responsables de la toma de decisiones y los ciudadanos en relación con los usos y aplicaciones del conocimiento" (Jasanoff, 2012). En la salud, tenemos que encontrar la forma de reconocer los límites de la predicción y el control, para poder abordar los temas de la responsabilidad, la pluralidad de perspectivas y la integridad de los conocimientos técnicos utilizados.

Hay una relación estrecha entre la confianza en la gestión de la información y la transparencia y participación en los procesos de toma de decisiones. La pandemia ha hecho acentuar la urgencia de imaginar y crear nuevas instituciones, procesos y métodos para restablecer las cuestiones normativas a la hora de abordar la política sanitaria.

Ya se ha hablado de las predicciones de riesgo, pero asimismo los criterios y las decisiones sobre qué servicios se consideran "esenciales" han sido muy criticadas. Además, han afectado de forma desproporcionada a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos, incluso en Estados Unidos.

Asimismo, los análisis entre países indican que las decisiones sobre a quién dar prioridad y dónde asignar los recursos, que en gran medida se tomaron tras puertas cerradas, se han cuestionado ampliamente en países con distintos niveles de ingresos.

Las experiencias durante la COVID-19 validan las lecciones de las epidemias anteriores que analiza la OMS (por ejemplo, el VIH/SIDA y el ébola), en el sentido de que la mejor manera de aplicar las políticas de salud pública, así como de preservar la legitimidad del sistema de salud y del gobierno en general, es

involucrar a un número mayor de grupos, de manera significativa y equitativa de forma continua, en lugar de realizar consultas simbólicas en tiempos de crisis.

Sin embargo, esta pandemia tan devastadora es punto de inflexión. Sería terrible si no fuéramos capaces de aprender ciertas lecciones sobre nuestros sistemas sanitarios y las conexiones entre salud, gobernabilidad y las democracias que queremos construir.

A nivel internacional, existe un acuerdo incipiente pero creciente en que los procesos de toma de decisiones, en materia de salud, requieren ciertos principios.

Entre ellas se encuentran las siguientes:

I. la justificación explícita y la transparencia de los fundamentos;
II. la transparencia sobre la incertidumbre empírica y normativa;
III. la apertura para abordar e incluir diversas perspectivas sobre los criterios que compiten para las decisiones, la clasificación de los criterios y por qué son importantes;
IV. la inclusión de las perspectivas de las poblaciones marginadas y desfavorecidas en cuanto a la formulación de los criterios de elección, así como los impactos desiguales;
V. la voluntad de revisar las decisiones políticas ante las experiencias negativas de las poblaciones con las decisiones implementadas y los comentarios críticos sobre los fundamentos de las decisiones; y
VI. la regulación y el cumplimiento de (I) a (V).

Esto no quiere decir que el gobierno no sea el tomador de decisiones, ni que se pueda zafar de la responsabilidad por comunicar las decisiones y las justificaciones por ellas al publico. Sin embargo, cuando inevitablemente existe una pluralidad de perspectivas, la participación significativa es la única forma de conservar la confianza en la información en salud y las políticas sanitarias en general.

CONCLUSIONES

En resumen, tanto la eficacia como la legitimidad de la gestión de la información durante la COVID-19 y las respuestas gubernamentales, en general exigen una reflexión más profunda sobre el papel de los sistemas sanitarios en nuestras sociedades y las formas en que consagran formal e informalmente los valores normativos de democracia, igualdad, dignidad, solidaridad -desde el nivel macro hasta el micro-.

La pandemia ha resaltado la importancia de las condiciones estructurales que sustentan el sistema de salud como una institución social. Asimismo, nos ha demostrado que el derecho a la información en salud debe entenderse, no solamente como una obligación de brindar acceso a la información, sino de comunicar la información relevante de forma culturalmente apropiada y comprensible y que permita a las personas tomar decisiones sobre sus propias vidas.

Más que nada, la Covid-19 ha ilustrado con claridad que la salud, quizás de manera más drástica que cualquier otra área del derecho y la política, supone la necesidad de hacer juicios políticos sobre las preguntas más importantes:

¿Quién debe ejercer el poder, de qué tipo y sobre quién?

¿Qué debe considerarse una necesidad humana básica para una vida digna?

¿Qué reclamos deben ser políticamente reconocidos frente al Estado y, por lo tanto, frente a los demás? (Britton-Purdy *et al.*, 2019).

En fin, ¿cómo debemos tratarnos en tiempos de crisis y en tiempos normales? y ¿qué nos debemos unos a otros en una democracia?

Muchas gracias por su atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Britton-Purdy, J., D.S. Grewal, A. Kapczynski & K.S. Rahman (2019) Building a law-and-political-economy framework: Beyond the twentieth-century synthesis. *The Yale Law Journal* 129(6):1784-1835.

Clarke, A.E., L. Mamo, J.R. Fosket & J.R. Fishman (2010) *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* Edinburgh : Duke University Press 512 pp https://doi.org/10.1215/9780822391258

Grogan J. & A.E. Yamin (2022) "*A Functionalist Approach to Analyzing Legal Responses to COVID-19 Across Countries: Comparative Insights from Two Global Symposia*," in "COVID-19 and the Law: Disruption, Impact and Legacy" (I.G. Cohen, A. Gluck, K. Kraschel & C. Shachar) Cambridge University Press.

Jasanoff, S. (2012) *"Science and public reason"*, First Edition, Routledge, London, pp.168 y 170. https://doi.org/10.4324/9780203113820

Mann, J. M., l. Gostin, S. Gruskin, T. Brennan, Z. Lazzarini & H.V. Fineberg (1994) Health and human rights. *Health Hum Rights* 1(1): 6-23.

Organización Mundial de la Salud (2018) "Guía de la OMS sobre la gestión de riesgos ante una pandemia de gripe." Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272829/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-spa.pdf.

Quirke, V. & J.-P. Gaudillière (2008) The Era of Biomedicine: Science, Medicine, and Public Health in Britain and France after the Second World War. Medical History 52 (4): 441-452.

Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los Pueblos Indígenas (2020) "Report on the impact of COVID- 19 on the rights of indigenous peoples." Disponible en: www.ohchr.org/EN/Issues/IPeoples/SRIndigenousPeoples/Pages/Callforinput_COVID19.aspx.

Relator Especial sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión (2020) "Las pandemias y la libertad de opinión y de expresión." Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/097/85/PDF/G2009785.pdf?OpenElement

Sridhar, D. (2020) "Good Day Britain", 5/11/2020 https://www.shutterstock.com/es/editorial/image-editorial/good-morning-britain-tv-show-london-uk-05-nov-2020-10996956x

Virchow, R. (1958). Disease, life and man. No. 619.72 V5.

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera muy especial a la Dra. Silvia Gold por la gentil invitación, así como por la oportunidad de diálogo que abrió con los miembros de la Sección de Ciencias Aplicadas a la Salud de Academia Nacional de Farmacia y Bioquímica (ANFyB).