**Segundo informe**

**Una aproximación al debate del derecho de salud de crisis.**

Robinson Pérez V.

Agosto 2021

**(Documento interno de DIRAJus)**

**I N D I C E**

1.-El nuevo campo en desarrollo del derecho internacional de la salud . 4

1.1.Balance crítico del derecho internacional de salud en la pandemia . 5

1.2. El derecho internacional de salud de crisis en reformulación. 6

2.- Salud global :un paradigma en discusión . 8

1.1. Análisis crítico de la *Salud global* en la Covid 19. 9

1.2. El enfoque biosanitario asociado a Salud Global . 10

3.- Seguridad sanitaria global ,otro paradigma cuestionado. 11

2.1. Criticas a la seguridad sanitaria global en el marco de la Covid 19. 12

4. El Estado sanitario de crisis :la capacidad sanitaria básica . 15

5.- Cobertura universal a la salud :otro concepto a analizar . 17

5.1. Cobertura universal de salud y ”*vacuna para todos*” en pandemia. 19

5.1.1.Vacunación masiva y salud como bien público mundial . 19

5.1.2. Un modelo de negocios asociado a la cobertura universal de salud. 20

5.2. Justicia global sanitaria en el contexto de crisis pandémica . 21

6.Determinantes sociales de la salud en el contexto de la pandemia. 22

7.- Derecho a la salud y derechos humanos en tiempos de crisis. 23

7.1. Derecho a la salud en el campo de los derechos humanos. 24

7.2. Afinamiento y profundización del derecho internacional de salud. 25

**Segundo informe**

**Una aproximación al debate del derecho de salud de crisis.**

**Presentación**

El informe busca analizar algunos conceptos, relacionados con el derecho internacional de la salud de crisis y la gobernanza sanitaria global, en el contexto de la pandemia. El estudio se realiza teniendo en consideración, la perspectiva de cambios y reformas jurídicas del Reglamento Sanitario Internacional y la discusión de un nuevo Tratado Pandémico. Este análisis y debate se ha venido planteando, principalmente en medios especializados de salud y gobernanza sanitaria global, por juristas, académicos y expertos. Debate que adquiere mayor visibilidad en la agenda global, en el contexto de crisis sanitarias catastróficas como la covid 19, y en coyunturas decisorias, como la reciente asamblea mundial de la Salud y probablemente, en el contexto de la próxima asamblea mundial extraordinaria de salud de la OMS, prevista para noviembre de 2021.

Teniendo en consideración, el desarrollo del Foro del proyecto GIZ-DIRAJUS con CEJA, el informe presenta algunos temas jurídicos y de políticas, en referencia a paradigmas y modelos de salud que, en muchos casos, son la base definitoria de normas jurídicas del derecho internacional de la salud y políticas de salud global.

Abordaremos brevemente siete temas y conceptos en discusión, en el marco de la pandemia actual: el nuevo campo del derecho internacional de salud; el concepto de salud global, la discusión del paradigma de seguridad sanitaria global; Estado sanitario de crisis epidémica; justicia global sanitaria y cobertura universal de salud ; las determinantes sociales de la salud y, finalmente, una breve reflexión sobre el derecho a la salud y derechos humanos en tiempos de crisis.

# 1.-El nuevo campo en desarrollo del derecho internacional de la salud .

En el contexto de una globalización creciente en los últimos años y el avance sostenido de las enfermedades infecciosas de impacto global, se ha venido desarrollando el derecho internacional de la salud, como nuevo ámbito de la globalizacion jurídica, que ha dado lugar a un “*campo emergente del derecho internacional* “.

Gostin y Taylor, plantearon una definición clásica del derecho internacional de salud, (“I*nternational Health Law”)* , descriptiva y normativa, que logró un amplio consenso en medios especializados . Señalan que: “*El derecho de la salud global es un campo que abarca las normas legales, los procesos y las instituciones necesarias para crear las condiciones para que las personas en todo el mundo alcancen el nivel más alto posible de salud física y mental”.* En su análisis del derecho internacional de salud consideran “*cinco características destacadas* “ como son: la “ *misión del derecho internacional de salud* “ , dirigida a asegurar el más alto nivel de salud física y mental en el mundo*;* en segundo lugar, los participantes claves en el campo del derecho y gobernanza global de salud, como son los actores públicos , privados y la sociedad civil; en tercer lugar, en relación a fuentes, señalan que *la mayor fuente del derecho es el derecho internacional público, diseñado para proteger la salud mundial”,*  contenida principalmente en el RSI y normas de la OMS ; un cuarto elemento lo constituye la gobernanza de salud global y, finalmente, abordan la ética del derecho de salud internacional , enfocada en la justicia social.[[1]](#footnote-1)

En relación al derecho internacional de salud en tiempos sanitarios normales, de acuerdo a lo estipulado en la Observación general 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, los Estados y gobiernos deberían cumplir con "***obligaciones básicas mínimas",*** que plantea la provisión de bienes ,servicios, medicamentos, infraestructura de salud sin discriminación y con distribución equitativa, incluyendo alimentación nutritiva, vivienda, agua potable segura, , con “ *aceptabilidad étnica y cultural.* “[[2]](#footnote-2) El Comité de Derechos económicos, sociales y culturales de la ONU, señala que: los “*numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud”,* haciendo referencia a normas de generales de la ONU y convenciones regionales de DDHH. En tal sentido, el derecho internacional a la salud está contemplado muy genéricamente en la carta de Naciones Unidas, que plantea *'encontrar soluciones a los problemas económicos, sociales y de salud internacionales' (Art.55);* en la Declaración Universal de Derechos Humanos se propone un “ *nivel de vida adecuado para ... la salud' (art.25);*  el Pacto Internacional de Asuntos Económicos, Derechos sociales y culturales (PIDESC) señala “*el más alto nivel alcanzable de salud física y mental'”,* siguiendo la definición de la OMS y, en el campo de convenciones regionales, destacamos el Protocolo adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que reconoce la salud como bien público, afirmando que “*Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”(Art.10.No1).*

Sin embargo, la efectividad e impacto del derecho internacional de la salud, contenido en estas normas jurídicas de organismos internacionales, es débil y limitado - como ha quedado en claro durante la pandemia actual - entre otras razones, porque las *“normas establecidas son vagas o retóricas.. no están respaldadas por mecanismos de implementación y guardan silencio sobre aspectos críticamente importantes de la salud global”. [[3]](#footnote-3)* En tal sentido, quedan abiertas algunas interrogantes del derecho a la salud, en materia conceptual y de efectividad jurídica, ¿Cuál es el contenido exacto del derecho a la salud reconocido en estos instrumentos y qué obligaciones correspondientes asumen los Estados y otros? ¿Cuándo se viola el derecho a la salud? ¿Cuáles son los mecanismos para promover la implementación del derecho?

Al respecto, es interesante considerar en el análisis de la efectividad jurídica del derecho a la salud, la afirmación que “..*en el derecho internacional, se reconoce ampliamente que la ambigüedad en el establecimiento de normas internacionales puede viciar el sentido de obligación de un Estado , de cumplir con el derecho internacional”*[[4]](#footnote-4)

## **1.1. Balance crítico del derecho internacional de salud en la pandemia .**

Un punto de partida en el avance del derecho internacional a la salud fue la aprobación del Reglamento Sanitario Internacional, el principal instrumento jurídico del sistema sanitario mundial y expresión formal del **derecho internacional de salud de crisis.** En relación al emergente derecho internacional de salud , en el contexto de aprobación del RSI de 2007, se formuló un acertado y proyectivo diagnóstico crítico, señalando que : *la ley de salud global tiene una serie de deficiencias estructurales, incluyendo estándares vagos, monitoreo ineficaz, débil aplicación, y un enfoque "estatista" ..adolece de importantes limitaciones estructurales para influir con eficacia como herramienta de gobernanza sanitaria mundial...hay serias interrogantes sobre la capacidad de la legislación sanitaria mundial , actual y futura, para promover la salud mundial de manera eficaz y equitativa”.[[5]](#footnote-5)* Esta afirmación quedó confirmada con la ineficacia y debilidad el Reglamento Sanitario Internacional, para enfrentar la más grave crisis sanitaria global de las últimas décadas, que ha determinado la apertura de un camino de revisión y reformas jurídicas en el seno de la OMS.

**Un factor limitante clave del derecho internacional de salud: la centricidad del Estado.** En el análisis de la fuerza del derecho y efectividad de sus normas, según opiniones expertas, hay que considerar el tema del Estado, como el principal factor limitante del derecho internacional de salud. Analizando las debilidades del derecho internacional – que se reflejan en el derecho a la salud mundial –se sostiene que “*el derecho internacional es un mecanismo inherentemente imperfecto para la cooperación internacional. La debilidad innata del derecho internacional se deriva en gran parte del principio fundamental de la soberanía estatal. El concepto de soberanía ocupa un lugar preponderante en el sistema internacional y, en general, los Estados son reacios a sacrificar su libertad de acción mediante el desarrollo de obligaciones internacionales”.[[6]](#footnote-6)*

Esta debilidad en el derecho internacional se expresa con mucha nitidez en el campo del derecho a la salud mundial. Antes de la pandemia se había planteado que “la ***centricidad de los Estados”(State-centricity) plantea el mayor obstáculo para el uso del derecho sanitario mundial como una herramienta eficaz*** *para promover la cooperación sanitaria mundial”[[7]](#footnote-7).*La pandemia actual confirmó plenamente esta tesis. El factor político del “ *State-centricity”*  ha sido clave en el fracaso del derecho y la gobernanza global de salud , en una doble dimensión: en primer lugar, por la mala arquitectura jurídico-política definida por los Estados para instalar y mantener una OMS sin poder, con un Reglamento sanitario débil y en segundo lugar, por el fortalecimiento de una tendencia nacionalista de los Estados ( una suerte de *State-centricity plus )*, en especial de los países ricos, dejando sin conducción una prolongada pandemia, con una distribución desigual de vacunas a nivel mundial .

## **1.2. El derecho internacional de salud de crisis, en reformulación.**

Estas fallas de gobernanza y del derecho a la salud de crisis, han abierto un escenario de discusión y reformulación del derecho a la salud mundial. Las evaluaciones de la OMS contenidas en el informe del Panel Independiente, constataron la burocratización y la “*obsolescencia*” del Reglamento Sanitario Internacional para prevenir y controlar la pandemia. Los especialistas han establecido un juicio crítico del derecho internacional de salud - *International Health Law* - en el marco de la pandemia afirmando que “ ***la ley de salud global ha demostrado ser incapaz de mitigar la amenaza de COVID-19****, lo que plantea un imperativo de reformas legales internacionales para aclarar las obligaciones estatales, facilitar la rendición de cuentas legal..Tales reformas holísticas de la ley de salud global,requerirán la realización de revisiones fundamentales del marco del RSI o el desarrollo de un nuevo instrumento legal internacional para estructurar la gobernanza de la salud global.”[[8]](#footnote-8)*

La criticidad y debilidad de la *International Health Law* en la pandemia actual, ha generado una oportunidad de cambio con la resolución de la 74 Asamblea Mundial de la Salud para evaluar reformas del RSI y la discusión de un Tratado pandémico. Está abierta la posibilidad de transitar de una ley débil ( *soft law*) como es el actual Reglamento, a una norma jurídica, más fuerte y vinculante (*hard law)* como sería un Tratado pandémico. De aprobarse, con los contenidos jurídicos adecuados y las lecciones aprendidas de la crisis actual, constituiría un avance positivo en el campo del derecho internacional de salud. Pero es una discusión compleja, en una arena de intereses corporativos y poíiticos, de Estados y corporaciones en juego.

**La política: un factor clave del derecho internacional de salud.** El escenario en perspectiva con la discusión del Tratado pandémico va a estar influido y determinado por la política y relaciones de poder, en el seno de la OMS y en el sistema sanitario global.

Koskenniemi, planteó su tesis de la inevitabilidad de la política en el Derecho internacional afirmando que “..*es imposible tomar decisiones sustantivas dentro de la ley que no impliquen una elección política*. A partir de un análisis de diversas corrientes jurídicas interpretativas, propuso su enfoque “equilibrado” y realista de la presencia de la política de poder en el campo del derecho internacional, afirmando que “.. *en los diferentes ámbitos del derecho internacional es una sana admisión de algo que, de todos modos, está allí (la política) : ..legitimar o criticar el comportamiento del Estado no es cuestión de aplicar reglas formalmente neutrales, sino depende de lo que uno considere políticamente correcto o justo.”.*[[9]](#footnote-9). La política también en el derecho internacional de salud, está vinculada con el tema del poder – elemento central de la política -; al respecto, se sostiene que “***el poder es un concepto fundamental para comprender y transformar las políticas y los sistemas de salud...****. para la comprensión de las causas subyacentes de la inequidad y nuestra capacidad para promover la transparencia, la responsabilidad y la justicia”[[10]](#footnote-10)*

El factor político y las relaciones de poder, van a ser determinantes en la formulación del Tratado pandémico en discusión, considerando el poder decisorio de los Estados miembros de la OMS, “*los actores dominantes en el sistema legal internacional” .* No va a ser una decisión fácil, considerando que “*..los gobiernos son reacios a limitarse y, por lo tanto, a menudo, rechazan la ley internacional o aceptan sólo normas débiles”[[11]](#footnote-11).*

# 2.- Salud global: un paradigma en discusión.

*Salud Global* se posicionó en las últimas décadas, como concepto dominante a nivel de organismos internacionales y centros de estudios de gobernanza global de salud. Se señala al respecto que el modelo de *Salud Global ".ha pasado gradualmente de un" concepto de moda ..algo mal definido hacia una definición de consenso que enfatiza los temas, determinantes y soluciones de la salud transnacional”*.*.[[12]](#footnote-12)*

*Health Global* es un concepto impreciso y de lecturas múltiples , que parece ser una constante en muchas definiciones que ha ido adoptando la OMS, para conciliar los intereses en juego y las agendas que se mueven en el sistema sanitario mundial y buscan influir en sus decisiones Lo “ global” esta referido a “ ..*cualquier tema de salud que concierne a muchos países o es afectado por determinantes transnacionales como el cambio climático o la urbanización, o enfermedades infecciosas epidémicas* “.[[13]](#footnote-13) El enfoque de salud global, es tributario de enfoques anteriores en salud a escala internacional que provienen de la medicina tropical y colonial. Al respecto se plantea que “..*el concepto de Salud Global no cayó del cielo sino que fue desarrollando a partir de varios predecesores que comenzaron en la “medicina colonial” del siglo XIX y principios del XX, que se convirtió en “Medicina Tropical” y luego en “Salud Internacional”.[[14]](#footnote-14)* A comienzos de los 90, comenzó a posicionarse el paradigma de *“salud global”* relacionado y determinado por el avance de la globalización , acompañada de una nueva conectividad e interdependencia mundial y el surgimiento de nuevas enfermedades infecciosas de alcance internacional.

El nuevo paradigma de *Health Global*, se instaló en la agenda sanitaria mundial, con temas de salud, que transcienden las fronteras nacionales e involucran un interés y acción más global. A diferencia de la “*salud internacional*”, no se focaliza solamente en países pobres o de medianos ingresos, sino a escala transnacional. La OMS se adaptó a esta nueva realidad, comenzando a utilizar desde 1993 , el concepto de moda de salud global El análisis de medios especializados es que *“..la OMS no inventó la “salud global”; otras fuerzas más grandes, fueron responsables. La OMS ciertamente ayudó a promover el interés en la salud global y contribuyó significativamente a la diseminación de nuevos conceptos ..En ese proceso, esperaba adquirir y restaurar, una función de liderazgo y coordinación “. [[15]](#footnote-15)*

## **1.1. Análisis crítico de la *Salud global*** **en la Covid 19.**

Las críticas a las indefiniciones y carencias del paradigma de salud global se han acentuado en el contexto de la pandemia actual. Una apreciación general al respecto señala que “*la respuesta a la pandemia revela con absoluta y aleccionadora claridad que los paradigmas actuales de equidad sanitaria mundial son insuficientes para contrarrestar la opresión estructural.* ***Las inequidades estructurales se reproducen en la Salud global (...)la respuesta global a la Covid 19 ha reforzado las injusticias****”.[[16]](#footnote-16)* Los juicios críticos centrales apuntan a la marginalización de las determinantes sociales en salud, su relación con el poder y el reduccionismo biomédico.

**Invisibilización de las determinantes sociales de la salud.** Una crítica central al concepto, en el marco de la pandemia, es que el enfoque de “*Salud Global tiende a ignorar y ocultar enfermedades a largo plazo y las causas estructurales de la mala salud y las desigualdades en salud...al marginar la medicina social y las determinantes sociales de la salud”*. [[17]](#footnote-17)En el mismo sentido se sostiene que *“la relación entre los paradigmas de la salud cambia con el tiempo, y es muy posible que en el sistema contemporáneo de gobernanza de la salud global, los paradigmas dominantes, en particular el económico y la biomedicina, actúen comprometidamente contra una amplia comprensión de los determinantes sociales de la salud”*.[[18]](#footnote-18)

**Un paradigma asociado al Norte Global y Estados poderosos**. Otro elemento crítico señalado respecto de la Salud global, es el ocultamiento de las “estructuras *asimétricas del poder*” que manejan la agenda de salud mundial, con predominio del Norte Global[[19]](#footnote-19) .The Lancet, revista cientíifica de salud mundial, en el marco de la pandemia actual, editorializó sobre la “ *descolonización de la Covid 19*” señalando que “.. ***las estructuras asimétricas del poder dominan el concepto de salud global .****.que se concentra en poderes heredados y los Estados históricamente ricos“[[20]](#footnote-20)* . En un análisis similar, se sostiene que “***..existe una creciente crítica de que Salud Global es un proyecto desigual en sí mismo*** *que lleva adelante la tradición del colonialismo...* *Las estrategias de salud global llevadas a cabo y dominadas por la parte rica del mundo, reproducen precisamente aquellos procesos que han conducido a su prosperidad y, por tanto, a la distribución global extremadamente desigual de los recursos*”. [[21]](#footnote-21)

## **1.2. El enfoque biosanitario asociado a Salud Global.**

Relacionado con el concepto de salud global, se ha instalado y fortalecido un enfoque biosanitario o “*pasteuriano*” de la salud global, que tiene fuerte influencia en el discurso y diseño estratégico del control de la pandemia. Este enfoque acentúa el tratamiento técnico-sanitario para enfrentar los temas de salud global, como son las epidemias y nuevas enfermedades internacionales, sin considerar las determinantes sociales de la salud. Una afirmación muy ilustrativa de este discurso y estrategia sanitaria es la de Bill Gates - uno de los financistas más poderosos de la OMS - en su intervención en la Asamblea Mundial de la Salud de 2005, afirmando que “*... el mundo no tiene que eliminar la pobreza para eliminar la viruela, y no tenemos que eliminar la pobreza antes de reducir la malaria. Necesitamos producir y distribuir una vacuna, y la vacuna salvará vidas, mejorará la salud y reducirá la pobreza”[[22]](#footnote-22).*

Este concepto técnico- sanitario, asociado al pensamiento de las corporaciones farmacéuticas, defendido y validado por la OMS, sigue presente en el tratamiento de la Covid 19. Un análisis crítico a este enfoque plantea que “*Las respuestas de emergencia al COVID-19 hasta ahora, se basan en el llamado "paradigma pasteuriano", que establece que cada enfermedad se debe a un patógeno.* *para cada enfermedad hay una cura, dirigida al patógeno responsable. En este caso, los laboratorios se apresuran a encontrar la cura”[[23]](#footnote-23).* El reduccionismo biomédico o “*paradigma pàsteuriano*” privilegia la solución vacunatoria a las enfermedades globales, como se aprecia en las estrategias de control de la covid 19..Una descripción acertada del escenario comunicacional y de gestión de crisis de la pandemia actual, vinculado al paradigma biosanitario, señala que “..*en la cúspide del brote, el debate público y político está ampliamente dominado por temas biomédicos y biotecnológicos, restringido a la experiencia de virólogos e inmunólogos que forman una especie de monopolio de opinión, que es capaz de determinar la toma de decisiones políticas, así como la presentación de informes de la epidemia en todo el mundo”.[[24]](#footnote-24)*

# 3.- Seguridad sanitaria global, otro paradigma cuestionado.

Basado y relacionado con en el concepto de salud global, a mediados de la década pasada, se fue posicionando un nuevo paradigma: la “seguridad ***sanitaria global***” *(Health global security)*. Proceso que avanzó en el contexto de la globalización económica, la irrupción de brotes epidémicos infecciosos de impacto global, amenazas de bioseguridad asociadas al terrorismo, incorporando el tema de migraciones. El lenguaje y conceptos de la seguridad a nivel mundial se trasladaron al campo de la salud y gobernanza sanitaria, identificando las enfermedades infecciosas globales como amenazas a los Estados, enfatizando la defensa de fronteras nacionales, más que la salud de las personas.

La 44 Asamblea Mundial de la OMS del 2001 oficializó el uso del nuevo paradigma en una resolución de “*Global Health Security: epidemic alert and response”*, sustentado en el surgimiento de nuevas enfermedades infecciosas.[[25]](#footnote-25) Desde hace más de una década, la OMS ha venido utilizando el concepto de seguridad sanitaria global, sin mayor discusión de este nuevo paradigma. En la actualidad, en las páginas oficiales de la OMS, se señala que “*La seguridad de la salud pública mundial se define como las actividades necesarias, tanto proactivas como reactivas, para minimizar el peligro y el impacto de los eventos agudos de salud pública, que ponen en peligro la salud de las personas* ***a través de las regiones geográficas y las fronteras internacionales.****”[[26]](#footnote-26)*

Antes de la Covid 19, se cuestionaba en medios especializados que “el *concepto se utiliza de manera inconsistente dentro de las propias agencias de la ONU, por ejemplo, el uso de la Organización Mundial de la Salud del término "seguridad sanitaria mundial". Las interpretaciones divergentes de la "seguridad sanitaria" por parte de los Estados miembros de la OMS, junto con* ***los temores de las agendas ocultas de seguridad nacional****, están provocando el colapso de los mecanismos de cooperación”.[[27]](#footnote-27)* Así también se enfatizó el cambio de enfoque y perspectivas en la salud mundial, que se ha ido produciendo por el avance del paradigma de seguridad sanitaria afirmando que, “ *..una mentalidad de protección contra amenazas , agendas de política exterior, intereses militares y preocupaciones sobre el bioterrorismo, bajo el concepto de seguridad sanitaria mundial,* ***han modificado nuestra comprensión de la salud pública mundial”****[[28]](#footnote-28)*

En el debate actual de las reformas del RSI y un Tratado pandémico, las propuestas en discusión en la OMS siguen la lógica de la seguridad sanitaria internacional. El Panel Independiente, en su informe a la Asamblea Mundial de Mayo pasado, en defensa del Tratado Pandémico, planteó que “*El objetivo último de cualquier reforma sanitaria internacional es prevenir pandemias*.*Todo marco de gobernanza debe ser lo suficientemente ambicioso y flexible para* ***abordar la gama de riesgos potenciales para la seguridad sanitaria mundial.”[[29]](#footnote-29)*** Así también en una reciente reunión el Consejo de la Unión Europea, fuerte impulsor del Tratado, se acordó respaldar la aprobación de un Tratado señalando que “*La propuesta para celebrar un Tratado sobre pandemias, se debate en el contexto de los* ***esfuerzos internacionales emprendidos para reforzar la seguridad sanitaria mundial****, en particular en lo que se refiere a la preparación y la respuesta ante emergencias sanitarias”.[[30]](#footnote-30)*

## **2.1. Críticas a la seguridad sanitaria global, en el marco de la Covid 19.**

El desarrollo de la pandemia ha puesto en tela de juicio el concepto y paradigma de seguridad sanitaria global. Las críticas se centran, entre otros aspectos, en cuestiones éticas y temas de salud pública, así como la dimensión humana de la salud pública global.

**El discurso de la seguridad sanitaria y la excepcionalidad permanente**. El paradigma de seguridad sanitaria global de protección de territorios y fronteras nacionales contra un enemigo infeccioso externo, en el marco de la Covid19, ha contribuido al surgimiento de discurso bélico de los Estados, propiciando un modelo de Estado de seguridad sanitaria. Se construyó una asociación estrecha a nivel de Estado, entre la seguridad nacional y seguridad sanitaria.

Los primeros discursos para enfrentar la primera ola de la Covid 19, fueron de una declaración de “guerra” contra el enemigo epidémico. Un ejemplo ilustrativo fue el mensaje a la nación de Macron, repetido posteriormente por otros mandatarios, afirmando que “***Estamos en guerra. En una guerra sanitaria****. Es cierto que no luchamos ni contra un Ejército ni contra una nación, pero el enemigo está ahí, invisible, evasivo, y avanza”.[[31]](#footnote-31)* La nueva narrativa y paradigma de seguridad sanitaria global en el contexto de la COVID 19, para la defensa del país y la población frente a un enemigo externo letal, ha sido un factor de legitimación de medidas excepcionales y limitación de derechos humanos, utilizado por muchos gobiernos.

La excepcionalidad permanente de los Estados, en el contexto de la Covid 19, tiene estrecha relación con el paradigma y discurso de seguridad sanitaria global.

Al respecto, un análisis crítico del enfoque de seguridad sanitaria global señala que “***La respuesta actual al COVID-19, ha sido un enfoque tradicional centrado en el Estado y militarista****. Los cierres de fronteras que afectan el comercio y el movimiento, el marco de la seguridad nacional y el papel ampliado del Estado en el sostenimiento de la economía global, son emblemáticos de este retroceso al estatismo”*.*[[32]](#footnote-32)* La interrelación de paradigmas de seguridad global y seguridad sanitaria también se extendió al campo de las vacunas , como se editorializa en un medio especializado en salud mundial , afirmando que las “..***vacunas se ven cada vez más como activos de Seguridad nacional,*** *y decisiones con respecto a su uso se han desplazado desde el subdepartamento de vacunas de las instituciones de salud pública, a los más altos niveles de gobierno”.[[33]](#footnote-33)*

**El sesgo discriminatorio y las amenazas del Sur Global.** Otra crítica al concepto se seguridad sanitaria global, se refiere al uso policial y discriminatorio que realizan los gobiernos. Se plantea al respecto que “ *La seguridad de la salud global se utiliza a menudo para justificar políticas y prácticas de inmigración restrictivas (…) En nombre de la seguridad de la salud global tienden a centrarse en la protección de las fronteras nacionales en el Norte global, contra las amenazas a la salud percibidas de los países del Sur global* “[[34]](#footnote-34) Un análisis similar señala que ” *el paradigma imperante de la seguridad sanitaria mundial, necesita ser descolonizado. Está construido alrededor de una suposición implícita que las pandemias emanan de los más pobres regiones del mundo, amenazando la salud y el bienestar de personas en las zonas más prósperas”.[[35]](#footnote-35)*

 **El peso e influencia de intereses corporativos**. Otro aspecto en discusión es la relación entre el modelo de seguridad sanitaria global y las corporaciones privadas y farmacéuticas en el manejo tecnológico, infraestuctural y logístio de la salud publica global. Al respecto se afirma que “ *el paradigma de seguridad sanitaria mundial imperante, no hace nada para desafiar los efectos devastadores y el poder ilimitado de los actores privados, incluyendo compañías farmacéuticas, para controlar la infraestructura de la provisión de salud.”[[36]](#footnote-36)* En el mismo sentido, señalan en el contexto de la Covid 19 que “*Hoy en día, la seguridad sanitaria se considera un medio para proteger a la industria de las consecuencias de la mala salud, más que una estrategia para proteger a las personas del impacto nocivo de la industria en su salud”*[[37]](#footnote-37)*.*

**Predominio de la vigilancia por sobre las determinantes sociales**. Se cuestiona también que el enfoque y narrativa de la seguridad sanitaria, privilegia los componentes técnológicos de la gestión de crisis epidémicas, dejando en segundo plano, elementos centrales del derecho a la salud, como son el acceso universal a las vacunas, el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública y la equidad sanitaria. En este sentido se afirma que “*el enfoque en la seguridad sanitaria a menudo impide o, al menos, pospone, el debate necesario sobre los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud*”[[38]](#footnote-38)

# 4. El Estado sanitario de crisis: la capacidad sanitaria básica.

El concepto de “capacidad *estatal sanitaria* “ o de “ c*apacidades básicas en materia de salud pública”,* del modelo de Estado de crisis sanitaria, consignado en las normas jurídicas de la OMS , también está en el análisis y discusión por el fracaso mayoritario en el control de la Covid 19.

En relación a la gestión de crisis sanitaria Covid 19, se afirma que “ *la capacidad estatal, importa*” (*State capacity matters),* haciendo la excepción del mal funcionamiento en algunos casos, a pesar de la fortaleza previa del sistema estatal de salud, :*“Tener una capacidad estatal sólida, no significa que se utilizará bien, como lo han demostrado los sistemas de salud pública de los Estados Unidos o el Reino Unido, una vez bien considerados,* ***pero******la capacidad estatal fuerte o débil cambia sustancialmente las opciones de política disponibles****.”[[39]](#footnote-39)*

El Estado sanitario nacional de crisis epidémica de la OMS, consignado en el derecho internacional de crisis sanitaria, se construyó considerando el escenario de una crisis epidémica global de corta duración, originada en los países de bajos y medianos ingresos, como Asia, África y América Latina, enfocado a tareas de coordinación, supervigilancia y atención sanitaria básica. Este modelo de la OMS diseñado en base a una equivocada “*hipótesis de conflicto epidémico”,* no funcionó.

**El concepto jurídico de “*capacidad sanitaria estatal básica* “en el derecho internacional de crisis.** El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) contiene una arquitectura jurídica del Estado sanitario de crisis nacional. Se señala en la introducción del Reglamento, la “*obligación de los Estados Partes, de instalar* ***un mínimo de capacidades básicas en materia de salud pública****”*. La ingeniería de diseño institucional de crisis de los juristas y decisores de la OMS, contiene dos pilares: la creación de un “***Centro Nacional de Enlace de los Estados* “**y los **“Puntos *de Contacto de la OMS para el RSI*”.** En esa línea, la norma jurídica estipula que “*Cada Estado Parte designará o establecerá un Centro Nacional de Enlace para el RSI y a las autoridades responsables” .(Art.4 No 1 RSI)* . Y en relación a la OMS, se afirma que “*La OMS designará Puntos de Contacto para el RSI, que deberán poder comunicarse en todo momento con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI.” (Art.4 No 3 RSI)***.** Esta matriz jurídico-institucional del RSI de “*enlace y contacto*“, denota la concepción burocrática de la OMS, dejando una institucionalidad de coordinación, débil y sin poder real, acentuando el manejo de la información y tareas de supervigilancia epidemiológica.

Los Centros de Enlace nacionales, en la gestión de crisis de la Covid 19, no funcionaron, porque fueron diseñados como simples oficinas de coordinación y gestión de nivel intermedio en los ministerios de salud, en vez de una autoridad sanitaria nacional de conducción estratégica y operacional de la epidemia. Este diseño jurídico-institucional fallido de crisis sanitaria pandémica llevó a los gobiernos, en el curso de la pandemia, a crear nuevas figuras de conducción sanitaria, como Delegados Presidenciales o, simplemente, a centralizar la conducción sanitaria en el líder del Gobierno, dejando a los ministerios de salud y sus centros de enlace con la OMS, como oficinas subordinadas, sin influencia decisoria. La crisis pandémica sobrepasó y desmontó rápidamente el débil diseño jurídico-institucional de crisis, definido por la OMS.

El modelo de salud y el paradigma de salud son cuestiones claves para definir y delinear diseño juridico e institucional de la “ *capacidad necesaria basica*”del Estado de crisis sanitaria.En tal sentido, el fortalecimiento estratégico de la atencion primaria , se ha instalado como un tema significativo en l diseño de un Estado sanitario nacional de crisis: la trazabilidad y control de los contagios, la implementación de medidas sanitarias de crisis y la vacunacion masiva exitosa, en una gran mayoría de países, estan relacionadas con un sólido sistema de atencion primaria, con capacidad técnica resolutiva y humana .El fortalecimiento de la atencion primaria implica una resignificación y revalorización del modelo de salud pública centrado en la atención primaria , definido en la Conferencia de la OMS de Alma Ata de 1978.[[40]](#footnote-40)

**La solución propuesta del Panel Independiente: Coordinadores nacionales** La reforma propuesta por el Panel Independiente, para superar los fallidos Centros de Enlace, fue “*Que los Jefes de Estado y de Gobierno designen* ***Coordinadores nacionales en materia de pandemias*** *que rindan cuentas a los niveles más altos de gobierno y tengan a su cargo la coordinación de todas las estructuras del**Gobierno para la preparación y la respuesta”.[[41]](#footnote-41)*Este es un diseño cuestionable que requiere ser analizado.

La gestión de una crisis pandémica compleja, que deviene en crisis social y económica, requiere tener capacidad decisoria a nivel de gobierno y de Estado, para definir y establecer prioridades, como ha quedado de manifiesto en la pandemia actual. Un coordinador nacional mandatado para articular la red del sistema sanitario nacional y coordinar con instancias de gobierno, por regla general, no va a tener el poder y la capacidad decisoria de movilizar al Gobierno y resolver prioridades de manejo de una crisis combinada. La proyección lógica es que va quedar como simple ejecutor y validador de decisiones del Jefe de Estado en el manejo de la crisis sanitaria.

La pandemia actual ha demostrado las tensiones y decisiones complejas que hay que tomar a nivel de Gobierno. Al menos se visibilizan tres ámbitos de tensión decisoria: el derecho a la salud bajo crisis y el respeto a los derechos humanos; opciones y prioridades entre crisis sanitaria y la crisis económica, así como la prioridad sanitaria de las decisiones; o el uso político de la crisis sanitaria para fines de control social. Un coordinador nacional de perfil intermedio, en este escenario decisorio, va a estar subordinado al núcleo político de Gobierno, con el riesgo del deterioro de los derechos humanos y del Estado de Derecho, así como elmal manejo de la crisis sanitaria.

En la perspectiva de una crisis pandémica prolongada y de impacto societal globa, como la actual, habría que analizar y pensar el diseño jurídico-político de fortalecimiento de una **Autoridad Sanitaria de crisis,** con mayor independencia del Poder Ejecutivo, asesorado por un consejo científico, con un Estatuto jurídico especial de atribuciones y facultades de manejo de crisis y un posicionamiento institucional a nivel de Estado, más que de Gobierno. Una Autoridad Sanitaria de crisis con rango jurídico-institucional, tendría más poder para minimizar el uso político de la crisis sanitaria y abusos en la violación de los derechos humanos, al amparo del derecho a la salud, asumiendo la promoción y defensa de la estrategia sanitaria, para mitigar su supeditación al manejo de la crisis económica.

# 5.- Cobertura universal a la salud: otro concepto a analizar.

La Asamblea Mundial de la Salud de la OMS del 2005, adoptó, por primera vez, una tímida resolución abogando por la cobertura universal de la salud, asociada la propuesta del financiamiento sostenible de la salud.[[42]](#footnote-42) Posteriormente, la ONU, en su Asamblea General del 2013, acordó una resolución oficial a favor de la cobertura universal de salud. El concepto y propuesta de “*Universal Health Coverage”* se instaló en la agenda sanitaria global, logrando un amplio consenso de organismos y actores internacionales insertos en el sistema sanitario mundial, como el Banco Mundialo la Fundación Rockfeller , incluyendo el apoyo decidido del G-20.

Hay que considerar que el acceso universal a la atención médica, el papel esencial de las infraestructuras de salud pública y la garantía de igualdad en las necesidades de las personas, son considerados principios básicos que sustentan los derechos humanos referidos la salud. Por lo mismo, el apoyo a la cobertura universal de salud, componente de ese núcleo de principios básicos, pareció revivir el paradigma de “Salud *para todos*” de Alma Ata.[[43]](#footnote-43) Sin embargo , el modelo y definición de cobertura universal propuesto no va en la dirección de la universalidad del derecho internacional a la salud.[[44]](#footnote-44)

En la Cumbre de la ONU de la Agenda 2030, de Septiembre de 2015, se incorporó la cobertura universal, plasmada en el Objetivo 3 de la Meta 3.8, que planteó : “*Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios esenciales de atención de salud y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos*”[[45]](#footnote-45)Esta definición de la ONU permite precisar y clarificar elementos centrales del modelo: el concepto de “ *esenciales* “, limita el derecho universal de salud a paquetes de servicios de atención de salud ; la definición de asegurar la “ *atención de salud* “, es diferente a tener un “ derecho a la salud” y la medida de protección de “*riesgos financieros* “ para la provisión de los paquetes de salud, introduce el modelo de financiamiento público- privado, abriendo el espacio a un mercado de la salud a nivel global.

Por estas razones, los análisis críticos ,sostienen que “*el modelo de la cobertura universal de salud promovido por actores globales prominentes, es reduccionista en su visión, inadecuada a lo que significa 'salud , más allá del simple acceso a la atención médica.., los aspectos sociales se eluden y la salud se convierte en un lugar de intervención individualizada, biomédica, técnica y despolitizada*.[[46]](#footnote-46) Considerando que la propuesta se enfoca en el “ *acceso a servicios esenciales de salud* “, y no en **un derecho** **al acceso** universal a la salud, tiene validez la interrogante, señalada por Birn y Nervi“ .. “*¿Salud significa solamente “ atención de salud “ o se inscribe en el gran cuadro de la Salud para contiendas judiciales entre el “ Derecho a la Salud “ versus el “Derecho a la atención de salud“?[[47]](#footnote-47)*

Al igual que otras definiciones y conceptos dominantes en el campo de la salud mundial y adoptadas por la OMS, “*Universal Health Coverage “*, adolece de ambigüedad conceptual, pero, en la práctica, es clara su direccionalidad, orientada a la focalización selectiva de la atención de salud por sobre la universalidad del acceso a la salud como derecho. Giovanella y Mendoza Ruiz, en una buena síntesis del modelo, señalan que *“La propuesta de cobertura universal de salud contiene tres componentes centrales: un enfoque en el financiamiento mediante asociación; afiliación por modalidad de seguro; y la definición de un paquete limitado de servicios*”[[48]](#footnote-48)

## **5.1. Cobertura universal de salud y “vacuna *para todos*” en pandemia.**

En el contexto de la crisis sanitaria actual, cobra mayor vigencia el análisis y discusión de la cobertura universal de la salud, promovida por la OMS y organismos internacionales, que prometía antes de la pandemia: “ *vacuna para todos* “.

La realidad de la pandemia actual dejó en evidencia la debilidad de la promesa de vacunación masiva, contenida en el modelo de cobertura universal. Las cifras son claras y elocuentes en materia de inequidad,ejercicio del poder, e intereses corporativos, como señalan Harman y Arfani en su demanda de “ *justicia reparativa y no caridad”* abogando por la vacunación mundial “*A finales de abril, más del 80% de las vacunas Covid 19 a nivel mundial habían llegado a personas en países ricos, con solo un 0,3% para personas en países de bajos ingresos . Este cuestionable desequilibrio, no es un accidente. Los países de altos ingresos han utilizado el poder de negociación (…), apalancamiento de políticas globales y capital, para adquirir dosis suficientes para cubrir el 245% de sus ciudadanos dejando pocas dosis para los países más pobres”[[49]](#footnote-49).* Los países ricos, que tenían instaladas y subsidiadas a las empresas fabricantes de vacunas en sus territorios, aprovecharon esta realidad para lograr compromisos de mercado anticipados de la vacuna, antes que el resto del mundo, en beneficio su población.Nacionalismo sanitario, en vez de cobertura universal de salud.*[[50]](#footnote-50)*

### 5.1.1. Vacunación masiva y salud como bien público mundial.

En el contexto de una pandemia prolongada de un año y medio de duración, los organismos internacionales y ONGS en el campo de la salud global, han estado presionando por la vacunación masiva, defendiendo el concepto de las vacunas como bien público mundial. Antonio Guterres, Secretario General de la ONU, en un mensaje público planteó que “las *vacunas Covid 19 deben ser consideradas un bien público mundial. Ningun país puede salir aislado de esta crisis* “.[[51]](#footnote-51) El Director General de la OMS, junto a una veintena de jefes de gobierno de países europeos, asiáticos, africanos y latinoamericanos, señalaron que “*Estamos comprometidos a garantizar el acceso universal y equitativo a vacunas.* ***La inmunización es un bien público mundial y necesitaremos poder desarrollar, fabricar y distribuir vacunas, lo más rápido posible****. [[52]](#footnote-52)* En la 74 Asamblea Mundial de la OMS, se reafirmó el concepto de “*inmunización* “como bien público – evitando hablar de vacunas - , con apoyo de la mayoría de los gobiernos europeos .

Sin embargo, al concepto de “ *bien público global*”, extendido a la salud y vacunas como “ *bien público global* “, más allá del uso bien intencionado en documentos de Naciones Unidas y organismos internacionales, no tiene un status jurídico y fuerza legal, quedando en el nivel discursivo de apelación a la buena voluntad de los Estados. La realidad de comportamiento de los gobiernos dejó en claro que, a posteriori de sus declaraciones de la vacunación como bien público, optaron por defender sus intereses nacionales, apoyar a sus compañías y promover hasta la fecha, el nacionalismo vacunatorio.

### 5.1.2. Un modelo de negocios asociado a la cobertura universal de salud.

Otro aspecto crítico del concepto y modelo de Cobertura Universal de salud es la supeditación del derecho integral a la salud, al desarrollo de un nuevo mercado global. Se planteaba antes de la pandemia actual, que” *El tema del financiamiento es fundamental para la idea de la cobertura universal de salud, que fomenta una mayor participación privada en la financiación del sector y la expansión del mercado sanitario privado”[[53]](#footnote-53)*. En esa perspectiva, otros analistas advertían que ·”*la Cobertura Universal de salud (UHC) corre el riesgo de ser rehén de las maquinaciones de la mal regulada economía de mercado de los servicios de salud, que valora el beneficio sobre la salud.*”*[[54]](#footnote-54)* Estas aprehensiones quedaron confirmadas con la pandemia actual.

El fracaso de la vacunación mundial ha dejado en evidencia las limitaciones del modelo de cobertura universal. La resistencia corporativa de las compañías farmacéuticas, con apoyo de sus gobiernos, ha contenido y bloqueado hasta la fecha, en la OMC, la demanda y presión por liberar total o parcialmente las patentes. Esta realidad se demuestra en el hecho que “ *Aunque más de 100 países dentro de la OMC apoyan la campaña global de “ People´s vaccine”, la propuesta ha sido repetidamente bloqueada en cada reunión del Comité, por un selecto grupo de países ricos, incluidos el Reino Unido, Japón y los Estados de la UE, junto a las grandes industrias farmacéuticas”.[[55]](#footnote-55)* Este bloqueo corporativo, va en contra de los acuerdos de la propia OMC , estipulados en la Declaración de Doha del 2001, que acordó la flexibilización de propiedad intelectual y salud pública, en caso de emergencia sanitaria global, otorgando el derecho a los países para producir o importar un medicamento patentado, sin autorización del titular de la patente. La iniciativa “*People¨s vaccine”* de diversas organizaciones humanitarias y de salud global, cuestionando “ *el appartheid vacunatorio* “, plantea liberar “*la propiedad intelectual sobre las vacunas y el conocimiento de COVID-19”*, presionando en el seno de la OMC a *“..renunciar temporalmente a la propiedad intelectual sobre las vacunas (...) y obligar a las compañías farmacéuticas a compartir su tecnología y conocimientos* “.[[56]](#footnote-56) Sin mayores resultados hasta la fecha.

El derecho internacional a la salud de crisis, con cobertura y acceso universal a la vacunación bajo crisis pandémica, está enfrentando la prueba de realidad del predominio de intereses corporativos y políticas de poder en el sistema sanitario mundial. Como afirma con certeza, Suerie Monn “*La pregunta de cuándo los diferentes países tendrán acceso a una vacuna, y cuándo realmente terminará esta pandemia, será respondida por el resultado de este choque de intereses públicos y privados, geopolíticos y de salud*.[[57]](#footnote-57)

## **5.2. Justicia global sanitaria en el contexto de crisis pandémica.**

La realidad descrita, plena de ambigüedades, limitaciones y distorsión de la cobertura universal de salud, revalorizan los temas de equidad en el derecho internacional de salud. Antes de la pandemia actual, los expertos indicaban que “*la equidad y la protección de la salud deben colocarse con más firmeza en la agenda del derecho internacional para poder equilibrar los intereses de comercio, crecimiento económico y guerra contra la protección de la salud de individuos y grupos”.[[58]](#footnote-58)* Este lineamiento cobra mayor vigencia en la pandemia actual, por la gran falla del modelo de cobertura y acceso universal a la salud.

En tal sentido, son válidas en el escenario actual las propuestas de “ *Justicia sanitaria global”( Prah Ruger) y “ Justicia sanitaria universal “ (Nervi, Birn),* para avanzar a un nuevo modelo y paradigma de salud mundial y fortalecimiento del derecho internacional de salud. Una definición planteada señala que la “*justicia sanitaria global, se basa en una teoría de la salud y la justicia social, que establece la obligación de la sociedad de mantener y mejorar la salud (…)* *una sociedad global y los Estados-nación que la constituyen, deben abordar las desigualdades en la salud global y las amenazas globales a la salud humana”[[59]](#footnote-59)*. Coinciden esta propuestas con Gosti y Taylor, que en su análisis del elemento central del derecho internacional de salud, afirmó que “.. *el estudio y la práctica del campo deben guiarse por* ***el valor de la justicia social, que requiere una distribución equitativa de los servicios de salud”[[60]](#footnote-60)***

# 6.Determinantes sociales de la salud en el contexto de la pandemia.

La pandemia ha demostrado la estrecha relación entre derechos sociales y económicos, con el derecho a la salud de crisis. Al respecto, se plantea que “*la pandemia del covid-19 ha puesto de manifiesto, los efectos en la salud de las desigualdades sociales de larga data y que la vulnerabilidad a las enfermedades está determinada por las estructuras del mercado laboral, la falta de protección social y los procesos antidemocráticos. La pandemia ha puesto de relieve la distribución desigual del poder y los recursos”,[[61]](#footnote-61)* Este diagnóstico se encuentra y repite en todos los análisis del impacto social y ruta de avance de la pandemia,

En este marco de análisis, es necesario considerar, la toma de posición de la OMS por las *Determinantes Sociales de la salud* – en base al informe final de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud del 2008 - definidas como "*las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen*", que están "*determinadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos"* .[[62]](#footnote-62) Se dejó planteado que las determinantes estructurales de la desigualdad son la base de la inequidad global en salud señalando que“ *La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países y las injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población****.*** *están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios.* ***Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto, constituyen los determinantes sociales de la salud****”.[[63]](#footnote-63)* Por primera vez la OMS dejó instalado en su discurso y posición, la relación entre la salud con la desigualdad estructural referida a “ *la distribución del dinero, el poder y los recursos*”.

Una definición importante de la OMS, que quedó sólo en un enunciado, sin estrategias reales ni propuestas de solución , que permitieran afrontar los problemas estructurales y de fondo de “*la distribución no equitativa del poder el dinero y los re­cursos”*, para avanzar en un nuevo modelo de salud y fortalecimiento del derecho de la salud universal.

En el contexto actual, también se plantean análisis de clarificación y profundización del concepto de *Determinantes Sociales,* a la luz de la crisis pandémica. Se señala la necesidad de ampliar y repensar - no abandonar - el concepto de *Determinantes Sociales* considerando los nuevos desafíos de la salud mundial, la débil implementación de políticas y la profundización de la desigualdad estructural en las determinantes sociales de la salud.[[64]](#footnote-64)

# 7.- Derecho a la salud y derechos humanos en tiempos de crisis.

La perspectiva de avanzar en la aprobación de un Tratado Pandémico en Noviembre, ha generado algún nivel de discusión y explicitación de propuestas, en medios especializados de salud y gobernanza global, entre otros temas, para dar respuesta a las deficiencias de modelos de salud, debilidades del derecho internacional de salud en tiempos de crisis y el grave deterioro de los derechos humanos, al amparo del derecho a la salud.

Las posibilidades de avance en materia de derechos humanos en la próxima asamblea extraordinaria mundial de la salud, hay que observarlas con un necesario realismo. La invisibilización del tema los derechos humanos en la Asamblea extraordinaria de Noviembre, es muy probable, considerando el comportamiento de los Estados más influyentes como EEUU y China y de la mayoría de los Estados miembros, como se manifestó en la reciente Asamblea Mundial de Mayo. Sin embargo, también hay que visualizar la Asamblea extraordinaria y Tratado pandémico, como una “*ventana de oportunidad*”, como señalan activistas en derechos humanos y expertos en gobernanza global en salud, afirmando que **se abre *“una oportunidad para trazar un futuro global diferente basado en los derechos humanos****”.[[65]](#footnote-65)* .

En la perspectiva de una “*ventana de oportunidad”* para una nueva regulación jurídica en la salud mundial, **está abierto el desafío de afinar y profundizar el derecho a la salud,** considerando los vacíos evidenciados por la pandemia actual.

## **7.1. Derecho a la salud en el campo de los derechos humanos.**

El derecho a la salud y la gobernanza global de salud centrada en la OMS, ha tenido un funcionamiento aislado y desvinculado de la matriz jurídico-institucional de los derechos humanos. En el informe del Panel Independiente, queda constancia del lugar secundario que ocupan los derechos humanos en la OMS, como se aprecia en la propuesta que busca “..*hacer operativos los derechos humanos en el centro de la gobernanza de la OMS” [[66]](#footnote-66)* Sin embargo, no se trata solo de “ *operacionalización* “ o “ *cooperación interinstitucional”*, sino de carencias de una definición más integral : el derecho a la salud no se asume y conceptualiza en la matriz esencial de derechos humanos, sino como un derecho social de un bien público que actúa en solitario. La *colisión de derechos* que se ha generado en la pandemia, con la utilización política del derecho a la salud, limitando la vigencia de los derechos humanos, hay que analizarla también, en el marco de un derecho de salud de sesgo autoreferente, desvinculado del campo matriz de los derechos humanos.

En ese marco de análisis, surgen planteamientos para armonizar y dar coherencia al derecho universal de salud con los derechos humanos. Al respecto, académicos y miembros de la Comisión Internacional de Juristas, apoyados en los Principios de Siracusa, plantearon que *“un Tratado Pandémico debería alentar a los Estados Miembros a colaborar para comprender mejor la efectividad empírica y la coherencia de diversas medidas de salud pública con los derechos humanos. Deben elaborarse directrices basadas en pruebas, para justificar las medidas de salud pública,* ***armonizando el derecho sanitario mundial con el imperativo del derecho internacional de los derechos humanos*** *para demostrar la necesidad y proporcionalidad de las medidas gubernamentales, adoptadas en tiempos de crisis.[[67]](#footnote-67)*

En este escenario, tiene más sentido analizar la “*operacionalización*“ de los derechos humanos en el ejercicio del derecho a la salud en la OMS, como plantea el Panel Independiente, enfrentando los vacíos jurídicos existentes. El Reglamento Sanitario tiene una norma jurídica muy clara, que señala que “*La aplicación del presente Reglamento se hará con respeto pleno de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas* ***“****(Art.3/RSI).* En el diseño de políticas y estrategia para enfrentar la pandemia actual, la OMS, más allá de declaraciones con organismos de la ONU sobre el tema, no desarrolló ningún curso de acción para hacer efectiva la norma jurídica del actual Reglamento. Estos vacíos conceptuales y de definición política, en relación a la concordancia y coherencia del derecho a la salud con los derechos humanos, tendrían que abordarse en el marco de las reformas pendientes.

## **7.2. Afinamiento y profundización del derecho internacional de salud.**

La realidad sanitaria del contexto pandémico está presionando por una ampliación y ajuste del concepto de derecho a la salud, que permita enfrentar nuevas crisis sanitarias agudas. En tal perspectiva se sostiene, que *“.no es suficiente usar el lenguaje de los derechos humanos en un Tratado pandémico o “incorporar” los derechos humanos en el trabajo de las agencias internacionales, sin abordar las desigualdades estructurales entre países que están enquistados en la gobernanza para la salud global”*.[[68]](#footnote-68)

Existen conceptos y propuestas jurídicas y de políticas, que permiten abordar una definición más integral y actualizada del derecho a la salud en tiempos de crisis, como son los determinantes sociales de la salud, la propuesta de Justicia Sanitaria Global, como núcleo del derecho internacional de salud , un nuevo modelo de acceso y cobertura universal a salud y el enfoque de intersectorialidad e interdependencia de los derechos económicos, sociales y culturales.

Este es un debate abierto de modelos y derecho a la salud - de larga data en la OMS y en el sistema sanitario mundial- que estará presente en la nueva Asamblea mundial extraordinaria de la salud y en el escenario sanitario mundial, buscando respuestas a los inevitables nuevos desafíos sanitarios globales.

RPV

Agosto 2021

 **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Global Health Law: A Definition and Grand Challenges” Lawrence O. Gostin and Allyn L. Taylor O’Neill Institute for National and GlobalHealth Law at Georgetown University Law Center”Public Health Ethics/Vol,1/2008.

1. CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : . 11/08/2000/CESCR /Geneve 2000
2. Global Health Law: International Law and Public Health Policy”, Allyn L.Taylor in International Encyclopedie of Public Health,2017
3. “Has Global Health Law risen to met the Covid 19 challenge ?.Revisiting the International Health Regulations to prepate for future Threats” Lawrence O. Gostin, Roojin Habibi, and Benjamin Mason Meier/ The Journal of Law, Medicine & Ethics, 48 (2020): 376-381.2020

The Politics of International Law” Martti Koskenniemi in European Journal International Law(1990).

“10 best resources on power in health policy and systems in low- and middle-income countries “ Veena Sriram, Stephanie M Topp, Marta Schaaf, Arima Mishra,Walter Flores, Subramania Raju Rajasulochana and Kerry Scott in Health Policy and Planning, 33, 2018.

1. “Global Health and the Law” Lawrence O.Gostin and Devi-Sridhar,PD.D.; The New England Journal of Medicine 370.,May 2014
2. Su-Min Khoo, (2013). “Health justice and capabilities: A turning point for global health? “International Sociology 28 (2) 155-167
3. Towards a common definition of global health”Jeffrey P Koplan, T. Christopher Bond, Michael H Merson, K Srinath Reddy, Mario Henry Rodriguez, Nelson K Sewankambo, Judith N Wasserheit, for the Consortium of Universities for Global Health Executive Board/The Lancet/June 2/2008

“Global Health – emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism “/Jens Hols/ Globalization and Health, volume 16, Article number: 42 (2020)

“The World Health Organization and the transition from “ International” to “Global” Public Health”; Theodore M. Brown, PhD, Marcos Cueto, PhD, and Elizabeth Fee, PhD;American Journal Public Health. 2006;96(1).

1. “Decolonising Global Health: if not now, when?”by Ali Murad Büyüm, Cordelia Kenney,Andrea Koris,Laura Mkumba ,Yadurshini Raveendran/ BMJ Global Health/July 2020
2. “Frames, Paradigms and Power: Global HealthPolicy-Making under Neoliberalism” Simon Rushton and Owain David William/ Global Society, Vol. 26, No. 2, April, 2012
3. “The changing climates of global health”Michelle Pentecost,Alexandra Alvergne,Clare Chandler Clare Herrick, Ann Kelly /BMJ, March,2/2021
4. “Decolonising COVID-19”Editorial The Lancet Global Health/Vol.8May/2020

Fundacion Bill&Melinda Gates” Prepared remarks Bill Gates /World Health Assembly May 2005/.22/June/2005.

1. “ COVID-19: time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health Elisabeth Paul ,1,2 Garrett W Brown,3 Valery Ridde /BMJ Global Health 2020 ;5:e002622. doi:10.1136/bmjgh-2020-002622

World Health Assembly 54.14” Global Health Security : epidemic alert and response” Agenda item 13.321 May 2001

WHO/2021/Agosto/Health Security

1. Health security as a public health concept:a critical analysis” William Aldis;Health Policy and Planning 2008;23:369–375/ Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine

“International Health Law in perspectives” Back Ground Paper 16/The Independet Panel for preparedness and response/May 2021

1. Consejo de la UE/comunicado de prensa /20/Mayo/2021

“Global Covid-19 Responses Through a Critical Security Studies Perspective”;Lachlan Abbott/ https://www.e-ir.info/2021/01/20

“The States inoculate:vaccines as a soft power”,The Lancet global Health,March,10,2021

“Pandemic treaty needs to start with rethinking the paradigm of Global Health Security”Sakiko Fukuda-Parr,Paulo Buss, Alicia Ely Yamin”BMH Health Global editorial/May 2021

1. The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses “ Scott L.Greer, Elizabeth J. King,Elise Massard da Fonseca,Andre Peralta-Santos in Global Public Health ;Vol.15/09/2020
2. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

Informe final The Independent Panel “ Covid 19:Hagamos que esta sea la ultima pandemia”/May 2020

RESOLUCIONES Y DECISIONES 147 WHA58.33 Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad58ª Asamblea Mundial de la Salud, Geneve,2005.

United Nations: Sustainable Development Goals ,2015.

“What matters in health (care) universes:delusions, dilutions, and ways towards universal health justice”, Anne-Emanuelle Birn and Laura Nervi. on “The Political Origins of Health Inequities and Universal Health Coverage”Oslo, Norway. 01-02 November 2018

Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies”.;Ligia Giovanella ,Adriana Mendoza-Ruiz en Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(6):1763–76.Brasil*.*

1. Global vaccine equity demands reparative justice — not charity” Sophie Harman,Parsa Erfani , Tinashe Goronga, Jason Hickel,Michelle Morse,Eugene T Richardsonin British Medical Journal Global Health;June 2021
2. The Launch and Scale Speedometer/Duke Global Health Innovation Center/August/2021
3. “From health for all to universal health coverage: Alma Ata is still relevant” Kiran Raj Pandey; Globalization and Health 14, Article number: 62 (2018)
4. OMS “COVID-19 shows why united action is needed for more robust international health architecture “30 March 2021

The People¨s Vaccine “ 5 Steps to end vaccine appartheid”/August/2021

1. “The Vaccine Race: Will Public Health Prevail over Geopolitics?” Suerie **Moon in Politics of Coronovirus Pandemic,Special Issue No 1/Jun2 2021, Global Challenges**, The Graduate Institute, Geneva.
2. “ International health law: an emerging field of public international law” Brigit Toebes/Indian Journal of International law/2016

“The normative foundations of Global Health Law”Jennifer Prah Ruger /The Georgetown Law Journal /2008;96(2):423-443

1. “ Covid-19 pandemic and the social determinants of health” Lauren Paremoer, ,Sulakshana Nandi, ,Hani Serag,Fran Baum / British Medical Journal, 02/2021 .

CSDH (2008). “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.” Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.Geneva, World Health Organization .2008

1. The Social Determinants of Health: Time to Re-Think? “John Frank Thomas Abel , Stefano Campostrini , Sarah Cook , Vivian K. Lin and David V. McQueen ;International Journal of enviroment and public health; August, 12, 2020
2. “An International Pandemic Treaty Should Center on Human Rights”Kyle Knight, BMJ,10/May/2021

The Panel Indepent, Back Ground Paper 11 “Human Rigts Dimensions on the Covid 19 Pandemic”/May/2021

“Health and human rights are inextricably linked in the COVID-19 response”, Sharifah Sekalala ,Lisa Forman,Roojin Habibi ,Benjamin Mason Meier in BMJ Global Health August 2020

1. “Reshaping Global Health Law in the Wake of COVID-19 to Uphold Human Rights” Roojin Habibi, Tim Fish Hodgson, Benjamin Mason Meier, Ian Seiderman and Steven Hoffman in OpinioJuris in association with The Internacional Comision of Juris/1/6/21.

**Algunas cuestiones que propongo añadir para la discusión que abre este documento:**

* **Resta examinar la manera como negociaron los laboratorios con los Estados (particularmente los más débiles) colocándolos en una suerte de “lista de espera”, para cuando consiguieran producir las vacunas. En muchos casos, se trató de verdaderos “contratos de adhesión” en la que los Estados débiles (la gran mayoría) se vieron forzados a aceptar todas las condiciones leoninas impuestas por estos grandes laboratorios.**
* **Hay que examinar también el problema que representa que un significativo número de personas a nivel mundial, se hayan resistido y continúen haciéndolo, a aplicarse las vacunas. ¿Cabría entender la negativa a aplicarse la vacuna como un dereho humano a proteger, partiendo de reconocer que la llamada “inmunidad de rebaño”**

**no será posible de alcanzar si el número de personas que se resisten a ser vacunadas resulta ser tan alto como el que hoy se constata a nivel global?**

**¿Y Qué hay de las medidas coercitivas adoptadas por algunos Estados poderosos, para “embargar” en los hechos, bienes prioritarios para la atención de la pandemia (mascarillas, pruebas moleculares, oxígeno y otros) adquiridos por diferentes Estados, que quedaron privados de tales recursos, con perjuicio no sólo económico sino directo a la vida e integridad de sus ciudadanos.**

**¿Qué responsabilidad tiene la OMS en haber tardado en definir las medicinas que podrían ser utilizadas para el tratamiento del COVID por los Estados?. En varios casos, tales medicinas solamente fueron descalifcadas cuando ya los Estados habían invertido cantidades significativas de dinero para adquirirlas, asumiendo que se trataba de bienes cuya adquisición resultaba perentoria o urgente.**

1. “*Global Health Law: A Definition and Grand Challenges” Lawrence O. Gostin and Allyn L. Taylor O’Neill Institute for National and GlobalHealth Law at Georgetown University Law Center”Public Health Ethics/Vol,1/2008.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments)* *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: . 11/08/2000/CESCR /Geneve 2000* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Dpc.cit. Gostin Taylor, 2008.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Doc.cit.Gostin,Taylor,2008* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Gostin,Taylor Doc.cit.* [↑](#footnote-ref-5)
6. “Global *Health Law: International Law and Public Health Policy”, Allyn L.Taylor in International Encyclopedie of Public Health,2017* [↑](#footnote-ref-6)
7. *Gostin, Taylor, Doc.cit.* [↑](#footnote-ref-7)
8. *“Has Global Health Law risen to met the Covid 19 challenge?. Revisiting the International Health Regulations to prepate for future Threats”* Lawrence O. Gostin, Roojin Habibi, and Benjamin Mason Meier/ *The Journal of Law, Medicine & Ethics, 48 (2020): 376-381.2020* [↑](#footnote-ref-8)
9. “*The Politics of International Law” Martti Koskenniemi in European Journal International Law(1990).* [↑](#footnote-ref-9)
10. “*10 best resources on power in health policy and systems in low- and middle-income countries “Veena Sriram, Stephanie M Topp, Marta Schaaf, Arima Mishra,Walter Flores, Subramania Raju Rajasulochana and Kerry Scott in* *Health Policy and Planning, 33, 2018.* [↑](#footnote-ref-10)
11. *“Global Health and the Law” Lawrence O.Gostin and Devi-Sridhar,PD.D.; The New England Journal of Medicine 370.,May 2014* [↑](#footnote-ref-11)
12. *Su-Min Khoo, (2013). “Health justice and capabilities: A turning point for global health? “International Sociology 28 (2) 155-167* [↑](#footnote-ref-12)
13. “*Towards a common definition of global health”Jeffrey P Koplan, T. Christopher Bond, Michael H Merson, K Srinath Reddy, Mario Henry Rodriguez, Nelson K Sewankambo, Judith N Wasserheit, for the Consortium of Universities for Global Health Executive Board/The Lancet/June 2/2008* [↑](#footnote-ref-13)
14. *“Global Health – emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism “/Jens Hols*/ *Globalization and Health, volume 16, Article number: 42 (2020)* [↑](#footnote-ref-14)
15. “*The World Health Organization and the transition from “International” to “Global” Public Health”; Theodore M. Brown, PhD, Marcos Cueto, PhD, and Elizabeth Fee, PhD;American Journal Public Health. 2006;96(1):62–72* [↑](#footnote-ref-15)
16. *“Decolonising Global Health: if not now, when?”by Ali Murad Büyüm, Cordelia Kenney,Andrea Koris,Laura Mkumba ,Yadurshini Raveendran/ BMJ Global Health/July 2020* [↑](#footnote-ref-16)
17. *“Global Health – emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism “ Jens Hols in Globalization and Health, Vol.16, Art.  42 /2020* [↑](#footnote-ref-17)
18. *“Frames, Paradigms and Power: Global HealthPolicy-Making under Neoliberalism” Simon Rushton and Owain David William/ Global Society, Vol. 26, No. 2, April, 2012* [↑](#footnote-ref-18)
19. *“The changing climates of global health”Michelle Pentecost,Alexandra Alvergne,Clare Chandler Clare Herrick, Ann Kelly /BMJ, March,2/2021* [↑](#footnote-ref-19)
20. *“Decolonising COVID-19” Editorial The Lancet Global Health/Vol.8May/2020* [↑](#footnote-ref-20)
21. *“Global Health – emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism “/Jens Hols*/ *Globalization and Health, volume 16, Article number: 42 ;2020* [↑](#footnote-ref-21)
22. *Fundacion Bill&Melinda Gates” Prepared remarks Bill Gates /World Health Assembly May 2005/.22/June/2005* [↑](#footnote-ref-22)
23. *Elisabeth Paul ,1,2 Garrett W Brown,3 Valery Ridde “COVID-19: time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health/BMJ Global Health 2020 ;5:e002622. doi:10.1136/bmjgh-2020-002622*  [↑](#footnote-ref-23)
24. *Doc.cit “Global Health – emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism “/Jens Hols*”  [↑](#footnote-ref-24)
25. *Doc.World Health Assembly 54.14” Global Health Security : epidemic alert and response” Agenda item 13.321 May 2001* [↑](#footnote-ref-25)
26. *WHO/2021/Agosto/Health Security* [↑](#footnote-ref-26)
27. “*Health security as a public health concept:a critical analysis” / doc.cit..* [↑](#footnote-ref-27)
28. *Health security as a public health concept:a critical analysis” William Aldis/ Health Policy and Planning 2008;23:369–375/ Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine* [↑](#footnote-ref-28)
29. *“International Health Law in perspectives” Back Ground Paper 16/The Independet Panel for preparedness and response/May 2021* [↑](#footnote-ref-29)
30. *Consejo de la UE/comunicado de prensa /20/Mayo/2021* [↑](#footnote-ref-30)
31. *France24/24/03/20* [↑](#footnote-ref-31)
32. “*Global Covid-19 Responses Through a Critical Security Studies Perspective”; Lachlan Abbott/ https://www.e-ir.info/2021/01/20* [↑](#footnote-ref-32)
33. “*The States inoculate: vaccines as a soft power”, The Lancet global Health, March,10,2021* [↑](#footnote-ref-33)
34. *Doc cit. “Global Health: Emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism “/Jens Hols (2020)* [↑](#footnote-ref-34)
35. “*Pandemic treaty needs to start with rethinking the paradigm of Global Health Security”Sakiko Fukuda-Parr,Paulo Buss, Alicia Ely Yamin”BMH Health Global editorial/May 2021* [↑](#footnote-ref-35)
36. *Doc.cit“Pandemic treaty needs to start...” Sakiko Fukuda-Parr,Paulo Buss, Alicia Ely Yamin”BMH Health global editorial/May 2021* [↑](#footnote-ref-36)
37. *Doc cit. “Global Health – emergence, hegemonic trends-“* [↑](#footnote-ref-37)
38. *Doc.cit “Global Health emergence, hegemonic trends “.* [↑](#footnote-ref-38)
39. *“The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses “ Scott L.Greer, Elizabeth J. King,Elise Massard da Fonseca,Andre Peralta-Santos in Global Public Health ;Vol.15/09/2020* [↑](#footnote-ref-39)
40. *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978* [↑](#footnote-ref-40)
41. *“ Covid 19:Hagamos que esta sea la última pandemia”Informe final The Independent Panel/May 2020* [↑](#footnote-ref-41)
42. *RESOLUCIONES Y DECISIONES 147 WHA58.33 Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad La 58ª Asamblea Mundial de la Salud*, [↑](#footnote-ref-42)
43. *“From health for all to universal health coverage: Alma Ata is still relevant” Kiran Raj Pandey; Globalization and Health 14, Article number: 62 (2018)* [↑](#footnote-ref-43)
44. *“Un Tratado para enfrentar la pandemia necesita reconsiderar el paradigma de la seguridad sanitaria mundial”* Sakiko Fukuda-Parr, Paulo Buss, Alicia Ely Yamin *Jun 9, 2021* [↑](#footnote-ref-44)
45. *United Nations: Sustainable Development Goals ,2015.* [↑](#footnote-ref-45)
46. “ Doc. cit “ *What matters in health (care) universes”Anne-Emanuelle Birn and Laura Nervi.*  [↑](#footnote-ref-46)
47. “*What matters in health (care) universes:delusions, dilutions, and ways towards universal health justice”, Anne-Emanuelle Birn and Laura Nervi. on “The Political Origins of Health Inequities and Universal Health Coverage”Oslo, Norway. 01-02 November 2018* [↑](#footnote-ref-47)
48. *Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies”*.;*Ligia Giovanella ,Adriana Mendoza-Ruiz en Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(6):1763–76. Brasil.* [↑](#footnote-ref-48)
49. “*Global vaccine equity demands reparative justice — not charity” Sophie Harman,Parsa Erfani , Tinashe Goronga, Jason Hickel,Michelle Morse,Eugene T Richardsonin British Medical Journal Global Health;June 2021* [↑](#footnote-ref-49)
50. *The Launch and Scale Speedometer/Duke Global Health Innovation Center/August/2021* [↑](#footnote-ref-50)
51. *UN, Secretary General,Messages, 11/March/2021* [↑](#footnote-ref-51)
52. *OMS “COVID-19 shows why united action is needed for more robust international health architecture “30 March 2021*  [↑](#footnote-ref-52)
53. Doc.cit “*Universal health system and universal health coverage”* [↑](#footnote-ref-53)
54. “*From health for all to universal health coverage: Alma Ata is still relevant”Kiran Raj Pandey;* *Globalization and Health (2018) 14:62* [↑](#footnote-ref-54)
55. *Doc cit. “Global vaccine equity demands reparative justice — not charity” Sophie Harman,Parsa Erfani* [↑](#footnote-ref-55)
56. *The People¨s Vaccine “ 5 Steps to end vaccine appartheid”/August/2021* [↑](#footnote-ref-56)
57. *“The Vaccine Race: Will Public Health Prevail over Geopolitics?”* *Suerie****Moon in Politics of Coronovirus Pandemic,Special Issue No 1/Jun2 2021, Global Challenges****, The Graduate Institute, Geneva.* [↑](#footnote-ref-57)
58. “ *International health law: an emerging field of public international law” Brigit Toebes/Indian Journal of International law/2016* [↑](#footnote-ref-58)
59. *“ The normative foundations of Global Health Law”Jennifer Prah Ruger /The Georgetown Law Journal /2008;96(2):423-443* [↑](#footnote-ref-59)
60. *Gostin, Taylor, Doc.cit.* [↑](#footnote-ref-60)
61. “ *Covid-19 pandemic and the social determinants of health” Lauren Paremoer, ,Sulakshana Nandi, ,Hani Serag,Fran Baum / British Medical Journal, 02/2021 .*

, [↑](#footnote-ref-61)
62. *CSDH (2008).* “*Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.” Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.Geneva, World Health Organization .2008* [↑](#footnote-ref-62)
63. *Dpc cit. “ CSDH (2008).* *Closing the gap in a generation:World Health Organization .2008* [↑](#footnote-ref-63)
64. “*The Social Determinants of Health: Time to Re-Think? “John Frank , Thomas Abel , Stefano Campostrini , Sarah Cook , Vivian K. Lin and David V. McQueen ;International Journal of enviroment and public health; August, 12, 2020* [↑](#footnote-ref-64)
65. *“An International Pandemic Treaty Should Center on Human Rights ”Kyle Knight, BMJ,10/May/2021.* [↑](#footnote-ref-65)
66. *The Panel Indepent, Back Ground Paper 11 “Human Rigts Dimensions on the Covid 19 Pandemic”/May/2021* [↑](#footnote-ref-66)
67. *“Reshaping Global Health Law in the Wake of COVID-19 to Uphold Human Rights”* Roojin Habibi, Tim Fish Hodgson, Benjamin Mason Meier, Ian Seiderman and Steven Hoffman in OpinioJuris in association with The Internacional Comision of Juris/1/6/21. [↑](#footnote-ref-67)
68. .*Doc.cit “Doc.cit“Pandemic treaty needs to start...” Sakiko Fukuda-Parr,Paulo Buss, Alicia Ely Yamin”BMH Health global editorial/May 2021*  [↑](#footnote-ref-68)