



Revista Administración & Cidadanía, EGAP
Vol. 18_núm. 1_2023 | pp. 9-52
Santiago de Compostela, 2023
<https://doi.org/10.36402/ac.v18i1.5043>
© María Natalia Echegoyemberry
ISSN-L: 1887-0279 | ISSN: 1887-0287
Recibido: 29/12/2022 | Aceptado: 22/06/2023

Editado baixo licenza Creative Commons Attribution 4.0 International License

Regulamento Sanitario Internacional: Implicacións, obstáculos e desafíos pensados desde o sur global

Reglamento Sanitario Internacional: Implicancias, obstáculos y desafíos pensados desde el sur global

International Health Regulations: Implications, obstacles and challenges from the Global South

MARÍA NATALIA ECHEGOYEMBERRY

Universidade Nacional de Rosario (UNR-CEI)
<https://orcid.org/0000-0001-9049-8233>

echegoyemberry2014@gmail.com

Resumo: A actual crise sanitaria puxo de manifesto o fracaso da arquitectura e da gobernanza sanitaria global para responder á pandemia. Ademais, visibilizou a debilidade preexistente dos Estados para facer efectivo o dereito á saúde da poboación e cumprir cos deberes de protección e cooperación internacional. De feito, a pandemia causou problemas sanitarios, sociais, económicos e xurídicos sen que os países dispoñan de ferramentas, procedementos e institucións coordinadas e integradas a nivel nacional, rexional e global (Pérez Vera, 2020). Polo tanto, este artigo pretende contribuír á xeración de coñecemento para o desenvolvemento dunha perspectiva crítica sobre o Regulamento Sanitario Internacional (RSI). Para iso, analízase como se institucionalizou o RSI, que implicacións xeopolíticas tivo e ten para os países do sur global. Aínda que o RSI é considerado “unha pedra angular” do dereito internacional en materia de saúde pública e seguridade sanitaria (OMS, 2021), non é suficientemente coñecido, non foi cumprido e aplicado polos distintos países, nin logrou a coordinación da crise sanitaria co alcance, extensión e resultados esperados. Nas discusións actuais aparecen diferentes argumentos que buscan comprender as causas e carencias deste instrumento. Por iso, considérase relevante recuperar estas vellas discusións sobre as relacións entre as políticas públicas e o dereito administrativo globalizado, as relacións de dependencia e colonialidade que continúan vixentes e se expresan nos sistemas de saúde e na organización das respostas na vixilancia, detección e control de emerxencias de saúde pública de importancia



internacional. Por último, sinábase o desafío de avanzar cara a unha perspectiva rexional para garantir o dereito á saúde das comunidades

Palabras clave: Regulamento Sanitario Internacional, gobernanza sanitaria global, dereito administrativo global, dereito á saúde, COVID-19, sur-sur.

Resumen: La crisis sanitaria actual puso en evidencia el fracaso de la arquitectura y de la gobernanza sanitaria global para dar respuesta a la pandemia. Además, visibilizó la debilidad preexistente de los Estados para hacer efectivo el derecho a la salud de la población y cumplir con los deberes de protección y de cooperación internacional. En efecto, la pandemia acarreó problemas sanitarios, sociales, económicos y jurídicos sin que los países contaran con herramientas, procedimientos e instituciones coordinadas e integradas a nivel nacional, regional y global (Pérez Vera, 2020). Por ello, este artículo tiene por objetivo contribuir a la generación de conocimiento para el desarrollo de una perspectiva crítica sobre el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). A tal fin, se analiza cómo se institucionalizó el RSI, qué implicancias geopolíticas tuvo y tiene para los países del sur global. Si bien el RSI es considerado “una piedra angular” del derecho internacional en materia de salud pública y seguridad sanitaria (OMS, 2021), este no es suficientemente conocido, no se ha cumplido e implementado por parte de los distintos países, ni ha logrado la coordinación de la crisis sanitaria con los alcances, extensión y resultados esperados. Distintos argumentos aparecen en las discusiones actuales buscando comprender las causas y deficiencias de este instrumento. Por eso se considera relevante volver a traer estas viejas discusiones sobre las relaciones entre políticas públicas y el derecho administrativo globalizado, las relaciones de dependencia y colonialidad que continúan vigentes y se expresan en los sistemas de salud y en la organización de las respuestas en la vigilancia, detección y control de emergencias de salud pública de importancia internacional. Finalmente, se señala el desafío de avanzar hacia una perspectiva regional para garantizar el derecho a la salud de las comunidades.

Palabras clave: Reglamento Sanitario Internacional, gobernanza sanitaria global, dereito administrativo global, dereito a la salud, COVID-19, sur-sur.

Abstract: The current health crisis highlighted the failure of the Global Health Architecture and Governance to respond to the pandemic. In addition, it made visible the pre-existing weakness of the States to make effective the right to health of the population and to comply with the duties of protection and international cooperation. Indeed, the pandemic caused health, social, economic and legal problems without the countries having tools, procedures, coordinated and integrated institutions at the national, regional and global levels (Pérez Vera, 2020). Therefore, this article aims to contribute to the generation of knowledge for the development of a critical perspective on the International Health Regulations (IHR). To this end, it analyzes how the IHR were institutionalized, what geopolitical implications they had and have for the countries of the Global South. Although the IHR are considered “a cornerstone” of international law on Public Health and Health Security (WHO, 2021), they are not sufficiently well known, have not been complied with and implemented by the different countries, nor have they achieved the coordination of the health crisis with the expected scope, extension and results. Different arguments appear in the current discussions seeking to understand the causes and shortcomings of this instrument. For this reason, it is considered relevant to bring back these old discussions on the relations between public policies and globalized administrative law, the relations of dependencies and coloniality that are still in force and are expressed in health systems and in the organization of responses in the surveillance, detection and control of Public Health Emergencies of International Importance. Finally, the challenge of advancing towards a regional perspective to guarantee the right to health of the communities is pointed out.

Key words: International Health Regulations, global health governance, global administrative law, right to health, COVID-19, south-south.

SUMARIO: 1 Introducción. 2 Desenvolvemento. 2.1 Que é o RSI desde o punto de vista xurídico? 2.2 Cara á institucionalización dos instrumentos sanitarios. Dependencia e colonialismo. 3 Implicacións. 3.1 Que implicacións tivo e ten o RSI nos países do sur global? 3.2 O Estado de dereito e/ou a excepcionalidade como regra. 3.3 Matriz de resposta ante a pandemia: “Crónica dunha morte anunciada”. 4 Problemas. 4.1. Cales son os problemas de implementación do RSI? 4.2 Fallos identificados na aplicación do RSI por parte da OMS.

4.3 Falta de liderado sanitario global e fallos na gobernanza. 4.4 Problemas coa avaliación das capacidades básicas dos Estados no marco do RSI. 4.5 Implementación de políticas unilaterais nacionalistas. 4.6 Falta de incorporación do RSI á lexislación nacional e omisión de regulación do dereito á saúde. 4.7 Determinantes legais e económicos das políticas sanitarias. Rol dos actores non estatais. 4.8 O RSI no marco do dereito administrativo global. 5 Refundación dos sistemas de saúde. 6 Visión crítica da narrativa de dereitos humanos. 7 Achegas finais. 8 Bibliografía.

1 INTRODUCCIÓN

A situación de pandemia actual provocada polo COVID-19 é considerada unha catástrofe mundial que se podería ter evitado e que puxo en evidencia o fracaso da arquitectura e da gobernanza sanitaria global para dar resposta á pandemia. Ademais, visibilizou a debilidade preexistente dos Estados para facer efectivo o dereito á saúde da poboación e cumprir cos deberes de protección e de cooperación internacional.

En efecto, a pandemia implicou problemas sanitarios, sociais, económicos e xurídicos sen que os países contasen con ferramentas, procedementos e institucións coordinadas a nivel nacional e global¹.

Por iso, este artigo ten por obxectivo contribuír á xeración de coñecemento para o desenvolvemento dunha perspectiva conceptual e metodolóxica sobre o Regulamento Sanitario Internacional². Para tal fin, analízase como se institucionalizou o RSI e que implicacións xeopolíticas tivo e ten para os países do sur global.

Aínda que o RSI é considerado “unha pedra angular” do dereito internacional en materia de saúde pública e seguridade sanitaria³, este non é suficientemente coñecido, non se cumpriu e desenvolveu nos distintos países, nin logrou a coordinación da crise sanitaria cos alcances, extensión e resultados esperados. Distintos argumentos aparecen nas discusións actuais buscando comprender as causas e deficiencias deste instrumento.

Segundo a OMS⁴, a pandemia por COVID-19 puxo “a proba a aplicación de practicamente todas as disposicións do regulamento, que foron concibidas e elaboradas para o manexo colectivo de eventos deste tipo”⁵.

Na elaboración do RSI e na modificación –do ano 2005–, omitiuse o debate sobre a cooperación administrativa internacional e os condicionantes –administrativos internacionais– dos ordenamentos xurídicos nacionais. Tamén se omitiu o debate sobre os determinantes políticos e legais da saúde.

Recentemente, abriuse un novo escenario de discusión, creando para iso un Órgano de Negociación Intergubernamental (INB)⁶ que ten por función redactar e negociar un convenio, acordo ou tratado internacional (AMS/22). Malia poder considerarse unha ventá de oportunidade, existe un risco claro, pois estas negociacións danse nun contexto de securitización da saúde pública, con preeminencia do paradigma de seguridade nacional, con afondamento nas desigualdades sociais e marcada asimetría norte-sur. Ademais, aínda non existen consensos sólidos –rexionais ou internacionais– sobre o que sería necesario facer para previr, controlar e dar resposta ás pandemias⁷.

Por este motivo, considérase relevante volver traer estas vellas discusións vinculadas á gobernanza sanitaria, sobre as relacións entre políticas públicas e o dereito administrativo globalizado e entre modelos sanitarios e o rol dos Estados na organización das respostas.

Sínálase que o problema da gobernanza internacional sanitaria segue a ser un tema no que aínda se require de amplos debates e consensos⁸.

Por iso, este artigo pretende establecer un diálogo en común entre actores que pertencen ao campo xurídico (dereito internacional dos dereitos humanos, dereito administrativo internacional e acceso á xustiza) e ao campo sanitario (saúde internacional, epidemioloxía crítica, saúde colectiva latinoamericana), que actualmente se atopan escindidos.

2 DESENVOLVEMENTO

2.1 Que é o RSI desde o punto de vista xurídico?

O Regulamento Sanitario Internacional (RSI) é un instrumento legal vinculante para os Estados, aprobado pola Asemblea Mundial da Saúde en 2005 (Resolución WHA58.3.1, que entrou en vigor en xuño de 2007). Este instrumento faculta a Organización Mundial da Saúde (OMS) para coordinar as respostas en materia sanitaria fronte a unha pandemia e ten como propósito previr a propagación internacional de enfermidades⁹.

Desde o punto de vista xurídico, o RSI é unha lexislación secundaria da OMS, non é un tratado de dereito internacional, polo que o seu incumprimento non implica sancións, e non é exixible directamente pola cidadanía, nin xudicializables os dereitos que del emanan. Tampouco adoita ser directamente aplicable nos eidos xurídicos nacionais e non contén normas autoexecutables –*self executing norms*–¹⁰.

Por outro lado, aínda que o RSI foi presentado como un instrumento vinculante, as recomendacións que se emiten no marco deste son “opinións non vinculantes” (art.1 RSI) que os países poden (ou non) cumprir. Iso podería implicar na práctica un menor grao de acatamento das recomendacións que emanan do instrumento, polo que, no futuro, poderían pensarse mecanismos de incentivos para a aplicación uniforme, normalizada e institucionalizada das recomendacións.

Asemade, cómpre identificar aquelas situacións nas que os países, mesmo que-
rendo cumprir as recomendacións da OMS, se atopan imposibilitados a facelo, pola existencia de determinantes estruturais, económicos, políticos e legais e por fortes condicionamentos internacionais, entre outros.

No RSI establécese o marco xurídico de actuación dos países en materia sanitaria, a partir da creación de procesos e procedementos para a vixilancia, detección e control de emerxencias de saúde pública de importancia internacional (ESPII). A identificación da ESPII implica, ou debería implicar, o desenvolvemento de accións internacionais coordinadas.

O RSI ten por obxectivo “*previr a propagación internacional de enfermidades, protexer contra esa propagación, controlala e darlle unha resposta de saúde pública proporcionada e restrinxida aos riscos para a saúde pública, e evitando ao mesmo tempo as interferencias innecesarias no tráfico e o comercio internacional*” (art. 2). Establécense nun mesmo artigo dous obxectivos, un vinculado á saúde pública e outro ao comercio, que a pandemia actual mostrou incompatibles ou antagónicos. En cambio, o RSI non se posiciona ao respecto, non fixa criterios, parámetros e prioridades entre estes dous obxectivos.

No RSI establécese a finalidade, alcances, obrigas e principios que orientan as accións dos Estados nacionais. Non obstante, á par permite establecer reservas ao cumprimento do acordado no instrumento, o que na práctica desvirtúa e permite eludir responsabilidades que emanan deste¹¹. O RSI traballa en relación con sete áreas as cales se presentan no cadro 1.

Cadro 1. Áreas de traballo do RSI

Áreas de traballo do RSI (2005)	
ALIANZAS MUNDIAIS	
1.-	Fomento das alianzas globais.
FORTALECEMENTO DA CAPACIDADE NACIONAL	
2.-	Fortalecemento dos sistemas nacionais de prevención, vixilancia, control e resposta.
3.-	Fortalecemento da seguridade en saúde pública en viaxes e transporte.
PREVENCIÓN E RESPONSA ÁS EMERXENCIAS DE SAÚDE PÚBLICA	
4.-	Fortalecemento dos sistemas de alerta e resposta.
5.-	Fortalecemento da xestión de riscos específicos.
ASPECTOS XURÍDICOS E VIXILANCIA	
6.-	Mantemento de dereitos, obrigas e procedementos.
7.-	Realización de estudos e monitoreo do progreso.

Fonte: *Elaboración propia baseándose en RSI (2005)*

O RSI establece a obriga de fixar para os países puntos de enlace; xeralmente funciona nos ministerios de saúde dos Estados. Ademais, determina a obriga de brindar información, algoritmos de toma de decisións e prazos de notificación de ESPII, e enúncianse as respostas que deberían proporcionar os países. Estas obrigas extraterritoriais vinculadas co deber de cooperación foron incumpridas desde o inicio da pandemia (por exemplo, atrasos na notificación da ESPII por parte da República Popular da China e demoras excesivas na declaración da emerxencia internacional pola OMS).

A Asemblea da Saúde examina periodicamente o funcionamento do RSI e realiza o seguimento das recomendacións que se formulan no marco deste, pero, como foi mencionado, non ten poder sancionador ante a verificación de incumprimentos das recomendacións. Foi sinalado que o traballo de implantar e afianzar as capacidades

básicas previstas no RSI é un proceso continuo e que estas son as funcións esenciais da saúde pública (FESP) (Comité de Exame, WHA 68.5).

Pódese mencionar que o RSI establece a compatibilidade do Regulamento Sanitario Internacional con outros tratados internacionais en materia de dereitos humanos subscritos polos Estados partes (art. 57)¹². Non obstante, cada tratado ou regulamento vai xerando os seus propios mecanismos, procesos e institucionalidade, non necesariamente articulados dentro da arquitectura sanitaria global.

Desde o punto de vista do dereito internacional, o RSI establece un marco de actuación para a cooperación da xestión sanitaria internacional en tempos de crise¹³. Actualmente, atópase subscrito por 196 países, incluídos os 194 membros da OMS, e estes están obrigados a fortalecer as súas capacidades básicas para previr, controlar e responder ante unha pandemia.

Ademais, no instrumento defínense cales son as *capacidades básicas* que os Estados están obrigados a fortalecer; estes reportan o cumprimento mediante autoavaliacións ou avaliacións externas, que teñen seguimento por parte da OMS/OPS. Consideramos que existiron problemas de sobreestimación das capacidades estatais por parte dos países, pero tamén problemas vinculados coa matriz mesma de avaliación que propón a OMS/OPS.

O RSI tamén establece unha débil relación entre o dereito á saúde, o deber de protexer dos Estados, a obriga de realización progresiva de dereitos humanos e a consecuente obriga de incrementar ou fortalecer as capacidades básicas estatais. Cada país ten que elaborar plans de acción nacionais para aplicar o RSI. Ademais, deben contar con plans de preparación interaxencias para a xestión do risco. Estes plans adoitan non ser tratados no congreso dos Estados nacionais, nin son coñecidos nin publicados, e en xeral son elaborados por técnicos/as sen participación social. Tampouco estes plans se atopan consensuados cos gobernos subnacionais, rexionais, nin figuran con partidas orzamentarias nacionais específicas.

2.2 Cara á institucionalización dos instrumentos sanitarios. Dependencia e colonialismo

Cómpre sinalar que o interese por previr e controlar as enfermidades infecciosas non é novo, e en cada país fóronse creando distintas normativas de orde pública vencelladas coa hixiene e a sanidade das persoas e dos espazos.

Foucault sinala que a orixe deste control está vinculado á biopolítica, onde os corpos se converten no primeiro obxecto de normalización e disciplina por parte do Estado, sendo isto esencial para o desenvolvemento do capitalismo, exercendo este poder a través de institucións totais como a escola, a fábrica e as institucións de saúde.

A expansión capitalista requiriu de novos mercados, e do sistema colonial. A expansión colonial europea en territorios do sur xerou o medo ás enfermidades exóticas, o que

levou á necesidade de regular as corentenas e as medidas nun marco de cooperación internacional.

As necesidades do comercio, o traslado de mercadorías e o incremento do fluxo migratorio, así como a idea de que certas enfermidades non se limitaban ao espazo nacional e que estas traspasan as fronteiras, requiriron de certos acordos entre distintos Estados para a regulación das accións transfronteirizas sanitarias.

A prioridade de protexer a circulación de mercadorías e as necesidades do mercado é a pegada que se reflicte nas distintas conferencias sanitarias e se materializa no Convenio Sanitario Panamericano e exerce influencia na configuración dos sistemas de saúde de América Latina, a través do que Basile¹⁴ sinala como “panamericanismo en saúde e saúde global liberal”, sendo estes aparatos de reprodución dunha xeopolítica de poder do sistema-mundo nas diversas etapas e ciclos do capitalismo os que reproduce a colonialidade.

Así, en 1874, 1881, 1892 e 1897 tiveron lugar as primeiras conferencias sanitarias internacionais. En 1903 realizouse o primeiro Convenio Sanitario Internacional e creouse en Europa a Oficina Internacional de Hixiene Pública.

En 1924 dítase o Código sanitario panamericano, que é o primeiro tratado de sanidade internacional ratificado por 18 países da rexión. Neste instrumento establécese que a saúde humana é fundamental para o progreso económico dos países e o intercambio comercial, e destácase o papel chamado a cumprir pola hixiene portuaria. Desde a orixe establécese unha dobre finalidade de “fortalecer as relacións comerciais e protexer a saúde pública”.

Actualmente, podemos ler o paradigma da saúde global como unha continuidade do que se coñece como medicina colonial¹⁵. Este paradigma é fortemente impulsado pola OMS e asociado ao norte global. Segundo Basile¹⁶, este paradigma “coloniza os programas de posgraos, mestrados e departamentos universitarios nas liñas de formación, investigación e produción académico-sanitaria”.

En 1951 acórdase o Primeiro Regulamento de Saúde Internacional, e o antecedente do RSI actual atópase no RSI de 1969 (a Asemblea Mundial de 1995 encargou a revisión do RSI de 1969, WHA 48.7).

Este regulamento contiña unha lista de seis “enfermidades corentenables” –foi modificado en 1973 e 1981 (reduce o número de enfermidades corentenables, quedando a febre amarela, a peste e o cólera)– fronte á erradicación mundial da varíola.

A continuación, preséntase unha matriz para analizar o RSI tendo en conta: bases conceptuais, enfoque, actores, financiamento, cooperación internacional, axenda de prioridades, tipo de instrumento e participación social.

Cadro 2. Matriz para analizar o RSI

Bases do regulamento sanitario internacional (2005)	
Bases conceptuais	Saúde global-seguridade sanitaria global.
Enfoque	Dereitos humanos. Preeminencia modelo médico hexemónico. Técnica biomédica.
Actores (mencionados explicitamente)	OMS, Estados membros, organismos intergubernamentais. Nacións Unidas, OIT, Nacións Unidas para a Agricultura e a Alimentación, Organización de Aviación Civil Internacional, Organización Marítima Internacional, Comité Internacional da Cruz Vermella e Media Lúa Vermella, Asociación de Transporte Aéreo Internacional, Federación Navieira Internacional e o Office International des Epizooties, Estados membros. Organismo Internacional de Enerxía Atómica (OIEA).
Financiamento	Países contribuíntes á OMS. Alianzas públicas-privadas-corporacións. Organizacións da sociedade e filantrópicas.
Cooperación internacional	Liderado formal OMS –débil–. Relación Norte-Sur –asimetría–.
Axenda de prioridades	Enfermidades de saúde pública de importancia internacional (ESPII).
Tipo de instrumento	Instrumento legal vinculante para os Estados. Non é un tratado de dereito internacional.
Participación sociedade civil	Non ten mecanismo de consulta nin participación.

Fonte: Elaboración propia baseándose na proposta metodolóxica de Basile (2020).

3 IMPLICACIÓNS

3.1 Que implicacións tivo e ten o RSI nos países do sur global?

O RSI institucionalizou “unha nova política pública de emerxencia de saúde global”, construíu unha institucionalidade e un marco xurídico internacional para enfrontar as pandemias, pero na elaboración existiron desequilibrios de forza entre os países do norte e os do sur. Estes desequilibrios continúan presentes na actual discusión da reforma do RSI.

O RSI formulouse a partir da globalización xurídica desde arriba (*top-up*) e ten efectos en centenas de Estados nacionais e na lexislación doméstica destes. Pérez Vera¹⁷ faise dúas preguntas:

1. Non é acaso a globalización xurídica “desde arriba” un dos principais problemas que ten o deseño do RSI?, e
2. Son a institucionalidade creada por este e a preexistente derivada de tratados internacionais as que fracasaron ante a xestión da pandemia?

Cada un dos organismos intergubernamentais ten os seus propios mecanismos de rendición de contas, de toma de decisións, de alcance temático, de competencia e de revisión. Todos os organismos xeran un sistema de acción institucional, lóxicas de poder, operacional e normativo-xurídico. Operan baseándose en lexitimidade autoconferida “*lexitimidade dos de arriba e precariedade dos de abaixo*”¹⁸.

Desde unha perspectiva crítica, o RSI é considerado unha ferramenta xeopolítica en mans dos Estados do norte¹⁹, estreitamente vinculado coa seguridade sanitaria global²⁰. En efecto, estas políticas que se elaboraron e se plasmaron no RSI foron pensadas e centradas na defensa dos intereses dos Estados occidentais do norte.

Neste sentido, Basile²¹ sinala, ademais, que é necesario discutir e problematizar quen administra o RSI, quen son os xestores/as da diplomacia sanitaria en América Latina e no Caribe, como impacta a matriz *securitaria* nos tomadores de decisións e tamén como foi colonizada a academia a partir do paradigma de seguridade sanitaria global.

3.2 O Estado de dereito e/ou a excepcionalidade como regra

Durante a pandemia, a maioría dos países de América Latina adoptaron medidas de excepción constitucional que impactaron na división de poderes dos Estados²², deuse un proceso de acumulación de funcións dos poderes executivos e nalgúns países suspendéronse as funcións dos poderes lexislativos²³.

En efecto, sinala García Mejía²⁴ que, aínda que a xustiza é un dos servizos máis importantes dos Estados, este se viu suspendido practicamente en todos os países da rexión²⁵. O dito concorda con diferentes estudos realizados recentemente²⁶. Esta nova institucionalidade emerxente da crise sanitaria impacta na garantía de dereitos e no acceso á xustiza.

Durante o estado de emerxencia establecéronse restricións aos dereitos individuais civís e políticos (prohibición de circular, toque de queda, estado de sitio, militarización da seguridade)²⁷. Isto foi sinalado como un proceso de securitización da saúde pública a nivel global, onde os problemas de saúde se presentan vinculados coa axenda militar e se vai incorporando como marco conceptual nas academias²⁸, que impactou –con distinto alcance– noutros dereitos fundamentais das persoas, entrando en tensión a dimensión individual e colectiva do dereito á saúde e o deber de protexer dos Estados.

Neste sentido, sinálase que se deu un proceso de retorno ao neohixienismo e á militarización da saúde pública a nivel global, o que implicou respostas limitadas desde o sector da saúde²⁹. Acentuouse o proceso de securitización que xa se viña desenvolvendo na rexión³⁰.

O dito fai xurdir novas interrogantes no sentido de ¿quen lle pon límite á acción estatal?³¹.

A declaración de excepción constitucional presenta o desafío para os Estados de harmonizar a realización dos dereitos humanos coa imposición de medidas restritivas para o control e prevención da pandemia; estas medidas poden afectar tanto a dereitos individuais como colectivos³².

En contextos de crise, prodúcense colisións, tensións e interferencias de distintos tipos de dereitos que a madurez do sistema xurídico/político debe poder resolver

e harmonizar con criterios uniformes, que doten de seguridade xurídica mesmo en contextos excepcionais.

Durante o estado de excepción, prodúcese a colisión de intereses de dereitos fundamentais, indivisibles³³, que non admiten supresión, e, de igual xerarquía, os poderes xudiciais deberán recorrer á ponderación de dereitos para harmonizalos acudindo ao principio de proporcionalidade, avaliando os custos e beneficios dunha medida³⁴.

Rivera³⁵ sinala as tensións xeradas a partir da implementación das medidas de corentena cun forte impacto nas poboacións e na institucionalidade do Estado³⁶. No plano internacional, establecéronse certos contidos mínimos inderrogables dos dereitos, e de tutela, que lle permiten pór límites á acción estatal.

Alé³⁷ propón que para a harmonización e protección de dereitos fundamentais se ten que realizar unha lectura integrada dos Principios de Siracusa, sobre a limitación e derogación do Pacto Internacional de Dereitos Cívís e Políticos, da Observación xeral sobre os estados de emerxencia (OX 29, CESCR, 2001), sobre a liberdade de movemento (OX 27, CESCR, 1999).

A ONU³⁸ sinalou que as declaracións de emerxencias durante a pandemia “non deberían usarse como escusa para atacar grupos, minorías ou individuos particulares. Non deberían utilizarse como unha tapadeira para accións represivas co pretexto de protexer a saúde (...) e non deberían usarse simplemente para sufocar a disidencia”.

Basile³⁹ sinala que existe unha política da excepcionalidade como nova regra ás emerxencias de saúde pública, cun avance da biomedicalización e disciplina da vida cotiá da cidadanía.

Ademais, este autor menciona que predomina un enfoque neohixienista con preeminencia da ciencia biomédica como resposta, deixando de lado factores sociais, económicos e políticos do proceso saúde e enfermidade. Prodúcese, como xa foi mencionado, un retorno á doutrina do contaxio, onde “a medida en xeral se transforma nun sistema de crenzas (secularización), primeira narrativa dualista do medo e da excepcionalidade (“isto ou a morte”); tende a unha extrema biomedicalización de enfermidade de afectación poboacional, identifícanse factores considerados perigosos e punibles, necesita a división da sociedade para illar, inspeccionar e controlar”⁴⁰.

Durante a pandemia, o inimigo corporízase –no estranxeiro/migrante/o outro enfermo/o anormal– e iso conduce a abordaxes sanitarias baixo o paradigma de seguridade nacional e á circulación e construción de relatos a partir de metáforas militares ou de guerra, baseadas no medo e na extrema biomedicalización. Establécense narrativas baseadas na visión binaria da sociedade e dos espazos con lóxicas de control e vixilancia sobre os corpos e territorios. Segundo Mbembe, nos estados de excepción apélase constantemente a unha idea ficticia do inimigo.

Estes relatos xa estiveron presentes noutras pandemias como a do ébola, onde se comparaban os preparativos para as epidemias cos preparativos para as guerras. Actualmente asistimos a unha narrativa da securitización baseada no medo⁴¹.

Desta forma, xustifícanse intervencións baseadas no suposto de guerra, con supresión, limitación e represión da protesta social e coa consecuente restrición doutros dereitos fundamentais máis alá do estritamente sanitario. Podemos atopar unha matriz de comunicación de risco que xerou medo, desinformación e falsas noticias que foron utilizadas con fins xeopolíticos⁴².

Existe un discurso da excepcionalidade circulando como hexemónico en América Latina, que comeza a producir unha normalización do uso das forzas de seguridade, o que vai conducir a un cambio sistemático cara á securitización da saúde pública⁴³.

Durante a “excepcionalidade”, identificouse un incremento da violencia institucional, sen que se adecuasen as accións ou estratexias de seguridade aos estándares e principios internacionais⁴⁴.

Finalmente, pódese mencionar que a narrativa de seguridade nacional vai configurando un réxime de gobernanza⁴⁵.

3.3 Matriz de resposta ante a pandemia: “Crónica dunha morte anunciada”

Alguns autores establecen certa continuidade na matriz de resposta ás pandemias. Así, Basile⁴⁶ analiza a abordaxe da pandemia a partir da matriz crítica que se activou como resposta á pandemia do SARS en América latina e no Caribe, que denomina: “os 3 D” (determinación, dependencia e descoordinación). Esta matriz de resposta susténtase en certos presupostos conceptuais como metodolóxicos que xa estiveron presentes noutras epidemias e desastres (sida, ébola, SARS N1 H1).

Neste marco, xunto con respostas baseadas na biomedicalización e na tecnoasistencia, dáse un proceso de securitización da saúde pública; isto compréndese internacionalmente como o concepto de seguridade sanitaria global.

Este concepto véñse instalando na rexión desde hai máis de trinta anos por parte de organismos internacionais e responde a razóns xeopolíticas. Comeza a dar conta dun conxunto de ameazas internacionais onde se van situando as novas patoxenicidades como “un problema de seguridade sanitaria, de seguridade nacional”⁴⁷. Isto trae consigo que “os problemas de saúde internacional sexan problemas de seguridade nacional”.

Prodúcese unha biomedicalización das relacións internacionais, e vaise formular como esta securitización está a facer readecuar os países do sur a partir das necesidades dos países do norte⁴⁸. É dicir, non é unha axenda só de EE. UU., da axenda de seguridade sanitaria e axenda militar vinculada á saúde, senón que isto se vai estar incorporando como marco conceptual nas academias”. Vaise instalando a excepcionalidade como regra, e é esta a que crea o aparato de seguridade sanitaria global e estrutura a rede que lle dá sustento ideolóxico e político a esta idea forza.

Pódese mencionar que a narrativa de seguridade nacional vai configurando un réxime de gobernanza⁴⁹. Esta gobernanza aséntase nun determinado réxime xurídico que lle serve de estrutura e de autolexitimación.

Atopamos estudos previos –realizados en contextos de anteriores pandemias–, concordantes con estas visións, nos que destacan os aspectos xeopolíticos da saúde e seguridade sanitaria global a partir da instrumentalización da saúde por parte da política exterior dos Estados Unidos⁵⁰, onde aparece a saúde global como unha ferramenta do *soft power* (poder brando) de Estados Unidos⁵¹. Coincidentemente, sinálase que a seguridade sanitaria global na orde mundial ten a súa xenealoxía⁵² determinada pola división xeopolítica entre Estados Unidos e o sur global⁵³ e que expresa as tensións entre o sur global e o norte. Estas tensións víronse plasmadas no proceso de elaboración do RSI, onde Estados Unidos instaba a unha maior seguridade sanitaria internacional.

Neste sentido, considérase que a seguridade sanitaria mundial concerta o proteccionismo do norte e que reinscribe a orde mundial xeopoliticamente, impactando tamén na gobernanza da orde mundial⁵⁴.

Segundo Weir⁵⁵, existe unha xenealoxía do termo “seguridade sanitaria”, que non só responde ao momento no que a OMS fai uso rutineiro deste en 2001, case como sinónimo de “alerta mundial e resposta”, senón que responde a razóns de prácticas e estratexias xeopolíticas entre o norte e o sur global. A seguridade sanitaria une “os actores, os obxectos, as declaracións e os dispositivos técnicos en redes formadas a través da experiencia autorizada”.

A OMS definiu a seguridade sanitaria global como “o conxunto de actividades proactivas e reactivas necesarias para reducir todo o posible as vulnerabilidades a incidentes agudos de saúde pública capaces de pór en risco a saúde colectiva de poboacións que se estenden por diversas rexións xeográficas e a través das fronteiras internacionais”⁵⁶.

O contexto de pandemia puxo en tea de xuízo o concepto e o paradigma da seguridade sanitaria global⁵⁷. Así, sinalouse que “as estruturas asimétricas do poder dominan o concepto de saúde global (...) onde o legado do colonialismo é particularmente pesado”⁵⁸. Mencionouse que os problemas sanitarios xorden como problemas de seguridade sanitaria internacional (*health global security*) nos países do norte, e que o RSI foi deseñado como un instrumento para ser utilizado contra os países do sur global.

Honigsbaum menciona que só se mobilizan recursos cando unha enfermidade se transforma en ameaza para o norte global⁵⁹.

Pola súa vez, algúns expertos/os sinalaron que no proceso de discusión os países do sur non teñen a mesma voz, e os informes elaborados⁶⁰ no marco de discusión da reforma do RSI non tiveron o mesmo peso na discusión do RSI⁶¹.

As políticas de seguridade sanitaria elaboráronse “deseñadas, pensadas, e centradas na defensa dos intereses dos Estados occidentais do norte”⁶².

É posible pensar as relacións de poder soamente como relacións asimétricas norte-sur. É posible pensar o poder de xeito monolítico localizado no Estado ou goberno dun país ou rexión? É necesario comprender qué outros actores interveñen no sur global que facilitan o deseño xeopolítico desde o norte?, que mecanismos interveñen? (ideoloxía, coaptación, coacción, etc.). Aquí atopamos un aspecto no que é preciso afondar en relación coas discusións que hai que retomar para dar conta da complexidade da

teoría do poder e dos sistemas políticos e económicos, tendo en conta que o Estado non é o único actor no que se concentra todo o poder. Pódense recuperar os enfoques decoloniais latinoamericanos e postestruturais sobre discurso, poder e subxectividade.

4 PROBLEMAS

4.1 Cales son os problemas de implementación do RSI?

Arredor do RSI xéranse dúas fortes tendencias nas discusións actuais: unha que menciona que o RSI non tivo problema de deseño, aínda que si problemas de implementación evidenciados no excesivo poder centralizado no director da OMS e na burocracia do secretariado. Esta tendencia é a que se viña mantendo na abordaxe das distintas pandemias como a do ébola⁶³, onde se sinalaba que non era necesario modificar o RSI (Foro Permanente CEJA/GIZ, 2021).

Unha segunda posición sostén que o RSI tivo tanto problemas de deseño como de implementación, á vez que se sinala que todo problema de implementación implica sempre un problema de deseño, xa que o dereito debería crear as condicións axeitadas para a súa aplicabilidade e, polo tanto, todo fallo de aplicabilidade dos dereitos é sempre un fallo de deseño. Estes fallos implican unha fragilidade institucional para o manexo da crise, á vez que visibilizan a incapacidade de protexer, controlar e responder integralmente á poboación. Vinculado co problema de deseño, atópase de xeito transversal o paradigma de seguridade sobre o que se asenta o RSI en xeral e a resposta sanitaria ás pandemias, en particular (Foro Permanente CEJA/GIZ, 2021).

A continuación, preséntase unha caracterización do RSI, e unha análise crítica sobre as principais problemáticas observadas.

Cadro 3. Caracterización do RSI. Análise crítica, deseño e implementación

Regulamento Sanitario Internacional	Caracterización. Deseño do RSI	Análise crítica. Deseño e implementación do RSI
Autoridade responsable do RSI	Organización Mundial da Saúde. Asemblea Mundial da Saúde. Director xeral da OMS.	Actualmente designouse un órgano intergubernamental para a revisión ou elaboración dun novo acordo, tratado ou convención. Identificáronse problemas vinculados ao rol da OMS (lexitimación, recomendacións, demoras, avaliación das capacidades básicas, opacidade na conformación dos comités de expertos e de avaliación, problema de gobernanza económica da OMS e de financiamento das accións no marco do RSI e en relación co rol que ocupa o sector privado na definición da axenda e gastos extraorxamentarios). Discútese se é necesario crear órganos reitores da política sanitaria independentemente da OMS (UE).

Regulamento Sanitario Internacional	Caracterización. Deseño do RSI	Análise crítica. Deseño e implementación do RSI
Obxectivo normativo	"Previr a propagación internacional de enfermidades, protexer contra esa propagación, controlala e darlle unha resposta de saúde pública proporcionada e restrinxida aos riscos para a saúde pública, evitando ao mesmo tempo as interferencias innecesarias no tráfico e o comercio internacional" (art. 2).	O obxectivo non é preciso, non está claramente xerarquizado. Podería resultar incompatible o cumprimento sanitario coa protección do tráfico e do comercio. Sería conveniente que teña criterios ou regras de decisión para favorecer o cumprimento dos obxectivos normativos. No RSI non contén enumeración de actividades consideradas esenciais para o desenvolvemento dun país que non poden deterse no tránsito transfronteirizo.
Ámbito de aplicación. Países	O RSI é de cumprimento obrigatorio en 196 países, incluídos os 194 membros da OMS.	O incumprimento non xera sanción para os Estados membros nin no ámbito internacional nin nacional.
Autoridade competente nos Estados membros. Interlocutor do RSI	Ministerios de saúde. Centro Nacional de Enlace para o RSI: designado por cada Estado parte articula cos puntos de contacto da OMS.	Non dispón claramente o interlocutor (menciona centros de enlaces e Estados membros). As autoridades competentes para entender no RSI deberían ser dos tres poderes do Estado, establecendo mecanismos de notificación, interpelación, reporte e rendición de contas. Os centros nacionais de enlaces non definen a política sanitaria dun país, non teñen inxerencia, non teñen autonomía respecto dos poderes estatais, son designados polo PE, responden politicamente a este. Ademais, non teñen continuidade nin estabilidade os seus técnicos; xeralmente funciona con equipos reducidos ou unipersoais, con carencia de persoal, escasa inxerencia nos procesos de toma de decisións dos Estados a nivel nacional e provincial. Outros problemas atópanse na inexistencia de entidades nacionais especializadas que lideren o proceso de implementación do RSI de xeito integrado. A aplicación do RSI non implica todas as instancias gobernamentais dun mesmo país nin todos os poderes (lexislativo, xudicial, executivo) nin xurisdicións. Debería considerarse que as pandemias xeran declaracións de estado de excepción constitucional, polo que o instrumento debería prever límites á acción estatal.
Mecanismos de gobernanza. Toma de decisións e nivel de acatamento	Non dispón de normativa sobre gobernanza nacional-subnacional. Non conta cun plan global estratéxico sanitario nin con plans rexionais.	O RSI non se expide sobre a toma de decisións a nivel país nin realiza seguimento do nivel de acatamento por parte do grupo obxectivo das decisións sanitarias adoptadas. Falta dun mecanismo de gobernanza claro e existe fragmentación de toma de decisións. É necesario pensar mecanismos de gobernanza (nacional-rexional-global). Pero a existencia dun plan global-rexional non debería implicar o establecemento de obrigas xuridicamente vinculantes para os Estados membros na medida en que non se asegure unha representación ampla do sur global.

Regulamento Sanitario Internacional	Caracterización. Deseño do RSI	Análise crítica. Deseño e implementación do RSI
Avaliación do impacto das medidas	Non dispón dun sistema de avaliación e monitoreo de medidas adoptadas no marco dunha emerxencia sanitaria.	O RSI non establece un sistema de avaliación do impacto das medidas sanitarias adoptadas no marco dunha emerxencia. Non regula sobre o seguimento do desvío das recomendacións por parte dos Estados membros.
Tipo de instrumento	Instrumento legal vinculante para os Estados. Non é un tratado de dereito internacional, polo que o seu incumprimento non implica sancións, e non é exigible directamente pola cidadanía, nin xudicializables os dereitos que del emanan. Tampouco adoita ser directamente aplicable nos ámbitos xurídicos nacionais e non contén normas autoexecutables –self executing norms–.	Non menciona sobre a obriga dos Estados de incorporar e harmonizar no ámbito doméstico o RSI. Non contén normas autoexecutables. Debilidade no deseño do instrumento, un instrumento “sen dentes”. É necesario que se supere a dicotomía entre o dereito duro e o dereito brando; búscase maior flexibilidade e a posibilidade de que contemple distinto tipo de normativa (directrices, compromisos, protocolos e recomendacións).
Alcance	Enfermidades de saúde pública de importancia internacional (ESPII). Establécese o procedemento para a determinación dunha emerxencia de saúde pública de importancia internacional. O director da OMS determina se o evento constitúe unha emerxencia de saúde pública de importancia internacional, mantén consultas co Estado parte onde se está a producir o evento. Solicitará opinión do comité de emerxencia e emitirá recomendacións temporais. Dentro das 48 horas, o director debe determinar se o evento constitúe unha ESPII. Non dispón distintos niveis de alerta.	A aceptación da asistencia técnica depende do país onde sucede o evento. China non aceptou a colaboración da OMS. Discútese se é necesario incorporar distintos niveis de alerta (alerta intermedio-frente a ameaza de pandemia) onde a decisión non estea en mans do director xeral da OMS.
Actores expresamente enunciados no RSI	Nacións Unidas, OIT, Nacións Unidas para a Agricultura e a Alimentación, Organización de Aviación Civil Internacional, Organización Marítima Internacional, Comité Internacional da Cruz Vermella e Media Lúa Vermella, Asociación de Transporte Aéreo Internacional, Federación Navieira Internacional e Office International des Epizooties, Estados membros. Organismo Internacional de Enerxía Atómica (OIEA).	Non menciona nin regula sobre a intervención de actores económicos (como o complexo fármaco-industrial). Non regula sobre a captura corporativa. Non se expide sobre instrumentos internacionais que operan como determinantes legais e económicos das soberanías sanitarias nacionais (patentes, medicamentos, vacinas, insumos críticos).

Regulamento Sanitario Internacional	Caracterización. Deseño do RSI	Análise crítica. Deseño e implementación do RSI
Intervención na elaboración e control	<p>Comité de expertos, comité de avaliación, grupo de expertos do RSI.</p> <p>O comité de expertos é elixido polo director xeral de acordo con pautas establecidas no RSI (art. 48) (representación xeográfica, experiencia).</p> <p>O comité de exame é elixido polo director xeral baseándose en principios de representación xeográfica, paridade de xénero, equilibrio de expertos, distintas correntes de pensamento científico, enfoques e experiencias prácticas, equilibrio interdisciplinario axeitado (art. 50 pto. 6).</p>	<p>Sen participación social, nin de organizacións da sociedade civil, nin colexios profesionais, sociedades médicas, sociedades científicas, sindicatos, academias.</p> <p>En relación co comité de expertos, poderíanse ter en conta outros criterios como xénero, campo de expertises diversas, participación de organizacións da sociedade civil e academia.</p> <p>Non regula sobre ausencia de conflitos de interese dos expertos/as que integran os comités.</p> <p>Pódese notar unha diverxencia significativa nos criterios normativos establecidos para elixir representantes no comité de exame.</p> <p>As persoas que controlan e supervisan non deberían depender nin serían nomeadas polo director da OMS. Poderíanse implementar concursos de oposición e antecedentes, públicos, abertos e transparentes tanto no ámbito nacional como no internacional.</p>
Medidas no marco do RSI Recomendacións	<p>Recomendacións permanentes son opinións non vinculantes con respecto a determinados riscos continuos para a saúde pública que emite a OMS sobre medidas sanitarias (art. 16). Responde a riscos específicos e continuos.</p> <p>Recomendacións temporais: opinións non vinculantes que emite a OMS respecto de medidas sanitarias fronte a riscos concretos (art. 15) poden ser deixadas sen efecto en calquera momento.</p>	<p>As recomendacións non son vinculantes. Non se toman por medio de procesos abertos e participativos.</p> <p>Non establece medidas compensatorias de medidas sanitarias recomendadas.</p> <p>Non se minimiza a posibilidade de incumprimento ou afastamento das recomendacións no proceso de implementación e non se estipulan sancións e incentivos para superar a resistencia a implementalas.</p> <p>Non contén mecanismos de notificación aos outros poderes estatais sobre o incumprimento da recomendación e do RSI.</p> <p>Actualmente, discútense a necesidade de establecer a vinculación e a activación automática a partir da declaración de emerxencia e unha implementación flexible.</p> <p>Faltan mecanismos de seguimento da aplicación de recomendacións polos Estados.</p>
Principios	<p>Respecto dos dereitos humanos e liberdades fundamentais (art. 3).</p> <p>Cada Estado é soberano de lexislar as súas políticas de saúde, pero ten que respectar o RSI.</p>	<p>Nin na elaboración nin na execución se articulan nin mencionan organismos internacionais de DH existentes.</p> <p>Non se avalía o nivel de axuste e congruencia das medidas tomadas cos dereitos humanos.</p> <p>Falta unha enunciación máis clara dos principios reitores das obrigas substantivas.</p> <p>Discútense a incorporación do principio precautorio fronte á incerteza da ciencia en relación con novos patóxenos.</p> <p>Non contén normativa vinculada co principio de acceso á xustiza para as poboacións sobre as que recaen medidas farmacolóxicas ou non farmacolóxicas que afecten a outros dereitos fundamentais.</p> <p>Debería mencionar expresamente o dereito á saúde como interdependente dos outros dereitos económicos, sociais, culturais e ambientais.</p> <p>Debería mencionar e regular sobre os actores non estatais, vincular con directrices de empresas e dereitos humanos.</p>

Regulamento Sanitario Internacional	Caracterización. Deseño do RSI	Análise crítica. Deseño e implementación do RSI
Financiamento das accións no marco do RSI	<p>Non dispón de mecanismos específicos de financiamento para responder á emerxencia.</p> <p>Finánciase a estrutura con fondos da OMS.</p>	<p>O RSI non dispón de normativa sobre mecanismos de financiamento ou a regulación sobre un fondo para responder á emerxencia.</p> <p>Finánciase con fondos orzamentarios e extraorzamentarios da OMS e con partidas orzamentarias dos Estados membros.</p> <p>O RSI non contempla mecanismos de financiamento para asegurar e garantir as accións que se recomendan.</p> <p>Opacidade en relación cos gastos extraorzamentarios, insuficientes gastos para responder á pandemia.</p> <p>Falta de creación dun fondo de redistribución de emerxencia.</p> <p>Nos ámbitos nacionais non se conta con orzamentos con etiquetaxe RSI, falta de transparencia en relación coas partidas asignadas no marco do RSI (capacidades básicas estatais), aínda que existiron países que realizaron etiquetaxe do orzamento para COVID-19.</p> <p>Discútese a necesidade de pensar mecanismos para garantir un financiamento sostible da OMS.</p> <p>Non menciona no regulamento mecanismos como os fondos de continxencia para emerxencias da OMS, fondo de emerxencia para pandemias do Banco Mundial e iniciativas como GAVI, CEPI ou COVAX a pesar de que na práctica se utilizaron en distintas pandemias.</p>
Reservas e entendementos ao instrumento	O instrumento permite efectuar reservas na medida en que non sexan incompatibles co obxectivo e a finalidade (art. 62).	Realizáronse reservas en relación coa aplicación do principio de federalismo, en relación coas forzas armadas que desvirtúan o instrumento. Non ten previsto un sistema de todo ou nada.
Funcións e responsabilidades da OMS	<p>Realizar accións estratéxicas para implementar o RSI e lograr que os países poidan detectar e avaliar as emerxencias de saúde pública e adoptar as medidas de resposta.</p> <p>Cooperación e asistencia técnica aos Estados membros.</p> <p>Colaborar coa mobilización de recursos financeiros para prestar apoio para crear, fortalecer e manter as capacidades básicas.</p>	<p>Carece de mecanismos de incentivos e influencia para que os países apliquen o RSI (prescripción, incentivo, disuasión, sanción).</p> <p>Deben estar claramente definidas as obrigas extraterritoriais, incluída a prohibición de regresión en materia de dereitos e orzamento en saúde.</p>

Regulamento Sanitario Internacional	Caracterización. Deseño do RSI	Análise crítica. Deseño e implementación do RSI
Funcións e responsabilidades dos Estados membros	<p>Crear, reforzar e manter capacidades básicas estatais, dispoñendo recursos para iso. Colaborar na aplicación do RSI. Adoptar medidas para a aplicabilidade do RSI, adopción de disposicións xurídicas e administrativas. Promoción do uso do instrumento. Elaboración en conxunto con OMS de directrices para pasos transfronteirizos terrestres. Designar centros de enlaces cos puntos de contacto designados pola OMS. Elaborar un plan de acción nacional para aplicar o RSI e contar con plans de preparación interaxencias para xestión do risco.</p>	<p>Os Estados incumpriron a obriga de manter e reforzar as capacidades básicas. Realízanse autorreportes das capacidades básicas que fan os centros de enlaces dependentes do PE, e estes informes non teñen control doutros poderes estatais. Sobreestímase as capacidades básicas nos informes. A matriz empregada para medir as capacidades básicas é insuficiente e/ou os indicadores utilizados non miden o que din medir. Os Estados non crearon estrutura xurídica e administrativa suficiente. Os plans de acción nacionais para aplicar o RSI e os plans de preparación interaxencias para xestión do risco non son coñecidos nos ámbitos nacionais, non son transparentes, non se deciden no poder legislativo, non teñen partida orzamentaria asignada. Algúns países mesmo incumpriron o deber de presentar plans de acción.</p>
Intervenientes na elaboración e control	<p>Comité de expertos. Comité de avaliación. Grupo de expertos do RSI.</p>	<p>Os que integran o comité de expertos pertencen case exclusivamente ao campo da medicina, clínico, sen integrar outras profesións e disciplinas. Non se conta con información sobre antecedentes relevantes e existencia (ou non) de conflitos de intereses. Non interveñen expertos en dereito internacional dos dereitos humanos, membros da Comisión Interamericana de DH, Corte IDE e/ou doutros tribunais de DH, nin organizacións da sociedade civil nin comunidades.</p>

Regulamento Sanitario Internacional	Caracterización. Deseño do RSI	Análise crítica. Deseño e implementación do RSI
<p>Información, comunicación urxente, notificación</p>	<p>O proceso de comunicación e de notificación ante unha ESPII é o seguinte: Cada Estado parte debe desenvolver, reforzar e manter capacidade de detectar, avaliar e notificar eventos (art. 5). A OMS recompilou información sobre eventos e avaliará o potencial de provocar unha propagación internacional (art. 5 pto. 4). Os centros nacionais de enlaces deberán notificar antes de que transcorran 24 horas desde que avaliasen a información concernente á saúde pública e deben facilitar información de eventos imprevistos ou inusuais (art. 7). A OMS pode utilizar múltiples fontes de información e pedirá a verificación do evento por parte do Estado onde se está a producir presuntamente o evento (art. 9). A información que posúe a OMS é confidencial ata que se declare que é unha ESPII (arts. 11 e 12) e a OMS confirmase a información. A OMS pon á disposición a información dos Estados partes e do público.</p>	<p>Os prazos de notificación durante a pandemia de COVID-19 non foron cumpridos polo país no que se presentou o evento (China). Tampouco se cumpriu o prazo en relación coa declaración de emerxencia por parte da OMS. O RSI non contén tendencias/directrices sobre a comunicación de riscos ás poboacións nin pautas para a comunicación da prensa sobre os eventos de saúde pública. Sería conveniente que conte con pautas que permitan evitar enfoques comunicacionais vinculados á “politización do virus” e dos tratamentos e as noticias falsas. Sobre a información que recompila a OMS, pódese sinalar que non regula sobre os determinantes transnacionais e sobre a interface ambiente, animais, humanos. Non refire o modelo de desenvolvemento do cal emerxen as problemáticas. A información que se recompila non ten por obxecto establecer alertas temperás ou prevención (por exemplo, desfinanciamento de políticas públicas estratéxicas, subexecución de programas vinculados ás capacidades básicas, laboratorios, insumos críticos) ou regresión en termos de dereitos sanitarios.</p>
<p>Colaboración internacional e capacidade regulatoria e sancionatoria da OMS</p>	<p>A OMS poderá ofrecer colaboración con organizacións normativas e mobilizar asistencia internacional para prestar apoio ás autoridades nacionais e realizar avaliacións in situ (art. 10, pto. 3). Tamén procederá a ofrecer a realización dunha avaliación da gravidade do risco internacional e a idoneidade das medidas de control (art. 13 pto. 4) brindando unha resposta coordinada. Non ten capacidade regulatoria. Non ten capacidade sancionadora dos Estados membros. Non se expide sobre sancións previas que pesan sobre os Estados membros que afectan á capacidade de resposta a unha emerxencia.</p>	<p>A aceptación da asistencia técnica depende do país onde sucede o evento; por exemplo, a República Popular da China non aceptou a colaboración da OMS. Actualmente os países non posúen incentivos para notificar nin responsabilidade pola non notificación ou pola notificación extemporánea. O temor a represalias ou a denegación de beneficios comerciais ten maior peso. A declaración de emerxencia ten impactos na gobernabilidade dos Estados que ten que ser abordada. No marco dunha declaración de pandemia deberían suspenderse temporalmente todo tipo de medidas económicas ou sancións unilaterais ou bloqueos que pesan sobre certos países.</p>

Regulamento Sanitario Internacional	Caracterización. Deseño do RSI	Análise crítica. Deseño e implementación do RSI
<p>Cooperación da OMS Resposta de saúde pública. Prevención e control</p>	<p>A OMS cooperará e coordinará actividades con organizacións intergubernamentais ou órganos internacionais competentes. Pode concluír acordos ou disposicións similares. Declarada a emerxencia, se o Estado acepta, a OMS poderá ofrecer unha resposta coordinada, asistencia e orientación (art. 13 pto. 6).</p>	<p>Esta atribución da OMS é relevante en relación coa conclusión de acordos vinculados, por exemplo, ao comercio de insumos críticos, produción de vacinas, introdución e distribución de elementos de diagnóstico e tratamento.</p> <p>Non obstante, non apelou a esta atribución para a regulación, suspensión de patentes e propiedade intelectual do complexo fármaco-industrial. É necesario incluír mecanismos de cooperación intra e interestatal (bilateral, multilateral).</p> <p>As respostas que brinda a OMS (asistencia, orientación) quedan na marxe de discrecionalidade e voluntarismo desta; non son exixibles polos Estados nin a OMS pode impolas nos territorios nacionais.</p> <p>Cómpre contar con indicadores de viabilidade política das respostas, factibilidade técnica e económica. Discútese se é necesario incorporar disposicións vinculadas a mellorar a bioseguridade nos laboratorios e previr patóxenos resistentes aos axentes antimicrobianos.</p> <p>Ademais, a incorporación de promoción de sistemas de saúde integrados e medidas para previr danos transfronteirizos.</p>
<p>Trato ao viaxeiro</p>	<p>Regula sobre o trato ao viaxeiro: cando aplique medidas sanitarias de corentenas ou illamento, deberán os Estados partes ocuparse de proporcionar alimentos, auga, instalacións, vestimenta, protexer a equipaxe, ofrecer tratamento médico, medios para comunicarse e tradutor.</p> <p>Os Estados teñen que ter en conta as consideracións de xénero, socioculturais, étnicas e relixiosas, deben ser tratados con cortesía e respecto, deben brindar consentimento informado.</p> <p>Os países poden impoñer condicións para o ingreso de viaxeiros; poden exixir exame médico, vacinación ou outra medida profiláctica fronte a un risco inminente de saúde pública.</p>	<p>Nos distintos países omitiuse o cumprimento destes deberes acordados no RSI. A situación dos migrantes pandémicos foi crítica nalgúns países de América Latina. Non contén seguimento das medidas adoptadas para as e os viaxeiros nin mecanismos nos que estes poidan reclamar en relación co trato digno, libre de discriminación e torturas.</p>

Regulamento Sanitario Internacional	Caracterización. Deseño do RSI	Análise crítica. Deseño e implementación do RSI
Resolución de controversia	O RSI dispón que, se existe controversia entre dous ou máis Estados sobre a interpretación do RSI, tratarán de resolvela negociando, poderán utilizar bos oficios, a mediación, a conciliación (art. 56) ou poderán someter a controversia ao director xeral (pto. 2) recoñecendo como obrigatorios a arbitraje e o laudo arbitral.	Este mecanismo atópase infrutilizado. Malia o disposto sobre resolución de controversia, algúns estados de Estados Unidos iniciaron demandas contra a República Popular da China por responsabilidade polo inicio da pandemia.
Dereito administrativo internacional. Compatibilidade do RSI	Non dispón normativa.	Non se atopa analizado o nivel de compatibilidade do RSI con normativa interna dos países e do RSI con outros instrumentos internacionais (tratados comerciais subscritos ou outros compromisos internacionais nacionais ou rexionais). O RSI debería conter normas expresas que propoñan a harmonización interna doméstica co ámbito internacional e claros mecanismos de coordinación e cooperación. Actualmente non posúe normativa vinculada con intercambio de mostras de patóxenos entre países.
Mecanismos de rendición de contas	O RSI establece o comité de exame, que actúa a posteriori da intervención para avaliala. Este comité atópase designado polo propio director da OMS.	Falta un mecanismo de avaliación do cumprimento e rendición de contas independente. Falta de independencia do comité de avaliación en relación co director xeral da OMS; é designado por este.
Apoio á investigación e innovación	Non dispón normativa.	O RSI actual non ten normativa sobre o apoio á investigación, financiamento, transferencia de coñecemento e tecnoloxías, nin sobre participación equitativa dos beneficios de ciencia. Non contén regulación específica sobre bens públicos mundiais (BPM) nin menciona a garantía de acceso a vacinación, diagnóstico, tratamento e insumos críticos. Non se expide sobre a propiedade dos descubrimentos.
Dereito de propiedade intelectual relacionado con BPM	Non dispón normativa.	O RSI non dispón normativa ningunha vinculada coa regulación de insumos críticos, vacinación e acceso a tratamento nin establece vinculación ou posible articulación con tratados de comercio. Non menciona aspectos dos dereitos de propiedade intelectual relacionados co comercio no marco do ADPIC –aspectos dos dereitos de propiedade intelectual relacionados co comercio–. É un acordo multilateral sobre propiedade intelectual (*).
Determinantes legais da saúde	Non dispón normativa.	O RSI non se expide sobre os determinantes legais da saúde, este condiciona as posibilidades dos Estados membros de cumprir o instrumento.

Fonte: Elaboración propia.

(*) Dispoñible en: https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm.

As problemáticas identificadas tamén coinciden con outros estudos e autores que identifican as carencias do dereito sanitario internacional baseado no RSI, demostrando que este foi incapaz de mitigar a ameaza de COVID-19⁶⁴.

A seguir, analízanse algunhas problemáticas de implementación e aplicación do RSI vinculadas á debilidade da arquitectura global para previr, controlar e responder á pandemia.

4.2 Fallos identificados na aplicación do RSI por parte da OMS

Neste sentido, podemos sinalar que se verificaron fallos no sistema establecido no RSI para as abordaxes das enfermidades de importancia internacional (ESPII). Segundo o RSI, os Estados teñen que ter a capacidade de detectar, avaliar, notificar e dar resposta a un brote segundo xorde do RSI. Non obstante, evidenciáronse demoras na detección, na notificación e na capacidade de dar respostas.

Especificamente, pódense mencionar excesivas demoras no proceso de convocar o Comité de Emerxencia na notificación, declaración de emerxencia e elaboración de recomendacións por parte do director da OMS.

En efecto, en decembro de 2019 rexístrase o primeiro caso de síndrome respiratoria por Coronavirus en Wuhan, República Popular da China, e só a finais de xaneiro de 2020 a OMS declarou a situación como unha emerxencia en saúde pública de interese internacional e o 11 de marzo de 2020 declarou a pandemia⁶⁵, propondo unha serie de recomendacións para os países.

A República Popular da China (país onde se estaba a producir o evento que constituía unha ESPII) debía notificar dentro das 24 horas (art. 6). O director xeral da OMS tiña 48 horas para determinar se o evento constituía unha emerxencia de saúde pública de importancia internacional (arts. 11 e 12). Estes prazos non foron cumpridos, tendo iso graves consecuencias na propagación da enfermidade.

4.3 Falta de liderado sanitario global e fallos na gobernanza

A falta de liderado sanitario global por parte da OMS interacciona cos problemas da arquitectura global en materia sanitaria e de gobernanza. O sinalado coincide con informes previos realizados polo Consello de Europa⁶⁶ sobre a actuación da OMS na gripe A⁶⁷ que chamaron a atención acerca das formas de comunicación de decisións sensibles, alertando sobre a falta de transparencia na xestión, a falta de liderado da OMS e a influencia das empresas farmacéuticas nas decisións de compra e procedementos de aprobación de vacinas.

Ademais, o sistema de prevención e control foi débil e deuse unha ausencia de coordinación global da resposta. Tamén se identificaron problemas en relación co funcionamento e liderado da OMS, excesivas demoras e burocracia, opacidade, falta de transparencia na conformación dun grupo de expertos, problemas de financiamento

da OMS previos á pandemia⁶⁸ e definición da axenda sanitaria por parte de actores do sector privado⁶⁹.

Este problema de gobernanza da OMS estivo presente noutras pandemias, como a do ébola, onde tamén se considerou que a OMS non cumpriu coas súas responsabilidades de liderado para o control da enfermidade. Mesmo a OMS emitiu un comunicado de desculpa aberta, e un panel de avaliación resaltou o fracaso⁷⁰.

4.4 Problemas coa avaliación das capacidades básicas dos Estados no marco do RSI

O problema de fortalecemento das capacidades básicas estatais pódese analizar tanto desde a perspectiva dos países que deben cumprir coa obriga como coa acción ou omisión da OMS no control e seguimento deste proceso e como un problema do deseño da matriz de avaliación.

Así, identificáronse problemas vinculados coa forma e cos resultados da avaliación das capacidades básicas dos Estados. As capacidades básicas avaliadas pola OMS móstranse no cadro 4.

Cadro 4. Capacidades básicas estatais no marco do RSI (2005)

Capacidades básicas estatais
Número de informes anuais presentados
Lexislación e financiamento
Coordinación do RSI e funcións dos CNE para o RSI
Eventos zoonóticos e a interface entre os seres humanos e animais
Inocuidade dos alimentos
Vixilancia
Recursos humanos
Marco nacional para a emerxencia sanitaria
Prestación de servizos de saúde
Comunicación de risco
Punto de entrada
Eventos químicos
Emerxencia por radiación

Fonte: Elaboración propia baseándose en RSI.

O RSI establece un cronograma de implementación progresivo das capacidades básicas; para o ano 2016 debía ter cumprimento pleno, pero, segundo sinala Madies⁷¹, non todos os Estados membros lograron cumprilo.

Consideramos que o non cumprimento das capacidades básicas constitúe unha necropolítica, na medida en que vai creando de xeito sistemático as condicións para a desprotección de poboacións.

Así, a OMS⁷² informou sobre o estado da aplicación e implementación do RSI (durante o período do 1 de xullo ao 30 de xuño de 2020). Neste informe a OMS analizou a actividade realizada polos Estados partes e pola OPS (oficina) para responder aos eventos agudos da saúde pública, incluídas as emerxencias de saúde pública de importancia internacional (ESPII) e as actividades para fortalecer as capacidades básicas reportadas dos Estados.

No informe da OMS preséntanse os resultados das avaliacións das 13 capacidades básicas reportadas polos propios Estados⁷³ e por avaliacións externas a estes naqueles países que as realizaron. Para as 13 capacidades básicas avaliadas, as puntuacións rexionais están preto ou por enriba do 60%. Esta información, non obstante, debería ser atenuada debido á baixa presentación de informes polos países durante o ano 2020. En efecto, foi o ano no que máis países incumpriron co deber de reportar as capacidades básicas⁷⁴.

Achouse que a media máis alta de capacidades básicas nas subrexións se atopa sistematicamente en América do Norte e a media máis baixa está na subrexión do Caribe, en relación con seis capacidades básicas, e en América Central, en relación con dúas das súas capacidades básicas (coordinación do RSI e funcións dos centros nacionais de enlaces) (CD 58/INF/1, 2 de setembro de 2020).

Os datos deberían permitir inferir que aqueles países con maiores capacidades básicas reportadas deberían ter xerado unha mellor resposta para o COVID-19, con menos morbimortalidade⁷⁵, con menos sobrecarga nos servizos sanitarios, etc. É dicir, os países do norte, que estaban sobre a media de capacidades básicas terían que ter tido un mellor desempeño e resultados en termos sanitarios e de xestión, e non obstante algúns estiveron ao bordo do colapso dos servizos sanitarios, con exceso de mortalidade atribuída ao COVID-19.

Por iso, é necesario analizar e afondar no coñecemento de posibles causas destas diferenzas. Algunhas hipóteses sobre estas diferenzas poderían ser:

1. A matriz de avaliación non avalía o que di medir: “as capacidades básicas dos Estados”.

Sería necesario xerar un robusto sistema de indicadores que conte con validez, confiabilidade, especificidade, sensibilidade, representatividade, claridade e utilidade, entre outros. Isto lévanos a pensar que elementos se utilizan para avaliar as capacidades dos Estados, que dimensións se avalían e que outros indicadores –estrutura, proceso, resultados– cumpriría ter en conta para esa avaliación.

2. Os países sobreestiman as capacidades básicas estatais⁷⁶ e estas non concordan coa realidade da organización das respostas estatais ante a pandemia. Neste sentido, é necesario pensar en mecanismos de responsabilidade pola

información proporcionada polos Estados, de control interno, validacións e rendición de contas, publicidade e transparencia.

Na matriz proposta polo RSI, non ten en conta os determinantes socioeconómicos, demográficos, ambientais e laborais, entre outros. Tampouco considera outros aspectos fundamentais como a estrutura sociodemográfica previa, as necesidades básicas insatisfeitas da poboación, alfabetización (fundamental para comprender medidas e para desenvolver prácticas de autocoidado); indicadores de organizacións; recursos do sistema de saúde; gasto e coberturas da poboación; infraestrutura dos servizos de saúde; capital humano, mecanismos regulatorios e institucionalidade xurídica, recursos financeiros e endebedamento preexistente, entre outros. Non contempla o sector privado.

Ademais, sería necesario que a matriz de avaliación conteña elementos que permitan o seguimento e/ou monitoreo de orzamento do gasto destinado a saúde e a súa distribución (segundo privado, público, de seguridade social, establecendo a porcentaxe do PIB de cada un) á luz da progresión en materia de realización de dereitos humanos e teña alertas en canto á regresión do orzamento destinado á saúde e/ou ao desfinanciamento ou subexecución de programas relativos a enfermidades infecciosas.

Actualmente, o 38% dos países analizados no informe antes mencionado sinalaron que os seus orzamentos se distribuían oportunamente e se executaban de xeito coordinado e “o 62% (29 países) indicaron que contaban con mecanismos de financiamento público para emerxencias que permitirían recibir fondos de xeito estruturado e distribuílos con rapidez para responder a emerxencias en saúde pública”.

Novamente, pódese observar que contar con mecanismos de financiamento público para recibir fondos non é suficiente como avaliación da capacidade básica financeira dun Estado, debendo terse en conta as formas nas que se obteñen recursos por parte dos Estados (impostos, emisión de débeda, endebedamento externo), a forma e os criterios cos que se distribúen e o impacto do orzamento nos dereitos humanos, máxime tendo en conta que varios países de América Latina se atopaban con altos niveis de endebedamento con organismos multilaterais de crédito (como o FMI).

A continuación, pódese observar un cadro comparativo das rexións sobre a avaliación de capacidades básicas dos Estados partes, segundo os informes remitidos á OMS (medias rexionais e subrexionais)⁷⁷.

Cadro 5. Capacidades básicas reportadas por países segundo a subrexión, media expresada en porcentaxes. Ano 2020. OMS

	Subrexión				
	Caribe (n = 10)	América Central (n = 7)	América do Sur (n = 9)	América do Norte (n = 3)	Rexión das Américas (n = 29)
Lexislación e financiamento	63	79	77	91	74
Funcións dos CNE para o RSI	78	64	82	100	78
Eventos zoonóticos e a interface entre humanos e animais	68	69	78	80	72
Inocuidade dos alimentos	82	63	80	93	78
Laboratorio	79	81	72	93	79
Vixilancia	65	79	83	100	78
Recursos humanos	64	71	71	80	70
Marco nacional para as emerxencias sanitarias	71	78	65	96	73
Prestación de servizos de saúde	64	60	56	96	64
Comunicación de risco	72	66	58	93	68
Puntos de entrada	69	67	67	93	70
Eventos químicos	50	54	67	87	60
Emerxencias por radiación	34	74	64	87	59

Fonte: Reelaboración propia segundo CD58/INF/I-ANEXO.

Considérase necesario problematizar a forma de avaliación, valoración e interpretación das capacidades básicas estatais. Estas capacidades teñen que ser entendidas nun contexto máis amplo, que constrinxen ou posibilita a preparación e a resposta dos Estados e interpretarse tendo en conta o deber dos Estados de non danar e de previr. É dicir, pensala a partir do filtro dos principios de dereitos humanos. Como foi mencionado, a non preparación para responder a unha pandemia constitúe a necropráctica do “deixar morrer”, ao crear de xeito sistemático as condicións de desprotección das persoas, colectivos e comunidades.

En relación coa puntuación dos puntos de entrada, podemos ver que debían en todo momento asegurar o acceso a servizos médicos, transporte de viaxeiros enfermos, inspección de naves e control de vectores, e, para responder a un evento como a pandemia, debían contar cun plan de continxencias, capacidade de illamento de persoas, espazos para entrevistas ou corentenas e aplicar medidas de control. Nos puntos de entrada existiron serios fallos que non concordan tampouco coa capacidade reportada polos Estados e informada pola OMS no informe analizado.

Os plans de acción nacionais para fortalecer as capacidades básicas que elaboran os Estados partes non teñen suficiente grao de institucionalidade xurídica e normativa;

elabóraos un órgano dependente do poder executivo, sen intervención ou control dos outros poderes do Estado.

4.5 Implementación de políticas unilaterais nacionalistas

Na rexión latinoamericana, varios países implementaron, con distinto alcance, as medidas⁷⁸ recomendadas polos organismos internacionais (OMS, OPS) e autoridades sanitarias nacionais no marco do Regulamento Sanitario Internacional, como o illamento preventivo ou a corentena⁷⁹, e establecéronse diferentes estratexias de abordaxe da pandemia (control transfronteirizo, prohibicións de ingreso, prohibicións de circulación, suspensión de clases presenciais, restrición no uso do transporte público ou priorización de actividades esenciais, entre outras)⁸⁰.

Estas estratexias, aínda que poden ser efectivas desde a perspectiva sanitaria (para preservar a saúde, evitar a transmisión do virus ou a saturación dos servizos de saúde), nos feitos implican a emerxencia de novos e graves problemas sociais e económicos e o afondamento noutros problemas preexistentes na rexión. Pola súa vez, as medidas implementáronse con fortes restricións de dereitos, o que xerou tensións entre o dereito á saúde –dimensión individual e colectiva– e outros dereitos fundamentais, polo que recibiron fortes cuestionamentos desde o campo xurídico, das organizacións da sociedade civil e de organismos intergubernamentais de dereitos humanos que expresaron a súa preocupación. En particular, sinalouse a necesidade de tomar medidas compensatorias das medidas sanitarias de illamento.

Non obstante, podemos distinguir que non só en América Latina predominan os enfoques unilaterais, nacionalistas e con excesiva acumulación de funcións no poder executivo. Isto aconteceu mesmo en contra das obrigas extraterritoriais establecidas no RSI.

En efecto, incumpríuse cos deberes de solidariedade, cooperación e asistencia internacional. Así, por exemplo, algúns países da UE procederon á confiscación, acaparamento e incautación de insumos destinados a outros países; outros, como Estados Unidos, estableceron a prohibición de exportar insumos críticos sanitarios.

Tamén se reflicte este enfoque nacionalista na estratexia de inmunización, xerando e amplificando as desigualdades na distribución de vacinas. Foron os países do sur os máis afectados pola distribución inequitativa de vacinas, malia o mecanismo COVAX desenvolvido pola OPS/OMS para asegurar unha distribución equitativa entre os países. Moitos países, para acceder a vacinas, víronse compelidos a establecer negociacións por fóra deste sistema.

4.6 Falta de incorporación do RSI á lexislación nacional e omisión de regulación do dereito á saúde

Como foi sinalado, o RSI é un instrumento débil en termos xurídicos e, pola súa vez, os países non o incorporaron á súa lexislación doméstica, ou, se o incorporaron, fixeron

aplicacións heteroxéneas das súas disposicións. O RSI en cada país é aplicado por organismos do PE sen independencia nin autarquía (xeralmente ministerios de saúde ou secretarías) e sen que o sector saúde teña suficiente inxerencia en relación con outros sectores e outros ministerios. En definitiva, queda suxeito na súa aplicación á política partidaria do goberno correspondente.

Á vez, o RSI non brinda unha definición legal de saúde, co cal o deseño e a aplicación das obrigas dependen do modelo de saúde que prevaleza en cada Estado, e o alcance das obrigas estatais só ten unha mirada baseada nos servizos de saúde (tecnoasistencial/hospitalocéntrica), con preeminencia do modelo biomédico na forma de organizar a atención e resposta á pandemia.

En efecto, carécese de propostas de marcos legislativos e regulatorios do sector saúde que poidan facilitar a abordaxe da crise sanitaria, incorporando a dimensión colectiva do dereito á saúde e de recoñecemento legislativo e xudicial.

É necesario que un novo instrumento poida harmonizarse cos tratados de dereitos humanos e que estes poidan definir o alcance, a conceptualización e a delimitación do núcleo mínimo de dereitos que deben ser garantidos polos Estados mesmo en tempos de crise, onde poden colidir intereses (individuais e sociais) e xerarquías normativas, con disparidade normativa a nivel subnacional e recoñecemento non uniforme do dereito á saúde.

En efecto, aínda falta unha perspectiva crítica sanitaria que se exprese na regulación do dereito á saúde e nas decisións xudiciais.

Ata aquí presentáronse as carencias do dereito sanitario internacional baseado no RSI, demostrando que este foi incapaz de mitigar a ameaza de COVID-19.

Como se sinalou, as problemáticas identificadas non dan conta só dun problema do instrumento xurídico como tal, o cal podería resolverse cunha reforma do RSI, senón tamén, e como medida principal, dos paradigmas e modelos cos que se pensa a resposta sanitaria ante a pandemia. Vincúlase tamén cos múltiples condicionantes cos que se atopan os países para implementar unha resposta sanitaria integral e integrada, algúns dos cales son preexistentes ás pandemias (conformación do sistema de saúde baixo unha axenda neoliberal, segmentación, fragmentación, descoñecemento ou invisibilización da determinación dos procesos de saúde e enfermidade, falta de abordaxes preventivas e promocionais da saúde, ocultamento doutras epidemias, excesivo endebedamento, condicionantes políticos económicos e presenza de determinantes legais).

Isto visualízase, entre outras cousas, en que os Estados basearon case de xeito exclusivo a súa resposta durante a pandemia na vacinación (medida farmacolóxica), o que levou a abordaxes limitadas, non integrais e reducionistas⁸¹, sen ter en conta a determinación do proceso de saúde, enfermidade, atención e coidado das poboacións.

4.7 Determinantes legais e económicos das políticas sanitarias. Rol dos actores non estatais

Sinalouse que os países⁸² recorreron ao endebedamento externo como forma de afrontar a crise e como forma de asumir os gastos extraordinarios que demandan as medidas sanitarias, sociais, previsionais e xurisdicionais elaboradas no marco da pandemia. Isto xorde da revisión de estudos rexionais de recente publicación⁸³.

En varios países creouse un fondo de emerxencia para mitigar os efectos da pandemia. Elaboráronse plans de austeridade estatal ou leis de emerxencia económica e racionalización do gasto público, tomando medidas como a redución do salario dos funcionarios públicos, a prohibición de contratar novos empregados ou o recorte de gastos non prioritarios⁸⁴.

Tamén na maioría dos países de América Latina se autorizou o poder executivo a contraer préstamos ou emitir bonos no mercado internacional. Así, recorreron a préstamos do Banco Interamericano de Desenvolvemento (BID), do Banco Mundial (BM), do Fondo Monetario Internacional (FMI), da Corporación Andina ou do Banco Centroamericano de Integración Económica, entre outros⁸⁵.

O endebedamento dos países é un condicionante de todas as súas políticas públicas. Por iso, cómpre analizar de xeito sistemático en que medida os modelos de gobernanza sanitaria e económica promovidos na rexión pola OPS e a OMS, e por outros organismos de financiamento (FMI, BM), impactaron en relación coa conformación do sistema de saúde, a organización da resposta sanitaria e, en particular, en relación co dereito á saúde da poboación antes e despois da pandemia.

Tense que analizar en que medida as condicións estruturais previas –que foron reflexo de distintos financiamentos e políticas de incentivos, programas verticais– impactaron en relación co modelo de atención, de xestión e de financiamento que utilizan os Estados nacionais para organizar a resposta sanitaria.

Neste sentido, pódese mencionar que o pulo do neoliberalismo á mercantilización, comercialización e privatización socava tanto o concepto como o gozo do dereito á saúde⁸⁶.

Así, deben visibilizarse as problemáticas económicas vinculadas aos efectos dos altos custos en saúde, a defensa da competencia, a fixación de prezos máximos de comercialización de medicamentos esenciais⁸⁷ e vacinas⁸⁸ e de insumos esenciais para facer fronte ás crises sanitarias e sociais, xerando regulación específica sobre o abuso da posición dominante producida por monopolios ou oligopolios en materia de oxixeno, por exemplo.

Dentro das capacidades básicas dos Estados, sería necesario que se dea seguimento ao orzamento estatal e subnacional dos países destinado ao sector da saúde e ao gasto público destinado á redución de desigualdades (regresión orzamentaria, subexecucións, incumprimento de metas físicas...).

É necesario o seguimento da progresión do orzamento destinado a saúde en relación co PIB, pero tamén en relación coa porcentaxe do gasto en saúde que se destina ao primeiro nivel de atención, ademais de ter en conta o gasto de peto que realizan as

comunidades, e sistemas que permiten unha asignación segura e eficiente de recursos. Pode promoverse a adopción dun sistema de etiquetaxe orzamentaria para o control e monitoreo das accións de prevención, vixilancia, control, notificación e asistencia de enfermidades infecciosas e un sistema de alerta fronte á regresión⁸⁹.

O problema para a realización do dereito á saúde é quen establece as prioridades sanitarias. Sinalouse que certos actores económicos emerxen na escena como “autoridades sanitarias de feito” e definen as prioridades de saúde baseándose nunha axenda neoliberal⁹⁰.

Sinalouse o peso que teñen as intervencións sanitarias de distintas fundacións (Bill and Melinda Gates Foundation, Rockefeller Foundation, Clinton Foundation, Soros Foundation) e a influencia que exercen no campo da saúde global e da gobernanza sanitaria global, a través de iniciativas como a Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), e das achegas que integran os gastos extraorzamentarios da OMS⁹¹. Así, Díez Cuevas expresa que os actores do sector privado exercen influencia nun contexto no que, ademais, o sistema das Nacións Unidas se atopa debilitado cun serio déficit de financiamento que afecta aínda máis á situación.

A OMS é un dos organismos intergubernamentais que máis influencia exerceron na configuración dos sistemas de saúde na rexión e na definición do contido do dereito á saúde. A OMS produce normas, procedementos e políticas, e xera redes de vixilancia e respostas, así como guías estandarizadas, para constituír unha linguaxe común entre os países⁹². Non obstante, a falta de financiamento tamén afecta á OMS.

Como foi mencionado, o sector privado tivo e ten un grande impacto na estrutura do sistema das Nacións Unidas e na OMS e pode xerar distorsións nos obxectivos das políticas⁹³, establecéndose distintas formas de participación do sector; por exemplo, a través de alianzas público-privadas⁹⁴.

Gran parte do orzamento achegado por estas alianzas destínase a programas verticais de intervención contra enfermidades infecciosas (VIH/SIDA, TBC, malaria) e efectivízase a través de contribucións voluntarias que integran os fondos extraorzamentarios dos organismos intergubernamentais.

A OMS recibe tanto contribucións obrigatorias dos Estados membros como contribucións voluntarias (de Estados membros ou sector privado).

Os Estados membros sinalaron que o 51% do orzamento da OMS debe ser financiado con contribucións obrigatorias dos países. Esta suma foi diminuindo; en 2014 estas cotas representaban o 23% do orzamento total da OMS⁹⁵. Estes datos poderían evidenciar o peso do sector privado e a perda de independencia e autonomía para manexar unha axenda sanitaria, e cobran relevancia na definición da axenda sanitaria do sector privado. A falta de financiamento e contribución dos Estados membros na OMS fixo que cobre protagonismo o sector privado a través de organizacións de filantropía (como Bill and Melinda Gates, Ted Turner, Soros Foundation, Rockefeller Foundation ou Clinton Foundation).

Cómpre establecer mecanismos de rendición de contas (*accountability*) dos países para poder garantir dereitos e coñecer e transparentar os mecanismos de financiamento dos organismos intergubernamentais e máis que nunca teñen que discutirse as formas nas que se toman as decisións na OMS, o rol do secretariado e os intereses en xogo e que sucede cos recursos críticos en saúde (recursos humanos, vacinas, insumos, etc.) e os coñecementos de actores externos.

Tamén se sinalou como un desafío para a realización dos dereitos a importancia dos mecanismos de rendición de contas e a participación da sociedade civil nestes.

A gobernanza económica é un aspecto fundamental no que cómpre indagar e afondar, tendo en conta a estreita vinculación coa axenda de seguridade global e as relacións asimétricas norte-sur.

Formúlase como desafío asegurar a dispoñibilidade e distribución de insumos críticos; en particular mencionouse que é importante avanzar na regulación de patentes, vacinas, insumos críticos, transferencia de coñecemento e tecnoloxía, e que o ámbito onde se dan estas discusións (OMC) non se atopa aberto para representantes da saúde.

A gobernanza económica vincúlase estreitamente coa equidade sanitaria global, a solidariedade internacional e a cooperación. As solucións individualistas, centralistas dos países, impiden avanzar en solucións equitativas a nivel global. A cooperación e a solidariedade son aspectos pouco abordados na axenda e pouco visibilizados. De cara a un tratado, deberían considerarse expresamente estes enfoques.

4.8 O RSI no marco do dereito administrativo global

Actualmente asistimos de xeito paradoxal a unha ampliación do dereito administrativo global, proceso que ten máis de tres décadas; non obstante, este cada vez móstrase máis limitado para estruturar xurídica e coordinadamente a actuación da Administración sanitaria en tempos de pandemia.

En efecto, deuse un fenómeno de “xurdimento inadvertido do dereito administrativo global” que moldeou os modelos de gobernanza global⁹⁶ sen suficiente debate e análise das súas implicacións, condicionantes e consecuencias. Establécense relacións que estes autores mencionan como de dependencia globalizada de múltiples administracións globais, transnacionais, que xeran institucións regulatorias administrativas que rexen os Estados, individuos, empresas e ONG. O paradoxal destas creacións é que existe acción administrativa sen un poder executivo internacional, e vanse creando na práctica réximes regulatorios xurdidos na esfera da regulación económica⁹⁷. Estes autores sinalan que, cada vez máis, os programas regulatorios a nivel global condicionan as decisións das administracións domésticas dos países, dándose un déficit de lexitimidade e de democracia, con implicacións políticas e normativas.

Para Pérez Vera⁹⁸, o RSI implicou un cambio de paradigma nos Estados no marco da globalización xurídica. Este instrumento adoptouse en pleno debate sobre a globalización do dereito. Recórrase cada vez máis ao dereito administrativo internacional, sen

que exista un tratamento doutrinal minimamente harmonizado sobre o seu contorno e os seus principais contidos⁹⁹.

Esta falta de harmonización sobre o contido e alcance do dereito administrativo internacional tivo consecuencias no momento da implementación no escenario da pandemia de COVID-19.

Iso, sumado á falta de discutibilidade social de RSI nos ámbitos nacionais, subnacionais e internacionais, como a falta de actores intergubernamentais e de dereitos humanos que participen na elaboración ou modificación do RSI, levou a un deseño limitado e a que o instrumento se implemente de xeito deficiente en cada Estado nacional.

O dereito á saúde atópase condicionado polo modelo de sistema de saúde no que se asenta, polo grao de recoñecemento do dereito á saúde na esfera interna e pola xerarquía que se lle asigna ao dereito internacional sanitario na esfera doméstica e os compromisos internacionais asumidos polos distintos países da rexión.

O RSI foi pensado para pór de relevo a apertura dos Estados cara ao exterior e a crecente relevancia do dereito administrativo máis alá das fronteiras estatais. A pandemia mostrou o contrario¹⁰⁰.

Ahrens¹⁰¹ sinala, incluíndo a análise do réxime xurídico da actuación das instancias administrativas internacionais (dereito de acción), o dereito condicionante dos ordenamentos xurídico-administrativos nacionais (dereito de determinación) e o dereito da cooperación administrativa internacional, todo baseado no dereito internacional público.

O dereito de acción da organización internacional abrangue a xestión interna e a acción externa.

O dereito de determinación é o termo utilizado para describir aquelas normas de dereito internacional público que establecen requisitos para o contido do dereito administrativo nacional. O dereito administrativo dos Estados debe cumprir os requisitos unificados en determinados ámbitos políticos; isto inclúe o sector sanitario e o RSI.

Mentres que o dereito internacional consuetudinario é de seu un compoñente das normas xurídicas nacionais, os tratados internacionais, para seren vinculantes para a Administración nacional, adoitan requirir unha orde de aplicación mediante un acto xurídico estatal (lei ou regulamento). De acordo coa doutrina de aplicación que prevalece na práctica internacional, as normas dos tratados conservan o seu carácter de dereito internacional –aínda que este non sempre é aceptado a nivel nacional–. Non obstante, este non é o caso do RSI, xa que non é un tratado internacional, senón o chamado dereito secundario. É “fillo” da doutrina de gobernanza global e, por iso, parte do *soft law*¹⁰².

Neste sentido, menciona Ahrens¹⁰³ que as consecuencias da formulación da doutrina sobre o dereito administrativo internacional sinaladas anteriormente requiren unha maior consideración para chegar tanto a un convenio pandémico equilibrado como a un axeitado axuste ou modificación do RSI.

Sínálase que as cortes nacionais poden ser o foro para encontrar remedios efectivos cando a acción dos órganos administrativos globais ten incidencia directa nos particulares¹⁰⁴.

4.9 Problemas identificados en relación co Regulamento Sanitario Internacional

A continuación, preséntase de xeito esquemático unha síntese non exhaustiva dos problemas identificados en relación co deseño e implementación do RSI.

Cadro 6. Problemas identificados en relación co RSI. Ano 2021

Problemáticas vinculadas á debilidade da arquitectura global para previr, controlar e responder á pandemia	Problemas relacionados co rol da OMS:	Fracaso da gobernanza sanitaria global rexional-nacional. Demoras excesivas en determinar a emerxencia e declarar a pandemia. Deficiente control e seguimento do fortalecemento das capacidades básicas estatais. Falta de transparencia e opacidade na conformación dos comités asesores e de avaliación. Deficiente gobernanza económica da OMS e de financiamento das accións no marco do RSI. Cuestionable rol que ocupa o sector privado na definición da axenda. Opacidade na utilización de gastos extraorxamentarios.
	Problemas relacionados cos Estados	Incumprimento na obriga de establecer as capacidades básicas dos Estados. Centralidade dos Estados, nacionalismos na organización da resposta sanitaria durante a pandemia. Establecemento de políticas unilaterais xerando consecuencias transfronteirizas. Indeterminación e invisibilización da responsabilidade dos Estados ante o incumprimento das obrigas establecidas no RSI. Falta de cooperación e coordinación na organización das respostas dos Estados, preeminencia dun enfoque “estatista” para elaborar os plans de continxencia e control, sen asegurar a participación social. Problemas de ausencia dun Plan global estratéxico sanitario. Harmonización do dereito doméstico con normas do dereito internacional. Desvíos na implementación do RSI como forma de gobernanza local. Desarticulación dos Estados nacionais e subnacionais para a aplicación do RSI. Segmentación, inequidade e fragmentación no sistema de saúde. Preeminencia do sector privado en saúde.
Relacionada co dereito administrativo sanitario internacional	Problemas relacionados co deseño do RSI	Problema de harmonización normativa dos mecanismos de coordinación, cooperación e dos determinantes legais da saúde. Debilidade do RSI como instrumento xurídico, participación na elaboración, na revisión, recomendacións –temporais– e proceso de toma de decisións, fontes de información, notificación, comunicación, mecanismos de respostas, procedementos de supervisión.
Problemas identificados na aplicación do RSI	Problemas relacionados coa estrutura e co proceso de implementación do RSI	No campo xurídico e sanitario non é coñecido ou non ten suficiente credibilidade como instrumento xurídico, o que dificulta a implementación e o acatamento do RSI. Existe unha debilidade no deseño e na implementación dos centros nacionais de enlace para o RSI (carencia de persoal, escasa inxerencia nos procesos de toma de decisións dos Estados). Inexistencia de entidades nacionais especializadas que lideren o proceso de implementación do RSI de xeito integrado. A aplicación do RSI non implica todas as instancias gobernamentais dun mesmo país nin todos os poderes (lexislativo, xudicial, executivo) nin xurisdicións. Falta un mecanismo de avaliación do cumprimento e rendición de contas.

Fonte: Elaboración propia.

5 REFUNDACIÓN DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Desde a corrente de pensamento crítico latinoamericano e de saúde internacional propoñen a *refundación do sistema de saúde* e, en consecuencia, do dereito á saúde e da estrutura xurídica normativa que avala o actual sistema. A proposta de refundar o sistema de saúde –proposta transicional– quere afastarse das propostas de “reformas do sector saúde” máis propias ou instrumentalizadas polo panamericanismo e polos organismos internacionais como o Banco Mundial ou a OMS¹⁰⁵.

Para poder refundar un sistema, será necesario que a estrutura xurídica –normativa– deixe de responder a unha racionalidade neoliberal¹⁰⁶.

A refundación implica pensar nun novo paradigma decolonial e antipatriarcal desde o sur global; a proposta implica reconfigurar o Estado, implica recuperar a centralidade do Estado e a construción do público¹⁰⁷. Para iso, requírese a construción e promoción dunha cidadanía que incorpore aquelas persoas que foron impactadas polos procesos de “descidadanización por mercantilización e descidadanización por desposesión”; esta refundación sería posible mediante un proceso emancipatorio, intercultural e decolonial.

Desde a perspectiva xurídica, implica un cambio na materialidade e institucionalidade sanitaria, e democratizar e colectivizar os procesos de cambios cara a un novo constitucionalismo social¹⁰⁸. Refundar implica “unha loita por unha nova hexemonía”, pensar na refundación implica pensar nunha nova estrutura xurídico-legal que permita reimaxinar novos sistemas de saúde¹⁰⁹. Para contrarrestar a hexemonía, é necesario avanzar cara a unha verdadeira construción sanitaria rexional, como sinala Basile¹¹⁰, que non sexa expresión da afirmación exclusiva das soberanías nacionais ou do centralismo dos Estados.

Para unha refundación do sistema de saúde, terase que considerar a dimensión de determinantes políticos da saúde –DPS– e a abordaxe dos determinantes legais do sistema sanitario (DLSS). Estas dimensións implican considerar o endebedamento dos países, as medidas de axuste estrutural, a forma de regular o acceso á investigación e a datos, os acordos comerciais e a gobernanza global, xunto coas “*cadeas de historia* que inclúen expresións de colonialismo e colonialidade”¹¹¹.

O factor clave é como avanzar na xeración dunha nova estrutura xurídica normativa no contexto de endebedamento, cunha estrutura administrativa sanitaria e económica internacional que condiciona as posibilidades lexislativas no eido doméstico. Para a refundación será fundamental contar cunha masa crítica de profesionais que, xunto con comunidades, poidan incidir para desencadear cambios nos sistemas xurídicos, nas institucións e na trama da vida cotiá.

6 VISIÓN CRÍTICA DA NARRATIVA DE DEREITOS HUMANOS

A refundación dos sistemas de saúde conduce necesariamente a debater sobre a refundación do sistema xurídico en xeral e os dereitos humanos en particular.

Neste sentido, cómpre preguntarse se os dereitos humanos son a estrutura xurídica normativa necesaria para os cambios sociais requiridos en contextos críticos ou se estes funcionan na práctica como unha limitación que constrinxe o xurdimento dunha nova estrutura para repensar o sistema xurídico e o estado de dereito; será necesario cambiar o discurso dos dereitos humanos? Se é o caso, como lograr unha reapropiación crítica da narrativa de dereitos humanos e como acadar o reinvestimento ou refundación dos dereitos humanos?

Desde un pensamento crítico, formúlase que o discurso dos dereitos humanos son ficcións de dominación.

Neste sentido, Gándara Carballido¹¹² sinala que o discurso dos dereitos humanos é utilizado case de xeito paradoxal por “actores que pretenden a reprodución do actual sistema de relacións na sociedade, como por suxeitos sociais que levan adiante diversas loitas en contra desta lóxica e dos seus efectos sobre vastos sectores da poboación”. Fronte a isto, a súa proposta baséase nunha reapropiación creativa da narrativa dos dereitos que permita recuperar o potencial emancipador a partir do que Herrera Flores¹¹³ sinalou como “reinventar os dereitos humanos”.

Ademais, o autor mencionado sinala que os dereitos humanos teñen que contribuír á emancipación e á construción de novas prácticas sociais, baseadas en novas narrativas, e iso contribuír á xerar novas subxectividades. As novas prácticas deberán superar as contradicións propias da perspectiva liberal e contribuír, á vez, á loita anticapitalista e anticolonial. Este autor sinala que é necesario abordar os dereitos humanos desde tres dimensións: ética, política e epistémica.

Neste marco, pódense identificar, cando menos, unha concepción tradicional dos dereitos humanos (ahistórica, acontextual, eurocéntrica e etnocéntrica) e unha concepción crítica. Esta última incorpora os procesos históricos como parte do campo disciplinario e recoñece e fai explícitas as condicións de produción de coñecemento, e tamén se explicitan os puntos de partida políticos, éticos e ideolóxicos a partir dos cales se analiza a realidade e se propoñen cambios a prol da realización material dos dereitos e non só nominal.

A perspectiva crítica de dereitos humanos non é só unha perspectiva teórica, senón que reivindica e exige “a construción das condicións sociais, económicas, políticas e culturais que lles permiten ás persoas, tanto a nivel individual como colectivo, empoderarse para poder establecer e garantir a permanencia do conxunto de condicións que posibilitan o acceso igualitario e non xerarquizado a priori aos bens”¹¹⁴.

Este autor, ademais, expresa que, se se consideran os dereitos humanos como algo previo e separado da acción social, iso pode ter consecuencias conservadoras, restrinxidas no político, no sentido de manter o *statu quo* e, en consecuencia, a orde inxusta imperante¹¹⁵.

Neste sentido, considérase que América Latina necesita unha nova narrativa de dereitos humanos, baseada en novas epistemoloxías, que permitan xerar novas praxes xurídicas e sanitarias, con actores disputando sentidos e saberes.

Así, Gándara Carballido¹¹⁶ expresa que hai que “*deixar de pensar na linguaxe como mero medio de representación e comunicación, para entendela como medio de acción e intervención, de construción da realidade*”. É preciso, polo tanto, cambiar a forma de producir coñecemento, requírese de novas narrativas e estas devirán en cambios de prácticas, en termos de Foucault¹¹⁷.

En Herrera Flores¹¹⁸, os dereitos humanos aparecen como un produto cultural occidental; son construcións ideolóxicas que contribuíron á expansión colonial e, á vez, á necesidade de facer fronte ás consecuencias desa mesma expansión globalizadora de occidente no resto do mundo.

Neste mesmo sentido, atopamos a Medina¹¹⁹, que sinala que o discurso de dereitos humanos é unha forza que serve para lexitimar relacións de poder e dominación e que se expresa como un campo de batalla (tensión entre dereitos e necesidades das persoas).

En efecto, sinálase que “*unha explicación plenamente crítica do discurso dos dereitos humanos requiriría unha teorización e unha descrición tanto dos procesos e das estruturas sociais nas cales os individuos ou os grupos, como suxeitos históricos, crean sentido na súa interacción no marco de relacións desiguais e excluíntes de poder. Por conseguinte, tres son os conceptos que, de xeito indispensable, deben figurar na análise do discurso dos dereitos humanos (...): o concepto de historia (contexto), o concepto de poder (conflicto) e o concepto de ideoloxía (cultura)*”¹²⁰.

Por iso, desde a corrente crítica latinoamericana propónse a necesidade de pensar os dereitos humanos desde procesos de loitas reais, situadas e contextuais, que suceden nun marco cultural que as dota de sentidos e significados.

Herrera Flores¹²¹ expresa que “*os dereitos humanos son respostas xurídicas, económicas, políticas e culturais a relacións sociais rotas ou en constitución, que cómpre reconstruír ou apoiar desde unha idea plural, diversificada e contextualizada de dignidade humana*”.

Algúns autores formulan que os dereitos humanos son un medio eficaz para producir cambios sociais¹²² e considérase se aínda os dereitos humanos son un medio eficaz para o cambio social¹²³. Desde outras perspectivas analízase a capacidade normativa e a eficacia das institucións internacionais de dereitos humanos e os mecanismos e procedementos especiais de protección. Sinálase mesmo que algúns mecanismos e procedementos están pensados para que “non produzan efecto”¹²⁴.

Moyn¹²⁵ resalta a súa preocupación en relación cos dereitos humanos, pois considera que estes se axustaron demasiado á realidade e, en consecuencia, resultaron tan minimalistas que non cumpriron coa aspiración de cambiar o mundo; quedaron neutralizados e mesmo foron invocados como escusas para xustificar guerras e invasións.

Tamén os dereitos humanos foron invocados polas grandes corporacións, formulando o dereito á propiedade como un dereito humano¹²⁶. Non obstante, a ONU¹²⁷ manifestouse en contra desta interpretación e sinala que as corporacións non poden ser portadoras dos dereitos humanos (Observación xeral n.º 17, 2006, E/C 12/GC/17).

Por iso, Moyn¹²⁸ propón que é necesario *“reorientar os dereitos humanos para afastalos de solucións de compromiso historicamente específicas e politicamente minimalistas entre o utopismo e o realismo que representan os dereitos humanos actualmente”*.

7 ACHEGAS FINAIS

A pandemia e as fendas de desigualdades en saúde na rexión mostran os fallos no sistema de protección social dos Estados e a falta ou deficiencia na implementación de medidas recomendadas pola OMS. Pero sobre todo evidencia o desmantelamento que sufriron os sistemas de saúde pública desde os anos 90 na rexión, promovidos por organismos internacionais de financiamento que tiveron e teñen consecuencias graves e diferenciais en relación coa cidadanía, con alto impacto na equidade e xustiza sanitaria.

As medidas neoliberais aplicadas ao sector saúde, educación e traballo crean as condicións sistemáticas de desprotección da poboación e, polo tanto, delinean claramente biopolíticas da precarización e necropolíticas sanitarias. A falta de organización das respostas oportunas ou a imposibilidade de organizala por parte dos Estados configuran “un deixar morrer”.

Por iso, asumir os problemas de saúde pública no marco dos dereitos humanos e facelo pensando desde o sur global constitúese nunha decisión técnica e política, pero sobre todo ética.

Necesítase un debate profundo sobre como se debería avanzar na institucionalización dun novo marco xurídico internacional para previr unha nova pandemia, e sindemias, tomando en conta regulamentacións constitucionais e legais –nacionais, provinciais e municipais–, incluíndo os distintos sectores e subsectores do sistema (público, seguridade social, privado), para dar unha resposta efectiva, eficiente e equitativa que garanta a concreción do dereito á saúde no marco dos dereitos humanos.

O sistema sanitario non pode deixar de pensarse senón no marco dun Estado de dereito e a partir dos determinantes estruturais e legais.

O campo xurídico sanitario internacional descoñece, cando menos, e invisibilizou o coñecemento producido pola medicina social latinoamericana, decolonial e anticapitalista. Por iso, considérase necesario construír pontes entre o campo xurídico e o campo sanitario a partir dunha noción ampla de saúde e de dereito á saúde, que inclúa necesariamente a determinación dos procesos de saúde/enfermidade/atención e coidado; no caso contrario, corremos o risco de caer nunha visión atomizada, fragmentada e individualista da saúde que condiciona e se expresa en prácticas xudiciais, lexislativas e sanitarias –nacionais e internacionais– que resultan restritivas de dereitos das persoas, colectivos e comunidades.

Cómpre pensar de xeito crítico o rol dos Estados e dos organismos intergubernamentais na garantía, promoción e extensión dos dereitos humanos e na provisión de servizos de saúde universais, equitativos e accesibles para todas e todos.

Pero tamén é necesario analizar o rol e a responsabilidade que os organismos intergubernamentais teñen e tiveron na configuración dos sistemas de saúde estatais e na definición de prioridades sanitarias.

O RSI dá conta dunha perspectiva de dereitos humanos, pero non define, delimita e establece o alcance do dereito á saúde. Aínda necesitamos xerar amplos consensos con múltiples actores, para delinear unha perspectiva propia desde o sur global, sen caer en esencialismos rexionais, senón chegando a consensos mínimos tendo en conta a heteroxeneidade ideolóxica e política das administracións e dos gobernos nacionais.

É necesario superar as dicotomías que se suscitan en relación co dereito á saúde, xerando novos e amplos consensos cunha mirada rexional. Aínda se require a conformación dunha visión crítica do dereito que xurda con e desde o sur global, que avance desde a reapropiación dunha nova narrativa de dereitos humanos cara á reinvencción, como propón Gándara Carballido¹²⁹.

8 BIBLIOGRAFÍA

- Ahrens, H. 2021. *El aporte del derecho internacional como norma jurídica para determinar la responsabilidad de los Estados en el marco de la pandemia COVID-19*. GIZ - DIRAJus.
- Alé, MC. 2021. «Colisión de derechos en la pandemia. Derecho a la salud y límites a la acción estatal», en *Jurídicas CUC*, 17(1): 367-404. Disponible en: <https://revistascientificas.cuc.edu.co/juridicascuc/article/view/3370>.
- Álvarez Icaza, E. 2014. «Los derechos humanos como un medio eficaz para producir cambios sociales», en *SUR. Revista Internacional de Derechos Humanos*, 11(20) Edición conmemorativa de los derechos humanos en movimiento. Disponible en: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/11/sur20-es-emilio-alvarez-icaza.pdf>.
- Arellano, J., Cora, L., García, C. e Sucunza, M. 2020. *Estado de la Justicia en América Latina bajo el Covid-19. Medidas generales adoptadas y uso de TICs en procesos judiciales*. Santiago de Chile: Centro de Justicia de las Américas (CEJA).
- Basile, G. 2020. «SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud», en *Ciência & Saúde Coletiva*, 25: 3557-3562. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JHBckvyp64ZDTmNVTNd6BvS/?lang=es&format=html>.
- Basile, G. 2020. «El Gobierno de la Microbiología en la respuesta al SARS-CoV-2. Primera parte: Coronavirus en el mundo, América Latina y el Caribe», en *Revista Salud Problema (UAM México)*. Segunda Época, 27: 14-35. Disponible en: <https://n9.cl/gobiernomicrobiologiasarscov2>.
- Basile, G. 2020. «Enfermos de desarrollo: los eslabones críticos del SARS-CoV-2 para América Latina y el Caribe», en *ABYA-YALA: Revista sobre acceso á justiça e dereitos nas Américas (Universidade de Brasília e CIESAS, México)*, 4(3): 173-208. Disponible en: <https://periodicos.unb.br/index.php/abya/article/view/34390/28726>.

- Basile, G. 2021. «Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: apuntes para repensar y descolonizar las teorías y políticas», en *Dossier de Salud Internacional Sur Sur de Editorial Biblioteca CLACSO*, xaneiro de 2021. Dispoñible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210204054841/VII-Dossier-SISS.pdf>.
- Basile G. 2021. «The Four Critical Links of SARS-CoV-2 in Latin America and the Caribbean: Challenges for Health from the South», en *Annals of Public Health Reports*, 5(1): 179-192. Dispoñible en: <https://scholars.direct/Articles/public-health/aphr-5-036.php?jid=public-health>.
- Basile, G. 2021. *La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario*. Buenos Aires: CLACSO.
- Brown, W. 2017. *El Pueblo sin atributos: La secreta revolución del neoliberalismo*. Barcelona: Malpaso Ediciones, S.L.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (CELS). 2019. *Informe*. Dispoñible en: <https://www.cels.org.ar/informe2019/desigualdad.html>.
- Commission on a Global Health Risk Framework for the Future. 2016. *The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises*. Dispoñible en: <https://www.nap.edu/catalog/21891/the-neglected-dimension-of-global-security-a-framework-to-counter>.
- Díez Cuevas, G. 2016. *El papel de la organización mundial de la salud en el siglo XXI y la importancia del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud para hacer frente a las emergencias sanitarias. El caso de la "crisis" del brote de ébola*. Tese de doutoramento. Dispoñible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/23127/ TESIS_DIEZ_CUEVAS_GABRIEL.pdf?sequence=1.
- Echegoyemberry, M.N. 2022. «Reglamento Sanitario: Desafíos desde el sur global», en *Vacunas para la gente. Latinoamérica*. Dispoñible en: <https://vacunasparalagente.org/2022/07/13/reglamento-sanitario-internacional-desafios-desde-el-sur-global/>.
- Foucault, M. 1990. *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- Fundación para el Debido Proceso (DPLF). 2020. «El uso de la fuerza tiene límites», en *Blog Justicia de las Américas*, 22 de setembro. Dispoñible en: <https://dplfblog.com/2020/09/22/el-uso-de-la-fuerza-tiene-limites/#more-5644>.
- Gándara Carballido, M.E. 2013. *Hacia un pensamiento crítico en derechos humanos: Aportes en diálogo con la Teoría de Joaquín Herrera Flores*. Tese de doutoramento (Programa de Doutoramento en Dereitos Humanos e Desenvolvemento da Universidade Pablo de Olavide).
- García Mejía, M. 2020. «Justicia y COVID-19: 3 formas de impartir justicia durante una pandemia», en *Blog Sin Miedos. Seguridad Ciudadana*, 9 de xuño. Dispoñible en: <https://blogs.iadb.org/seguridad-ciudadana/es/justicia-y-covid-19-3-formas-de-impartir-justicia-durante-una-pandemia>.
- Gostin, L.O. e Taylor, A.L. 2008. «Global Health Law: A Definition and Grand Challenges», en *Public Health Ethics*, 1: 53-63.

- Herrera Flores, J. 2001. «Introducción a los derechos humanos», en *Anuario Ibero-Americano de Direitos Humanos. 2001/2002*. Río de Janeiro: Lumen Juris.
- Herrera Flores, J. 2008. *La reinención de los derechos humanos. Colección Ensayando*. Guillena: Ed. Atrapasueños.
- Hoffman, J.J. 2014. «Making the international health regulations matter: promoting universal compliance through effective dispute resolution», en S. Rushton e J. Youde (eds.), *Routledge handbook on global health security*. Oxford: Routledge.
- Honigsbaum, M. 2017. «Between securitization and neglect: managing Ebola at the borders of global health», en *Medical history*, 61(2): 270-294.
- Hopgood, S. 2004. «Desafíos al Régimen Global de Derechos Humanos: ¿Los derechos humanos todavía son un lenguaje efectivo para el cambio social?», en *SUR. Revista Internacional de Derechos Humanos*, 11(20). Edición conmemorativa de los derechos humanos en movimiento.
- Kingsbury, B, Krisch, N. e Stewart, R. 2010. «El surgimiento del derecho administrativo global», en *Revista de derecho público (Universidad de los Andes. Facultad de Derecho)*, 24. Disponible en: <https://iilj.org/wp-content/uploads/2016/08/Kingsbury-Krisch-Stewart-El-Surgimiento-del-Derecho-Administrativo-Global-Revista-de-Derecho-publico-24-2010.pdf>.
- Maceira, D. 2020. «América Latina y el Caribe y sus sistemas de salud frente al COVID-19. Desafíos previsibles ante un escenario imprevisto», en *Pensamiento Propio*, 52: 249-258. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4592/1/014-comentarios-Maceira.pdf>.
- Madies, C. 2017. *Reglamento Sanitario Internacional*. Argentina: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Disponible en: <https://salud.gov.ar/dels/entradas/reglamento-sanitario-internacional-2005>.
- Medina, C. 2010. «Tesis sobre el discurso de los derechos humanos», en *Teoría Crítica de los Derechos Humanos*. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Moyn, S. 2004. «El futuro de los derechos humanos», en *SUR. Revista Internacional de Derechos Humanos*, 11(20). Edición conmemorativa dos dereitos humanos en movemento.
- Nye, J.S. 2003. *La paradoja del Poder Norteamericano*. Madrid: Taurus.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). 2020. *Dimensiones de derechos humanos en la respuesta al COVID-19*. Disponible en: https://www.hrw.org/es/news/2020/03/31/dimensiones-de-derechos-humanos-en-la-respuesta-al-covid-19#_Toc36462291.
- Orozco Restrepo, G.A. 2006. «El aporte de la Escuela de Copenhague a los estudios de seguridad», en *Revista Fuerzas Armadas y Sociedad*, 1: 142-144.
- OHCHR. 2021. *Impacto y desafíos de la pandemia de la enfermedad del coronavirus (COVID-19) para la justicia independiente: Informe*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Judiciary/Pages/COVID19report.aspx>.

- Pérez de Armiño, M. 2011. «¿Más allá de la seguridad humana? Desafíos y aportes de los Estudios Críticos de Seguridad», en *Cursos de Derecho Internacional y de Relaciones Internacionales de Vitoria-Gasteiz*. Madrid: Tecnos.
- Pérez Vera, R. 2021. «Segundo Informe. Una aproximación al debate del derecho de salud de crisis», en *Documento de trabajo. DIRAJus*.
- Rivera, J.M. 2020. *Tensiones de los derechos fundamentales en los tiempos del Covid-19*. Disponible en: <https://dialogoderechoshumanos.com/blog/36-ciclo-grupo-constitucional/735-las-tensiones-de-los-derechos-fundamentales-en-los-tiempos-del-covid-19>.
- Rolnik, M. 2004. «El Sistema de Procedimientos Especiales de la ONU está “controlado para que no surta efecto» (Entrevista), en *SUR. Revista Internacional de Derechos Humanos*, 11(20). Edición conmemorativa dos dereitos humanos en movemento.
- The Lancet Global Health. 2020. «Decolonising COVID-19», en *Editorial The Lancet Global Health*, 8. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30134-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30134-0/fulltext).
- Weir, L. 2014. «Inventing Global Health Security, 1994–2005», en S. Rushton e J Youde (eds.), *Routledge Handbook of Global Health Security*. Londres: Routledge. Disponible en: <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9780203078563.ch2>.
- Yamin, A. 2021. «¿Puede un ejercicio legislativo pandémico promover la justicia sanitaria mundial?», en *Bill of Health*, 4 de noviembre. Disponible: <https://blog.petrieflom.law.harvard.edu/2021/11/04/pandemic-lawmaking-global-health-justice/>.

Lexislación citada

- Regulamento Sanitario Internacional (RSI, 2005, terceira edición). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=164C099CD5E21ED0C1B76D9DA87A772E?sequence=1>.
- Resolución WHA 58.3.1. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=164C099CD5E21ED0C1B76D9DA87A772E?sequence=1>.
- CD 58/INF/1. OMS, Aplicación del RSI (2 de setembro de 2020). Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd58inf1-aplicacion-reglamento-sanitario-internacionapdf;jsessionid=164C099CD5E21ED0C1B76D9DA87A772E?sequence=1>.
- Resolución WHA 58.3.1. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=164C099CD5E21ED0C1B76D9DA87A772E?sequence=1>.
- CD 58/INF/1. OMS, Aplicación del RSI (2 de setembro de 2020). Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd58inf1-aplicacion-reglamento-sanitario-internacional>.

NOTAS

- 1 Pérez Vera, 2021.
- 2 Regulamento Sanitario Internacional, 2005.

- 3 OMS, 2021.
- 4 OMS, 2020.
- 5 OMS, 2020. CDS8/INF/I: 7.
- 6 Creouse o Órgano de Negociación Intergubernamental por parte da Asemblea Mundial extraordinaria da saúde mundial da OMS (novembro de 2021) co obxectivo de "*redactar e negociar un convenio, acordo ou outro instrumento internacional da OMS sobre prevención, preparación e resposta ante pandemias*", de cara á Asemblea Mundial de 2024. Estará dirixido por Roland Driece de Holanda e Precious Matsoso de Sudáfrica (AMS/22).
- 7 Echegoyemberry, 2022.
- 8 Ahrens, 2021.
- 9 ESPIL: é un evento extraordinario que, de conformidade co RSI 2005, se determinou que constitúe un risco para a saúde pública doutros Estados a causa da propagación internacional dunha enfermidade, e podería exixir unha resposta internacional coordinada.
- 10 Ahrens, 2021: 7.
- 11 Así, por exemplo, Estados Unidos reservou para si o dereito de asumir as obrigas emanadas do RSI baseándose nos principios do federalismo. Segundo o sinalado por Irán, as reservas formuladas por Estados Unidos resultan incompatibles co obxectivo e a finalidade do RSI, socavan as bases do RSI ao establecer un criterio selectivo de aplicación do instrumento, polo que propón que non se consideren xuridicamente vinculantes as reservas e os dous entendementos (federalismo e en relación coa intervención das forzas armadas) formulados polo Goberno de Estados Unidos (RSI, 2005: 79-80). Estados Unidos realizou un terceiro entendemento en relación con que o RSI non crea dereitos individuais que poidan impor coercitivamente por vía xurídica.
- 12 Os Estados partes reconecen que o RSI e demais acordos internacionais pertinentes deben interpretarse de forma que sexan compatibles. As disposicións do RSI non afectarán aos dereitos e obrigas de ningún Estado parte que deriven doutros acordos internacionais.
- 13 Ahrens, 2021: 59.
- 14 Basile, 2020.
- 15 Pérez Vera, 2021.
- 16 Basile, 2020: 23.
- 17 Pérez Vera, 2021.
- 18 Pérez Vera, 2021.
- 19 Basile, 2020; Basile, 2021; Pérez Vera, 2021.
- 20 Pérez Vera, 2021.
- 21 Basile, 2020.
- 22 ACIJ, 2020.
- 23 CEJA, 2020; ACIJ, 2020.
- 24 García Mejía, 2020.
- 25 García Mejía, 2020.
- 26 Arellano, Cora, García e Sucunza, 2020.
- 27 ACIJ, 2020.
- 28 Basile, 2021.
- 29 Basile, 2021.
- 30 Orozco Restrepo, 2006; Pérez de Armiño, 2011.
- 31 Alé, 2021.
- 32 Alé, 2021.
- 33 A Asemblea Xeral das Nacións Unidas, na Proclamación de Teherán, afirma que todos os dereitos humanos e liberdades fundamentais son indivisibles e interdependentes; deberá prestarse a mesma atención e urxente consideración tanto á aplicación, promoción e protección dos dereitos civís e políticos como aos dereitos económicos, sociais e culturais (Resolución 32/130, AX 16/12/I 977). Tamén igual criterio se estableceu na Resolución 39/145 (AX. 14/II/I 984), na que se dispón que "a promoción e a protección dunha categoría de dereitos non debería xamais eximir ou dispensar os Estados da promoción e protección dos outros"
- 34 Alé, 2021.
- 35 Rivera, 2020.
- 36 Rivera, 2020.
- 37 Alé, 2021: 384.
- 38 ONU, 2020.
- 39 Basile, 2020.
- 40 Basile, 2020.
- 41 Díez Cuevas, 2016: 201.
- 42 Ver a investigación realizada sobre as noticias durante a pandemia en Brasil. Atoparon 329 noticias falsas relacionadas coa pandemia de COVID-19, das cales 76 foron xeradas polo propio Ministerio de Saúde de Brasil. Esas noticias divulgáronse principalmente por medio de WhatsApp e Facebook. As categorías temáticas máis frecuentes foron política (por exemplo, falsificación da vacina contra a COVID-19 polos gobernantes, 20,1%), epidemioloxía e estatística (proporción de casos e mortes, 19,5%) e prevención (16,1%).
- 43 Basile, 2020: 28.
- 44 DPLF, 2020.
- 45 Basile, 2020.
- 46 Basile, 2021.
- 47 Basile, 2021.
- 48 Basile, 2021.
- 49 Basile, 2020.
- 50 Díez Cuevas, 2016; Nye, 2003.
- 51 Nye, 2003.
- 52 Weir, 2014.
- 53 Pérez Vera, 2021.
- 54 Weir, 2014.
- 55 Weir, 2014.
- 56 OMS, 2007.
- 57 Pérez Vera, 2021: 13.
- 58 *The Lancet Global Health*, 2020.
- 59 Honigsbaum, 2017.

- 60 Ver: Documento de Montevideo (2005), Consideracións e Consensos entre Arxentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguai, Perú, Uruguai e Venezuela con respecto ao Documento A / IHR / IGWG / 2/2, do 24 de xaneiro de 2005 (revisión e aprobación das emendas propostas ao RSI - proposta da Presidencia).
- 61 RSI, 2005.
- 62 Basile, 2021.
- 63 En relación con esta posición, pode sinalarse o mencionado polo Comité de Exame: *“os fallos da resposta ao ébola débéronse (sic) a defectos do RSI en si mesmo, senón a deficiencias na súa aplicación (...) O RSI segue sendo un importante e valioso marco xurídico internacional que vertebrará calquera resposta futura a unha ameaza para a saúde pública. O comité concluíu que non é necesario modificar o RSI”* (CD58/inf/1:9).
- 64 Gostin e Taylor, 2008.
- 65 Cómpre sinalar que existe unha diferenza entre a declaración de emerxencia e pandemia. Para a determinación dunha emerxencia de saúde pública de importancia internacional, aplícase o artigo 12, pto. 4. do RSI; e tense en conta: 1) a información proporcionada polos Estados; 2) os instrumentos de decisións (anexo 2, RSI); 3), a opinión do comité de emerxencia que se constitúe para o efecto; 4) os principios científicos; e 5) a avaliación do risco para a saúde humana, do risco de propagación internacional e do risco de trabas para o tráfico internacional.
- 66 Documento de traballo dos servizos da comisión relativo ás leccións aprendidas coa pandemia de gripe N1H1 e á seguridade sanitaria na Unión Europea. SEC (2010) 1440. Comisión Europea, Bruxelas, 18 de novembro de 2010, 2-3.
- 67 OMS, 2009.
- 68 Díez Cuevas, 2016.
- 69 Basile, 2020.
- 70 Díez Cuevas, 2016.
- 71 Madies, 2017.
- 72 OMS, 2020.
- 73 Actualmente, 2021, non se pode acceder aos informes técnicos de cada un dos países, non están nos anexos do informe elaborado pola OMS nin en plataformas dixitais, o que fala de certa opacidade e falta de transparencia que impide o control e análise. Pola súa vez, non existe un mecanismo lexislativo de aprobación previa dos informes por parte dos países que reportan de xeito voluntario.
- 74 Dentro do RSI existen compromisos de cumprimento obrigatorio como a presentación do informe sobre capacidades básicas e accións de cumprimento voluntarias (exame, simulacros, avaliación externa).
- 75 Ver mapa interactivo por país da OMS. Mortalidade por COVID-19. Dispoñible en: <https://www.who.int/countries/arg/>.
- 76 Os informes dos países non resultan coherentes. Véxase Hoffman, 2014: 239-251; Commission on a Global Health Risk Framework for the Future, 2016.
- 77 En datos abertos atópase a información por país que permite a comparación das medias das avaliacións (2010-2017). Pero non contén os informes que remitiron os países. Dispoñible en: https://gamapserv.who.int/gho/interactive_charts/ihr/monitoring/atlas.html.
- 78 Segundo CEPAL (2020), só Nicaragua e México non impuxeron restricións ou prohibición de entrada de viaxeiros estranxeiros (incluída a corentena). Dispoñible en: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1dFATLoa8ZAgT01RBYf9WKlaoAQCdgl5qS9rEahYGfEY/edit#gid=106608522>.
- 79 A Universidade de Oxford presenta indicadores para medir o tipo de medida implementada e realiza un *ranking* de rigor normativo (*stringency index*). Honduras, Arxentina e Perú lideran o índice de rigor normativo. Ver Maceira, 2020.
- 80 Ver restricións aos dereitos da liberdade de expresión e información nas respostas estatais. Dispoñible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/comunicado/cp-27-2020.html>. CIDH, Relatoría especial para a liberdade de expresión, Comunicado de prensa R78/20, “CIDH e o seu RELE expresan preocupación polas restricións á liberdade de expresión e o acceso á información na resposta de Estados”.
- 81 Basile, 2020.
- 82 Países analizados na enquisa sobre situación de acceso á xustiza: Arxentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguai, Perú, República Dominicana, Uruguai, Venezuela.
- 83 ACIJ, 2020.
- 84 ACIJ, 2020.
- 85 CEPAL, 2020.
- 86 Yamin, 2021: 405.
- 87 Consideráanse medicamentos esenciais os medicamentos que cobren as necesidades de atención de saúde prioritarias da poboación. A súa selección faise atendendo á prevalencia das enfermidades e á súa seguridade, eficacia e custo-eficacia comparativa. Preténdese que, no contexto dos sistemas de saúde existentes, os medicamentos esenciais estean dispoñibles en todo momento, en cantidades suficientes, nas formas farmacéuticas apropiadas, cunha calidade garantida e a un prezo accesible para as persoas e para a comunidade. Dispoñible en: <https://www.paho.org/es/documentos/22a-lista-modelo-oms-medicamentos-esenciales-ingles>.
- 88 Pode observarse a situación de inmunización contra o COVID-19 na rexión por países segundo a cantidade de dose e o tipo de vacina. Dispoñible en: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion-es.asp.
- 89 Deberían establecerse sistemas de alertas e chamadas de atención internacional fronte á regresión orzamentaria como a operada en Arxentina durante 2015-2018. Así, reduciuse o 56% destinado a previr enfermidades endémicas, o 20% destinado a hospitais nacionais, subexecútase a maioría das partidas (ACIJ); 2019, CELS; 2019). Ademais, xeráronse faltantes de vacinas do calendario oficial e discontinuidade de programas (CELS, 2019). Ver Programa 20 de Prevención e Control de Enfermidades Inmunoprevenibles –en 2018 a subexecución en relación con persoas vacinadas é do 74% do orzamento, sendo a vacinación un dos piares fundamentais da saúde pública con grande impacto na garantía de dereitos–; Programa 22 Loita Contra a sida e Enfermidades de Transmisión Sexual e Infectocontaxiosas –en 2017 redúcese o orzamento orixinal e ademais subexecútase ata un 31% do orzamento orixinal–, no caso de subministración de tratamento para hepatite viral en 2017 subexecútase o 52%; Programa 26 de Políticas Alimentarias; Programa 37 de Prevención e control de enfermidades endémicas; Programa 44 de Accións para a promoción e protección integral dos dereitos de nenos, nenos e adolescentes. Ver informe Análise dos desvíos orzamentarios e as súas explicacións. Propostas para mellorar a transparencia e a rendición de contas. Orzamento, ACIJ (2019). Pola súa vez, podemos mencionar que se interrompeu a produción nacional da vacina (candid 1) para a febre hemorráxica arxentina que producía o Instituto Nacional de Enfermidades Virales Humanas Dr. Julio I. Maiztegui, único produtor mundial. As sociedades científicas (SAVE), a Honorable Cámara de Deputados da Nación (Expediente 3096-D-2019), o Concello Deliberante Local e outras organizacións da sociedade civil (CELS) reaccionaron con preocupación pola grave decisión de interromper a produción desta vacina. Na actualidade (2021) reverteuse esta medida, incrementouse o orzamento e potenciouse o laboratorio para a produción mesmo da vacina contra o COVID-19. Non obstante, cando analizamos a autoavaliación de capacidades que realiza Arxentina no ano 2018 non se mencionan estas drásticas medidas económicas que poden ter impacto na emerxencia de epidemias.
- 90 Basile, 2020.
- 91 Díez Cuevas, 2016: 17.

- 92 Díez Cuevas, 2016.
- 93 Díez Cuevas, 2016.
- 94 As alianzas público-privadas foron definidas como “relacións de colaboración, que transcenden as fronteiras nacionais, reunindo polo menos dúas partes, unha empresa ou unha asociación de empresas e unha organización intergubernamental, para alcanzar un obxectivo que favorece a saúde sobre a base dunha repartición de tarefas convida de común acordo e definido con precisión. Logo, elabórase un Marco de Compromiso cos actores non estatais. Framework of engagement with non-State actors: FENSA (2016). Dispoñible en: https://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/A69_R10-FENSA-en.pdf.
- 95 Díez Cuevas, 2016.
- 96 Kingsbury, Krisch e Stewart, 2010.
- 97 Kingsbury, Krisch e Stewart, 2010
- 98 Pérez Vera (cp., xaneiro, 2021)
- 99 Ahrens, cp., xaneiro, 2021.
- 100 Ahrens, cp., xaneiro, 2021.
- 101 Ahrens, cp., xaneiro, 2021.
- 102 Ahrens, cp., xaneiro, 2021.
- 103 Ahrens, cp., xaneiro, 2021.
- 104 Kingsbury, Krisch e Stewart, 2010: 18.
- 105 Basile, 2021.
- 106 Brown, 2017.
- 107 Basile, 2021.
- 108 Basile, 2021.
- 109 Basile, 2021.
- 110 Basile, 2020.
- 111 Yamin, 2021.
- 112 Gándara Carballido, 2013: 5.
- 113 Herrera Flores, 2008.
- 114 Gándara Carballido, 2013: 157.
- 115 Gándara Carballido, 2013:156
- 116 Gándara Carballido, 2013.
- 117 Foucault, 1990.
- 118 Herrera Flores, 2008: 32 e 143.
- 119 Medina, 2010.
- 120 Medina, 2010: 140.
- 121 Herrera Flores, 2001: 15.
- 122 Álvarez Icaza, 2014.
- 123 Hopgood, 2004.
- 124 Rolnik, 2004.
- 125 Moyn, 2004.
- 126 Esta é a orientación que o Tribunal Europeo de Dereitos Humanos deu á interpretación do artigo 1 do Protocolo do Convenio Europeo de DH. Así queda protexido o dereito á propiedade intelectual das empresas, aspecto central en materia de patentes dos recursos críticos en saúde (remedios, vacinas, tecnoloxía sanitaria).
- 127 ONU, 2017.
- 128 Moyn, 2004.
- 129 Gándara Carballido, 2013.