
CONSIDERACIONES SOBRE LA INICIATIVA POR UNA CONVENCIÓN MARCO DE SALUD GLOBAL

*Carolina María TAMAGNINI**

Fecha de recepción: 9 de noviembre de 2014

Fecha de aprobación: 22 de noviembre de 2014

Resumen

La iniciativa por una Convención Marco de Salud Global se encuentra en agenda de sectores académicos y de la sociedad civil especializados en el derecho a la salud. A partir de las dificultades que existen para el acceso a servicios de salud de calidad, se propone legislar aspectos relacionados a esta cuestión, a los fines de mejorar esta situación. En el presente trabajo se hace una aproximación a las potencialidades y limitaciones de la Convención Marco de Salud Global, la cual comprende a sus antecedentes, sus puntos más salientes y las críticas que ha levantado.

Palabras Clave

Convención Marco de Salud Global (CMSG) – Derecho a la salud – Servicios de salud

Abstract

The initiative for a Framework Convention on Global Health (FCGH) is on the agenda of several academics and the civil society specialized on the right to health. Based on the difficulties regarding the access to health services, the FCGH would legislate aspects related to the right to health in order to improve that situation. The aim of this paper is to make an approach to the opportunities and the limitations of the Framework Convention on Global Health, and it is accomplished by referring to its precedents, by exposing its key aspects, as well as the critics it suffered by the academic community.

* Estudiante avanzada de la Licenciatura en Relaciones Internacionales de la UNIVERSIDAD SIGLO 21 (Argentina). Integrante del área de Derechos Humanos de FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS SUSTENTABLES (FUNDEPS). Correo electrónico de contacto: carotamagnini@fundeps.org.

TAMAGNINI, C. (2014) “Consideraciones sobre la iniciativa por una Convención Marco...”, pp. 164-175.

Keywords

Framework Convention on Global Health (FCGH) – Right to health – Health services

I. Introducción

Las dificultades que tienen las poblaciones alrededor del mundo para el efectivo cumplimiento del derecho a la salud se deben, por un lado, a las disparidades entre los países –donde algunos tienen más recursos y mejor infraestructura, mientras que pocas posibilidades para satisfacer los requerimientos mínimos de salud pública para sus habitantes– y, por otro, las disparidades en el interior de los países. Esto puede deberse a cuestiones socioeconómicas –por ejemplo, la escasez de hospitales públicos para sectores más vulnerables– o a prácticas deliberadamente discriminatorias como la exclusión de personas pertenecientes a determinadas colectivos –*e.g.* personas con discapacidades, lesbianas, gays, bisexuales y travestis (LGBT).¹ Otro motivo que dificulta el cumplimiento efectivo del derecho a la salud son las deficiencias en la regulación a nivel internacional, que la dejan totalmente librada a instancias nacionales. Asimismo, hay otros factores que constriñen el acceso a la salud, tales como los poderosos intereses comerciales y políticos, los tratados de inversiones y de comercio –que impiden el acceso abierto a las medicinas–, cambio climático, extracción de recursos naturales y contaminación, entre otros.²

En este contexto, se crea la coalición ACCIÓN CONJUNTA E INICIATIVA DE APRENDIZAJE SOBRE LAS RESPONSABILIDADES NACIONALES Y GLOBALES PARA LA SALUD (en adelante, “JALI”, por sus siglas en inglés), que promueve y apoya la adopción de una Convención Marco de Salud Global (en adelante “CMSG”). La convención se basa en el derecho a la salud, concebido como derecho humano, y busca cerrar de las brechas existentes en los países y a nivel global, con el fin de que las posibilidades de las persona no estén determinadas por su contexto, y que la salud sea tratada como un derecho humano en vez que como un *commodity*.³ Este derecho humano a la salud consiste en el derecho a gozar del grado máximo de salud posible. Implica el desplazamiento de un paradigma economicista de la

¹ Sigla que se utiliza para hacer referencia a las personas lesbianas, gais, bisexuales y transexuales.

² JALI (2014) “Platform for a Framework Convention on Global Health: Realizing the Universal Right to Health”, consultado en [<http://jalihealth.org/documents/platform-for-an-fcgh-march-2014-full-4-7-14.pdf>] el 24.10.2014.

³ JALI (2012) “Manifiesto on Global Health Justice and the Framework Convention on Global Health”, consultado en [<http://www.jalihealth.org/documents/manifiesto.pdf>] el 24.10.2014.

salud, para pasar a sistemas de salud de calidad que sean accesibles para todas las personas, independientemente su condición socioeconómica o cualquier otro factor. En este sentido, también el derecho a la salud es entendido holísticamente, abarcando determinantes como el acceso al agua potable, la higiene, alimentación nutritiva, educación, etc.

Esta iniciativa es una ambiciosa apuesta para reglamentar aspectos básicos del derecho a la salud. No obstante, como todo tratado internacional tendrá múltiples obstáculos a la hora de ser negociado y al momento de hacerlo cumplir. En consecuencia, es relevante examinar los pros y contras de esta iniciativa cuando aún es incipiente. A los fines de este trabajo, se hará una aproximación a en qué consistiría la CMSG, así como una evaluación tanto de los aspectos positivos de un potencial convenio como de sus limitaciones. El objetivo principal es, entonces, analizar las potencialidades de la CMSG, así como los posibles dificultades en el cumplimiento lo que esta propone. Para ello, se tomaron datos obtenidos de documentos, declaraciones y artículos escritos por los propios impulsores de la CMSG, así como trabajos de académicos que critican a la iniciativa.

II. Antecedentes

Para comenzar, es necesario hacer una breve referencia a la legislación en materia de derecho a la salud vigente a nivel internacional. Los antecedentes que tiene esta iniciativa son encontrados en la legislación internacional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (en adelante, "OMS").

Además del tratado constitutivo de la OMS, se puede mencionar también dos tratados específicos. En primer lugar, el Reglamento Sanitario Internacional, elaborado para hacer frente a emergencias de salud pública de interés internacional como, por ejemplo, la gripe. La gran deficiencia de este tratado es que no incluye a enfermedades infecciosas causantes de muchas muertes –SIDA, malaria o tuberculosis– o las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan principalmente a los países más desarrollados –cáncer, enfermedades cardiovasculares o diabetes– (GOSTIN y FRIEDMAN, 2013). El segundo antecedente es el Convenio Marco de Control del Tabaco, orientado a reducir la causa de enfermedades y muertes prevenibles ocasionadas por cuestiones relativas al consumo de tabaco. Su principal objetivo es "proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales y ambientales del consumo del tabaco y de la exposición al humo" (art. 3). Este convenio ha

TAMAGNINI, C. (2014) "Consideraciones sobre la iniciativa por una Convención Marco...", pp. 164-175.

proporcionado el marco para que los Estados apliquen en diferentes niveles –nacional, regional o internacional–, medidas de control de tabaco, para reducir así las enfermedades, mortalidad y discapacidad prematura que pudiera generar el consumo y la exposición al humo.

Sin embargo, tanto el Reglamento Sanitario Internacional como el Convenio Marco de Control del Tabaco carecen de regímenes sólidos de *accountability* y mecanismos consolidados que mejoren las capacidades de los países en desarrollo para responder a emergencias sanitarias o para tomar medidas de control de tabaco, respectivamente (GOSTIN y FRIEDMAN, 2013). Esto explicaría en cierta medida, la necesidad de un tratado más amplio, que subsane esas faltas y aporte nuevas herramientas para que los Estados puedan efectivizar el cumplimiento de sus compromisos.

Por esto, se crea la JALI, una coalición liderada por la sociedad civil que abarca comunidades, gobiernos, organismos multilaterales, académicos, trabajadores de la salud, fundaciones y empresas,⁴ que impulsa un nuevo tratado más amplio y que tenga en cuenta las deficiencias de los antecedentes anteriores.⁵ La CMSG posee la ventaja de corregir los errores de sus antecedentes, pero corre otros riesgos debido a la amplitud y al alcance que se pretende que tenga.

III. ¿Qué implicaría la CMSG?

Basada en la información disponible en los documentos elaborados por JALI y académicos que la promueven, se puede hacer una primera aproximación a los temas que se proyecta incluir. Entre los puntos que abarcaría están la universalidad y la equidad de los sistemas de salud, determinantes sociales de la salud, el financiamiento de los sistemas universales de salud y de los determinantes sociales, derechos humanos y cumplimiento de la CMSG.⁶

A) Sistemas de salud equitativos y universales

En primer lugar, la universalidad de los sistemas de salud se propone a partir de que el acceso aquéllos suele estar condicionado por la riqueza de la persona, entre otros

4 Cfr. [<http://www.jalihealth.org/about/index.html>] consultado en el 24.10.2014.

5 Cfr. [<http://www.globalhealthtreaty.org/about-us/who-we-are/>] consultado en 27.10.2014

6 Ver nota al pie 2.

factores. Esta situación es injusta y la CMSG dispondría que la cobertura no esté limitada a un conjunto de servicios básicos o constreñidos por la escasez de recursos.⁷ En este sentido, no sólo existen brechas entre países *pobres* y *ricos*, sino que las disparidades ligadas a la vulnerabilidad socio-económica que se observan al interior de los Estados, tanto en los países más desarrollados, como en los emergentes y, especialmente, aquellos con pocos recursos (GOSTIN y FRIEDMAN, 2013). La CMSG podría definir estándares de salud global y procesos participativos que los traduzcan en sistemas de salud inclusivos, equitativos y universales, a nivel nacional y local.⁸ Éstos estarían orientados de manera tal que los Estados puedan avanzar en este aspecto, siempre de conformidad a sus prioridades locales, procesos y capacidades.⁹

La fortaleza de este aspecto deriva de la legislación de obligaciones mínimas que todos los Estados tendrían respecto a la prestación de servicios sanitarios. Esto evitaría que el derecho a la salud quede completamente librado a instancias nacionales y, por ende, que se lleven adelante prácticas que menoscaben el acceso de determinados sectores a servicios de salud de calidad, sin ningún tipo de consecuencia para el Estado.

En este punto, existiría cierto margen para las diversidades nacionales y regionales, que pueden ser legisladas en posteriores protocolos. Algunos estándares deberían ser refinados a nivel local por medio de procesos participativos y equitativos, que permitan a la comunidad apropiarse de las herramientas brindadas por la CMSG (GOSTIN y FRIEDMAN, 2013). Los estándares a adoptarse deberán ser lo suficientemente amplios como para que se puedan adaptar a las diferencias regionales y nacionales, pero sin ser excesivamente laxos. Lo relevante sería reconocer que la universalidad para todos los estándares es contraproducente, porque no se podría adaptar a todos los contextos de igual manera.

B) Determinantes de la salud

A partir del entendimiento de que la salud de las personas está amenazada por factores como el cambio climático, la inseguridad alimentaria, la carencia de agua, las

⁷ Idem.

⁸ JALI (2013) "Platform of the Campaign for a Framework Convention on Global Health Draft" [<http://www.jalihealth.org/documents/Framework.pdf>] el 26.10.2014.

⁹ Idem.

TAMAGNINI, C. (2014) "Consideraciones sobre la iniciativa por una Convención Marco...", pp. 164-175.

medicinas y vacunas muy costosas, las corporaciones transnacionales y el comercio internacional, los redactores de la convención no podrían omitir estos aspectos. De este modo, la CMSG podría definir las obligaciones internacionales respecto a la salud en todas las esferas que la influyan.¹⁰ A su vez, deberían establecerse los principios y los mandatos en los diversos sectores que favorezcan a los determinantes de la salud, como la educación y la vivienda.¹¹ Dada esta multiplicidad de variables, la CMSG se propone regular el derecho a la salud de manera amplia, incluyendo determinantes como la comida nutritiva, agua segura, higiene, sanidad, trabajadores de la salud, así como investigación y desarrollo.¹² El tratado, por lo tanto, debería ser transversal, incluir a los mayores determinantes de la salud, o bien deberán adoptarse, posteriormente, protocolos específicos. Una concepción holística de la salud posee la ventaja de atender no sólo a la atención de las personas en sistemas sanitarios, sino que abarca también cuestiones estrechamente relacionadas a la prevención de enfermedades y a una mejor calidad de vida. Esto lleva a preguntarse cómo se solventarían los sistemas de salud de calidad y universales. Los estándares que se pretenden consagrar implicarían la necesidad de un financiamiento eficaz y transparente.

C) Financiamiento

Según sus proponentes, la CMSG puede establecer claras responsabilidades nacionales e internacionales en materia de financiamiento, además de empoderar a los Estados para movilizar el financiamiento, asegurado su equitativa distribución. El tratado puede regular a su vez la *accountability* a nivel país y comunitario por la provisión de un marco para el correcto seguimiento del presupuesto.¹³ El control del financiamiento y la transparencia son puntos fundamentales para el cumplimiento del derecho a la salud, teniendo en cuenta que los proyectos financiados en materia de salud, suelen ser un ámbito donde la corrupción está presente. No sólo es necesario que las políticas estén adecuadamente concebidas y efectivamente implementadas, sino que el dinero debe ser bien gastado. Con la regulación de este aspecto, se puede evitar que los funcionarios se beneficien económicamente del financiamiento externo (GOSTIN y FRIEDMAN, 2013).

¹⁰ Ver nota al pie 3.

¹¹ Ver nota al pie 2.

¹² Ver nota al pie 8.

¹³ Ver nota al pie 2.

En este punto, es importante también el cambio de paradigma del financiamiento para el derecho a la salud como una ayuda, que deriva en entenderlo en como una cuestión de *caridad*, presuponiendo una relación desigual entre el lado benefactor y el dependiente. Asimismo, los donantes definen el monto, así como los proyectos que serán financiados.

Un modo de desplazarse de este paradigma es la cooperación Sur-Sur (GOSTIN y FRIEDMAN, 2013). El financiamiento bajo este paradigma puede ser un gran desincentivo para los países que tradicionalmente ocupan el rol de donantes, debido a que implicaría más gastos. Los países de bajos ingresos pueden verse disuadidos si consideran que será difícil solventar los derechos reconocidos. Es por esto que la CMSG tiene el podría plantear una nueva forma de financiamiento para el desarrollo (SMYTH y TRIPONEL, 2013). Al mismo tiempo, podría otorgar mayor previsibilidad para los países que serán destinatarios de financiamiento, que dependen de los intereses geopolíticos de los donantes y las tendencias macroeconómicas a la hora de recibir fondos (GOSTIN y FRIEDMAN, 2013).

La correcta y oportuna regulación del financiamiento será fundamental para que se hagan efectivos los objetivos de la CMSG. Por un lado, porque al ser ambiciosa la iniciativa, requerirá de una significativa inversión de fondos alrededor del mundo. Pero aún más importante, porque se aspira a que sea sostenible en el tiempo, por lo que el financiamiento debería ser un elemento constante, que no dependa exclusivamente de la voluntad de los donantes.

D) La salud como derecho humano

Otro aspecto que la CMSG podría regular es el reconocimiento explícito del derecho humano a la salud y la definición de las responsabilidades estatales para con sus habitantes, bajo el principio de equidad, independientemente del sexo, raza, nacionalidad, etnia, religión, edad, orientación sexual, identidad o expresión de género de la persona; y de su estatus socioeconómico o migratorio; o de las discapacidades o enfermedades de la misma. Para el efectivo cumplimiento del derecho a la salud, es esencial remover las barreras legales, políticas y prácticas que la menoscaban, así como las prácticas discriminatorias. De esta manera, se aseguraría el acceso igualitario a servicios sanitarios de buena calidad, asegurando accesibilidad física y un tratamiento digno. Este elemento

TAMAGNINI, C. (2014) "Consideraciones sobre la iniciativa por una Convención Marco...", pp. 164-175.

debe complementarse necesariamente con el empoderamiento de las poblaciones, para que puedan reclamar por su derecho a la salud y otros derechos.¹⁴

La CMSG daría herramientas a aquellas personas y a los sectores de la sociedad civil que luchan por el reconocimiento del derecho a la salud, por los derechos humanos y a otros movimientos de justicia social, al complementar las campañas locales y, por sobre todo, por erigirse como una base legal vinculante a la cual se puede apelar.¹⁵ El derecho a la salud no puede estar supeditado a otros regímenes legales, como los de comercio o inversiones (GOSTIN y FRIEDMAN, 2013). La CMSG podría evitar este avasallamiento con la incorporación del derecho a la salud a los procesos de toma de decisiones y la prohibición de su violación por la aplicación de otros regímenes normativos.

De esta manera, es una propuesta sumamente relevante proponer a la salud como derecho humano antes que como un servicio del cual se obtiene un rédito económico. Debates como la responsabilidad de las farmacéuticas o de los empresarios ligados a los sistemas de salud podrían ser superados si se legislara que la salud es un derecho humano y, como tal, que prima sobre los intereses de los actores privados. Asimismo, los Estados que ejercen prácticas discriminatorias en la prestación de sus servicios públicos de salud podrían ser denunciados y sancionados.

D) Cumplimiento de la CMSG

El alcance de la CMSG como legislación internacional en materia del derecho a la salud dependería de varios factores, principalmente de la ratificación por parte de los Estados y de los posteriores procesos del control del cumplimiento. No obstante, la CMSG es una potencial catalizadora la gobernanza global, que mejoraría la adhesión a acuerdos y compromisos en materia de salud.

Si bien todos los gobiernos reconocen los derechos humanos y al derecho a la salud en sus leyes o adhieren a la normativa internacional que lo contemplan, aún fallan en el cumplimiento de sus obligaciones.¹⁶ Así como sus antecedentes, la CMSG puede tener resultados positivos para la salud global. A diferencia de éstos, puede aportar a que los

¹⁴ Ver nota al pie 2.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Ver nota al pie 3.

países tengan mayor capacidad científica, legal y técnica para salvaguardar la salud de su población, por medio del establecimiento de estándares ejecutables y estipulaciones concretas respecto a la *accountability*, que requerirá la participación de la sociedad civil (GOSTIN y FRIEDMAN, 2013). A tal fin también serán necesarios indicadores, cronogramas, objetivos y cotas de referencia.¹⁷

Los mecanismos de control son vitales para el cumplimiento de los objetivos que se proponen los promotores de la CMSG. En este aspecto, deberán incluirse no sólo actores de la sociedad civil, sino de los propios Estados e instancias internacionales. Sin embargo, cabe cuestionarse de qué modo afectaría a los Estados el incumplimiento de sus obligaciones, teniendo en cuenta que convenios marcos previos han tenido deficiencias en este punto y, en el caso de la CMSG, no existen propuestas concretas respecto a cómo mejorar este aspecto.

IV. Posibles obstáculos de la CMSG

Los temas mencionados anteriormente, a la vez que constituyen oportunidades, conllevan también múltiples desafíos que la CMSG y sus promotores deberán atravesar en el proceso de negociación y ratificación, al mismo tiempo que se pueden presentar inconvenientes en su cumplimiento.

El primer freno para la adopción de la CMSG sería el financiamiento. No sólo es costoso en términos logísticos la redacción de un tratado –porque requiere traslado de funcionarios y múltiples reuniones–, sino que esta convención implicaría el cumplimiento de obligaciones financieras, que difícilmente pueden exigirse fuera de los instrumentos multilaterales y las organizaciones internacionales intergubernamentales. Por su parte, también tendría una influencia significativa en los presupuestos nacionales de los países que la ratifiquen, lo cual puede resultar contraproducente para algunos Estados y un desincentivo para su ratificación. Estándares más laxos y mayor margen para la realización de posteriores protocolos también implicaría un costo económico considerable (HOFFMAN y ROTTINGEN, 2013).

El proceso de adhesión a una norma de derecho internacional público como la CMSG tiene un costo político y económico. Inclusive, este marco legal podría interferir con

¹⁷ Ver nota al pie 2.

TAMAGNINI, C. (2014) "Consideraciones sobre la iniciativa por una Convención Marco...", pp. 164-175.

otros vigentes y socavar iniciativas en materia de derechos humanos y derecho a la salud de la actualidad. Por otro lado, el sistema legal internacional es constantemente desafiado, a la vez que las múltiples trabas para el acceso a la justicia en los países podrían impedir el reclamo efectivo ante los tribunales, cuando se incumplieren los derechos consagrados (HOFFMAN y ROTTINGEN, 2013). Nada de lo propuesto por la CMSG será posible sin la ratificación por parte de los Estados de la CMSG y su posterior incorporación a las leyes domésticas. Para que los Estados se comprometan, es necesario un acuerdo político, y el logro del mismo consiste en una tarea ardua. A su vez, hay que tener en cuenta que si bien los Estados podrían adherir al CMSG, también podrían no ratificar posteriores protocolos, lo cual también dejaría sin efecto determinados aspectos de la iniciativa de la CMSG.

Los principios, prioridades y estándares que se consagren pueden ser un punto débil de la CMSG, en principio, porque podrían petrificar cuestiones que son relevantes en la coyuntura contemporánea pero pudieran no ser válidas para el futuro, ya que la reforma de las convenciones internacionales constituye una tarea muy compleja. Asimismo, según HOFFMAN y ROTTINGEN (2013) se corre el riesgo de imponer valores extranjeros a países con menor peso en las negociaciones. Esto se traduce en que tendrían que cumplir con metas definidas externamente por países más poderosos, que tradicionalmente lideran las negociaciones de los tratados internacionales. El cumplimiento de los compromisos asumidos podría verse comprometido en los países menos desarrollados, por la limitación de los recursos disponibles, y en ocasiones estos podrían significar el abandono de iniciativas locales, más apropiadas al contexto y menos costosas.

Según plantean sus impulsores, los procesos de la CMSG serían llevados adelante dentro del marco de la OMS. Esto alentaría a la innovación institucional, pero también podría derivar en que los mecanismos de la CMSG adquieran muchos de los vicios que la OMS actualmente tiene –e.g. exceso de burocracia, falta de recursos, autoridad, independencia o imparcialidad para cumplir con sus mandatos– (HOFFMAN y ROTTINGEN, 2013). Sin embargo, esquivar la estructura de la OMS para la realización de la CMSG sería una opción poco viable para la redacción de un tratado internacional que se pretende universal, ya que 194 Estados son miembros de la organización.

Por último, los autores plantean su escepticismo respecto al énfasis que se le pone a la sociedad civil desde JALI. Su argumento radica en que los sectores afectados por el tratado o que ven vulnerados sistemáticamente su derecho a la salud podrían no estar representados en las organizaciones de la sociedad civil que intervengan en el proceso de

la CMSG, dado que los actores no estatales, en muchos casos, están financiados, controlados y operados por las “personas más privilegiadas del mundo” (HOFFMAN y ROTTINGEN, 2013). En consecuencia, habría que lograr una representación realmente democrática de la sociedad civil que permita llegar a la instancia de negociación a una multiplicidad de actores, incluyendo a las ONGs de base, para que aporten sus experiencias de trabajo directo con las poblaciones afectadas, en las negociaciones y los procesos de control.

La referencia a experiencias previas de convenciones marco sobre otras temáticas, como el cambio climático, también pueden resultar desalentadoras para las posibilidades de la CMSG. De la Convención Marco sobre Cambio Climático, poco quedó luego de que los países poderosos y sus corporaciones impusieran sus intereses en las mesas de negociación. Sin embargo, este hecho puede ser mitigado con mayor movilización social y mayor presión desde la sociedad civil durante el proceso de redacción (HAYNES *et al*, 2013). A su vez, la experiencia del Protocolo de Kyoto demuestra cómo Estados con más poder –en este caso particular, Estados Unidos– pueden desligarse de las obligaciones que surjan posteriores al Convenio Marco y socavar los objetivos del mismo.

VI. Conclusiones

La CMSG sin duda constituiría una oportunidad para garantizar el derecho al acceso a servicios de salud de calidad en todos los países del mundo. Sumado a eso, también proclamaría el derecho a la salud como derecho humano en una legislación vinculante internacional, por lo que en ese sentido sería de avanzada y tiene un amplio potencial transformativo. Podría dar las herramientas necesarias a las personas y a los sectores de la sociedad civil que claman por mejoras en los servicios sanitarios, así como también daría herramientas para los movimientos que luchan por acceso al agua potable, alimentación nutritiva u otros aspectos que si bien no son estrictamente de salud pública, tienen una alta incidencia en el grado de salud de la población. La CMSG puede erigirse como un tratado de vanguardia que revolucione el paradigma respecto a qué es la salud, así como también las obligaciones financieras que corresponden a los actores públicos y privados al respecto.

Sin embargo, tal vez sea un proceso poco práctico y tedioso para resolver las situaciones injustas o precarias que atraviesan una cantidad significativa de personas alrededor del mundo. La CMSG implicará muchos recursos humanos y financieros para su negociación, redacción, ratificación y el posterior control del cumplimiento, que podrían

TAMAGNINI, C. (2014) "Consideraciones sobre la iniciativa por una Convención Marco...", pp. 164-175.

ser invertidos de modos más prácticos o con incidencia directa en las poblaciones más vulnerables. Además, experiencias de convenios marcos anteriores han demostrado que no siempre la solución óptima sea la creación de nuevos tratados –los cuales pueden derivar en procesos engorrosos y frustraciones– cuando los países con mayor poder de negociación incumplen sus compromisos iniciales o cuando la generalidad de los países incumplen las obligaciones asumidas.

No obstante los posibles obstáculos, no deja de ser una apuesta válida y audaz respecto a la regulación del derecho a la salud. Dependerá en gran medida de los gobiernos y de la sociedad civil –que será un actor estratégico en su promoción– de que se logre un tratado que sin descuidar las diversidades entre y dentro los países, pueda legislar estándares mínimos que garanticen una mejor calidad de vida para todas las personas en el mundo.

Bibliografía

GOSTIN, L. y FRIEDMAN, E. (2013) "Towards a Framework Convention on Global Health: A Transformative Agenda for Global Health Justice", en *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, volumen 1, consultado en [<http://digitalcommons.law.yale.edu/yjhple/vol13/iss1/1>] el 21.10.2014.

HAYNES, L., LEGGE, D.; LONDON, L.; MCCOY, D.; SANDERS, D.; SCHUFTAN, C. (2013) "Will the struggle for health equity and social justice be best served by a Framework Convention on Global Health?", en *Health and Human Rights*, volumen 15, número 1, consultado en [<http://www.hhrjournal.org/wp-content/uploads/sites/13/2013/06/Haynes-FINAL.pdf>] el 24.10.2014.

HOFFMAN, S. y ROTTINGEN, J.-A. (2013) "Dark sides of the proposed Framework Convention on Global Health's many virtues: A systematic review and critical analysis" *Health and Human Rights*, volumen 15, número 1, consultado en [<http://www.hhrjournal.org/wp-content/uploads/sites/13/2013/06/Hoffman.pdf>] el 24.10.2014.

SMYTH, S. y TRIPONEL, A. (2013) "Funding global health", en *Health and Human Rights*, volumen 15, número 1, consultado en [<http://www.hhrjournal.org/wp-content/uploads/sites/13/2013/06/Smyth-FINAL.pdf>] el 24.10.2014.