

**Entrevista a Oscar CABRERA**

*Juan Miguel LITVACHKES\**

Oscar CABRERA, abogado (J.D), es el Director Ejecutivo del O'NEILL INSTITUTE FOR NATIONAL AND GLOBAL HEALTH LAW y profesor adjunto de la UNIVERSIDAD DE GEORGETOWN. Recibió su título de abogado en su país, República Bolivariana de Venezuela; y su L.L.M en Derecho y Políticas de Salud de la UNIVERSIDAD DE TORONTO. Durante sus estudios de posgrado, se destacó como *Health and Policy Fellow* del CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. A su vez, ha trabajado en diversos proyectos relacionados a la salud pública internacional, entre ellos, la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, el CENTRO DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (Estados Unidos de América) y junto a la campaña mundial de Tobacco Free Kids.

**EN LETRA:** ¿Qué alcance tiene el concepto de derecho a la salud en Latinoamérica?  
¿Qué diferencias existen con su concepción en los Estados Unidos de América?

**Oscar CABRERA:** El tema del derecho a la salud creo que conecta con el discurso de los derechos humanos y derechos fundamentales. En Latinoamérica y en algunos países africanos –países que ahora están reformando sus constituciones, sobre todo en África– hemos adoptado el discurso de derechos humanos como un elemento esencial de la vida en sociedad, y el cual está incorporado a la mayoría de nuestras constituciones. Tenemos constituciones garantistas post dictaduras que verdaderamente tratan de incorporar esos principios dentro de su estructura jurídico-social.

En lo específicamente relativo al derecho a la salud, muchas constituciones lo han incorporado directamente en la constitución y también tenemos un desarrollo jurisprudencial que ha ayudado a ampliar las obligaciones que emanan del derecho a la salud, pero que también que ha ayudado a ampliar el derecho a la salud como derecho justiciable. Ese derecho que impone una obligación concreta

---

\* Miembro del Consejo Editorial de EN LETRA y Coordinador General del número especial de Derecho a la Salud. Ex asistente de investigación en O'NEILL INSTITUTE FOR NATIONAL AND GLOBAL HEALTH AT GEORGETOWN UNIVERSITY. Integrante de la FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS SUSTENTABLES.

del Estado y que no consiste únicamente en principios programáticos o normativos generales. En ese sentido, en Latinoamérica hemos avanzado en el reconocimiento de las obligaciones legales alrededor de la salud, si bien todavía no hemos llegado al punto del cumplimiento efectivo y garantía efectiva de los bienes que buscar proteger el derecho a la salud. Entonces tenemos esa misma realidad que en otros aspectos es una dimensión bastante rica y sólida que no necesariamente se refleja en la realidad.

Cuando lo comparás con otros países desarrollados, quizá con Estados Unidos, el derecho a la salud en sí mismo no está garantizado, no se entiende como una obligación del Estado que haya sido garantizado a nivel legal. En esos países ha habido más avances en llegar a cumplir con esas mejoras en las condiciones de salud.

Así, creo que en Latinoamérica es una herramienta muy útil el derecho a la salud para avanzar en líneas generales en el tema justiciabilidad de los derechos humanos en general, pero también ha ayudado un poco para tratar romper esa barrera de inequidad que hay en la mayoría de estos países.

**EN LETRA:** ¿El derecho a la salud se enmarca dentro de los derechos económicos, sociales y culturales interamericanos, o constituye una rama con autonomía científica propia dentro del derecho internacional de los derechos humanos? ¿Que consecuencias tendría incluirlo en una o en otra categoría?

**Oscar CABRERA:** Yo haría una aclaración previa: lo planteado son dos visiones distintas. El derecho a la salud como parte de los derechos económicos, sociales y culturales (“DESC”) o el derecho a la salud como un derecho independiente que tiene suficiente fuerza y estructura normativa y en el derecho internacional que permite identificarlo como un derecho independiente. Ahí todavía tenemos que considerar también la posibilidad del derecho a la salud u obligaciones que se relacionen con prestaciones de salud, y servicio de salud en general y temas de salud pública que no necesariamente están conectados con derecho a la salud o DESC. Y esto lo vemos en el sistema interamericano y en otros ordenamientos jurídicos donde el derecho a la salud en sí mismo no se considera un derecho justiciable, o los DESC no se consideran justiciables y se hace esa conexión de salud como un bien social protegido que se conecta, por ejemplo, con el derecho a la vida, no discriminación, etc. En ese sentido, las obligaciones en relación con la salud emanan por conexidad con otros derechos fundamentales justiciables.

Ahora bien, si marcamos al derecho a la salud dentro de los DESC o como independiente, creo que todavía estamos en un momento donde todavía es parte de una corriente mucho más amplia dentro de los DESC. Si bien el derecho a la salud es quizá uno de los abanderados, ya que hemos tenido jurisprudencia en salud que ha emanado de muchos países de Latinoamérica, fuera de ella, y ahora también por órganos internacionales –sobre todo sistemas de monitoreo de ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (“ONU”)–, todavía forma parte –en mi opinión– del elenco más general de DESC. Lo cual ha sido al mismo tiempo, un beneficio y una dificultad. En parte, porque tenemos el principio de cumplimiento progresivo, que –en mi opinión y en la de muchas otras personas– generan obligaciones legales concretas que los Estados tienen que cumplir, pero a la vez ha sido usado por varios Estados para atacar la legalidad y el valor vinculantes de los DESC.

Desde una perspectiva pragmática, entender el derecho a la salud como parte de los DESC ahora nos va a permitir quizá ver casos y un desarrollo jurisprudencial coherente que pueda emanar del Comité de DESC de ONU que ahora tiene la capacidad de decidir casos individuales cuando se aprobó el Protocolo Facultativo, que entró en vigor en mayo del año pasado y aplica para los países que lo ratificaron. Entonces quizás pragmáticamente también es bueno ver el derecho a la salud como abanderado dentro de los DESC, para poder avanzar en cómo entendemos las obligaciones en DESC.

Adicionalmente me parece importante verlo como parte de un todo, porque hay muchas interrelaciones entre el derecho a la salud y otros DESC. En algunos países –y aquí creo que estoy ampliando– se entienden todavía las obligaciones que emanan del derecho a la salud como muy concretas y vinculadas con la prestación de servicios, como el derecho que tienen los individuos a acceder a doctores, medicamentos, hospitales, clínicas, etc. Pero hay quienes entendemos el derecho a la salud como más amplio que eso: para nosotros impone la obligación al Estado de regular condiciones de vida en sociedad. Para tratar de prevenir enfermedades, no sólo tratarlas; no sólo curar, sino prevenir; crear condiciones en las que los individuos pueden ser más saludables. En esa perspectiva, el derecho a la salud se relaciona muy de cerca con otros determinantes sociales de la salud, con otras condiciones subyacentes que afectan la salud directamente, y ahí se vincula con otros DESC como trabajo, vivienda, educación. Entonces, verlos como parte de un todo quizás tiene un poco más de sentido.

Lo que pasa es que en los Estados Unidos de América ni siquiera vemos que en derecho a la salud exista esa noción del Estado obligado a proveer servicios de salud. Es un sistema que se estructura de acceso a servicios de salud, el Estado asume responsabilidad pero no se enmarca dentro de un discurso de derecho sino dentro de un discurso de políticas públicas. Entonces es distinta la situación en Estados Unidos.

Por el contrario, en países de Latinoamérica el desarrollo jurisprudencial y la obligación del Estado alrededor de la salud han sido en temas de acceso a medicamentos, hospitales y tratamientos. Esa visión para mí es limitante, y creo que eso marcó la pauta en cuanto a la justiciabilidad y a la jurisprudencia en salud por algún tiempo. Así lo vemos en Brasil, Venezuela y Colombia respecto al acceso al tratamiento contra el HIV, así lo vemos en acceso a otros tipos de tratamiento en la Argentina, donde también ha habido casos al respecto. Entonces, eso marcó una pauta: se comenzó a avanzar en la justiciabilidad del derecho a la salud, en conexión con el acceso a determinados bienes y servicios de salud. Poco a poco hemos visto cierto cambio, o se está empezando a analizar jurisprudencialmente la otra dimensión de salud, que es la de salud pública: obligación del Estado de regular, de prevenir, de crear la posibilidad de que los individuos en sociedad puedan vivir una vida saludable. En ese sentido, ahora estamos viendo casos en temas de tabaco, obesidad, obligaciones positivas del Estado: es deber del Estado regular, que también lleva a la figura de la violación por omisión que también ha sido interesante cómo se ha desarrollado en DESC.

Entonces, lo que veo es que hay países que están mucho más centrados en la prestación de servicios o bienes médicos: medicamentos, doctores, tratamientos; y hay países donde todavía ese es uno de los elementos importantes del derecho a la salud pero se está pensando un poco más allá de eso, en la obligación de regular comida chatarra, reducción de sodio en alimentos procesados, regulación del tabaco, o temas relacionados con el consumo excesivo de alcohol, violencia, pues hay muchos temas que se relacionan en ese sentido, que son más de prevención y no necesariamente tratar las enfermedades.

**EN LETRA:** ¿Qué opinión le merece la enseñanza del Derecho a la Salud en la currícula universitaria latinoamericana y de los Estados Unidos? ¿Cómo entiende que debería enseñarse?

**Oscar CABRERA:** Y esa pregunta nos la hemos hecho muchas veces en el instituto [por el O'NEILL INSTITUTE FOR NATIONAL AND GLOBAL HEALTH LAW]. Te voy a responder comparativamente en un segundo, pero lo primero que te voy a decir es que el primer desafío en este contexto es que en la mayoría de los programas académicos de Latinoamérica el tema relacionado con derecho y salud está excluido de la capacitación de profesionales legales. Las escuelas de derecho, facultades de derecho de Latinoamérica todavía no han incorporado temas relacionados con salud y derecho como parte del entrenamiento y capacitación de la currícula de los programas. Eso para mí determina que hay un hueco, vemos temas de salud pero relacionados con si hay un caso relevante lo vemos en constitucional, quizás en administrativo, quizás algún seminario optativo en derechos humanos toca un poco el tema del derecho a la salud o relacionados. Algún profesor de civil o de temas de responsabilidad civil extracontractual o algún caso medico, si es relevante, pero no ha sido entendido o integrado como un elemento relevante para la capacitación de abogados y abogadas. Esto tiene que ver con muchos temas, la tradición civil, cómo lo enmarcamos.

En distintos espacios académicos nos hemos preguntado con varios profesores: ¿cómo lo encuadramos? ¿Es derecho público, privado, constitucional o administrativo? Y lo que tiene el tema de derecho y salud es que es transversal, tiene un poco de todo, tiene derecho constitucional, tiene derecho administrativo, tiene derecho internacional, conecta con el derecho civil. Entonces, desde nuestra perspectiva, la necesidad de verlo como un campo que tiene que ser analizado en si mismo, que no necesariamente tiene que ser roto y visto a través de las otras disciplinas tradicionales en derecho. Lo que he visto en los lugares donde hay programas específicos de Latinoamérica es que usualmente se conecta exclusivamente con derechos humanos, se ve como uno de los DESC. Por ahí hay algunas excepciones en México y en algunos otros países donde ha habido algún curso, algún profesor que desarrollo algún programa de derecho y salud, pero no está todavía integrado. Eso es lo que conozco, capaz alguien me puede probar que estoy equivocado y me pueda enseñar que hay otros países donde ya sido incorporado, pero del trabajo que hemos hecho –y hemos visitado muchos países de la región– no lo hemos visto todavía integrado.

En los Estados Unidos, si bien no hay un derecho constitucional a la salud, pese a que la salud no se entiende como una obligación del Estado desde una perspectiva legal, hay muchos programas en escuelas de derecho que incorporan derecho y salud. Lo hacen a través de derecho internacional lo que hacemos aquí,

lo que hago yo acá, con derechos humanos, con derecho internacional, conectándolo con esa perspectiva, pero también se da la otra perspectiva netamente doméstica, hablar de la perspectiva regulatoria, por ejemplo, hablar del sistema de salud, cómo entendemos la salud como un bien social, que se busca su protección y su cumplimiento y cómo el Estado lo hace. Tenemos cursos que conectan la prestación de servicios con salud pública y derecho; entonces la idea se hace, se estructura, como una disciplina que requiere ser examinada desde distintos puntos de vista legales. Adicionalmente, lo que está pasando ahora en Estados Unidos es que estamos identificando la necesidad de ir un poco más allá de la capacitación legal. Empezar a ver cómo se incorpora el análisis multidisciplinario dentro del análisis de derecho y salud para abogados y abogadas, cómo podemos capacitar cursos que capaciten a los profesionales legales para que puedan examinar salud desde una perspectiva de derecho, pero que también tengan conocimiento básico de economía, conocimiento básico de epidemiología, para que se pueda entender desde esa perspectiva interdisciplinaria. Eso es lo que se está haciendo ahora, nosotros estamos haciendo en la UNIVERSIDAD DE GEORGETOWN. Me gustaría en algún momento explorar poder hacer eso en Latinoamérica, pero creo que todavía estamos uno o dos pasos atrás en la posibilidad de hacerlo.

**EN LETRA:** ¿Qué problemas y desafíos enfrenta en la actualidad el Derecho a la Salud?

**Oscar CABRERA:** Uno de los principales desafíos es que todavía hay quienes plantean el Derecho a la Salud como un derecho que impone una obligación del Estado de proveer determinados bienes y servicios. Ese es un componente, pero es una visión muy limitante del Derecho a la Salud. Hay muchos críticos, académicos, profesionales que han trabajado con el Gobierno, que critican esa visión del Derecho a la Salud desde una perspectiva de separación de poderes: “¿cómo el Poder Judicial va a obligar a otras ramas del Poder a destinar recursos para tratamientos muy específicos?”, o “el Poder Judicial no entiende como se desarrolla una política pública, entonces, cuando se le da el tratamiento a todas estas personas están limitando recursos que podrían ir para otras políticas públicas, y que podrían beneficiar a un grupo mayor de población”. En ese sentido, vuelvo a lo que decía antes: la provisión de bienes y servicios es un componente, y cuando el litigio tiene que ver con el acceso a bienes y servicios, a medicamentos y a procedimientos médicos, responde a fallas institucionales de

los países. Ello se podría utilizar como una vía para reformar o para repensar la distribución de recursos, la equidad a nivel social. Me parece que ahí cumple un determinado objetivo. Pero, lo principal en este sentido –para nosotros y para mí– es que el Derecho a la Salud no es sólo esa dimensión del derecho. Hay otro componente mucho más amplio que tiene que ver con salud pública y con prevención, y eso es lo que nos va a llevar a tener mejores condiciones de salud a largo plazo. El riesgo y el desafío que vemos ahora es que si nos enfocamos en tratamiento, si nos enfocamos especialmente en esa dimensión curativa de que se va a brindar un medicamento y se va a brindar un tratamiento, no vamos a poder garantizar acceso universal a coberturas de salud, porque estamos viviendo un cambio epidemiológico en Latinoamérica, en el mundo entero, donde lo que está afectando las condiciones de salud son enfermedades crónicas no transmisibles. Enfermedades que requieren tratamientos muy costosos, como cáncer, enfermedades cardiovasculares, y va a ser muy difícil que cualquier país, así tenga muchos recursos, pueda garantizar acceso universal a esos tratamientos muy costosos. Entonces, la idea en este momento es empezar a pensar en prevención, empezar a pensar en atacar los factores de riesgo que hacen que la enfermedad se genere para prevenir que la enfermedad ocurra en primer lugar. Entonces, en vez de enfocarnos en esa dimensión de prestación de servicios, empezar a pensar en la prevención: en cómo prevenimos la enfermedad, en cómo creamos medidas de salud pública, en cómo regulamos el medio ambiente o la sociedad, creamos un mecanismo regulatorio como el de la obligación del Estado en salud para asegurarnos que las personas que vivan en sociedad puedan tener una vida saludable, que lleve a menos enfermedades, a menos costos de tratamientos, más adelante y en el curso de la vida. Ese me parece que es el principal reto.

Ha habido muchos avances en lo que tiene que ver al acceso a medicamentos, acceso a servicios médicos, pero ahora tenemos que empezar a enfocarnos en la otra dimensión, que es la dimensión de prevención, y no he visto ese cambio todavía. Quizás en algunos países se plantea esto como algo que hay que hacer pero no lo he visto como un cambio real de re-conceptualizar el Derecho a la Salud, y eso es algo que he estado tratando de trabajar con algunos artículos y algunas publicaciones con un profesor americano, Alejandro Madrazo, ver cómo podemos avanzar en eso para plantear un poco las obligaciones en salud y hacer énfasis en esas condiciones subyacentes. Para mí la idea es hacer ese cambio, de hacer el cambio de entender el Derecho a la Salud, no exclusivamente como un derecho de acceso a un servicio, a una medicina, sino a entenderlo como una

obligación del Estado de prevenir, de crear condiciones para que se pueda ser saludable en sociedad. Y ese cambio es el que creo que tendríamos que empezar a empujar desde una perspectiva legal, esa re-conceptualización del Derecho a la Salud.

**EN LETRA:** ¿Cómo está pensado el litigio estratégico en Salud? O'Neill Institute apoyó varios programas enfocados en litigio en temas de tabaquismo, ¿qué puede decirnos al respecto?

**Oscar CABRERA:** Nosotros hemos trabajado en varios países en temas de litigio estratégico. A veces tiene que ver con temas de salud pública (como tabaco y enfermedades crónicas no transmisibles) otras veces tiene que ver con temas de salud sexual y reproductiva o temas de salud mental. Hay distintos temas en que hemos trabajado. La idea del litigio estratégico en este espacio, es empezar a generar exactamente lo que te decía en la pregunta anterior: empezar a abrir puertas para que el Poder Judicial empiece a definir las obligaciones de salud de una forma más amplia. Que no se enfoquen exclusivamente en ese conflicto *perenne* entre el Poder Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Como el Poder Ejecutivo no está dando garantía a tratamiento de diabetes, entonces el Poder Judicial va a venir y decir: "no, tienen que garantizar el tratamiento". La idea es trabajar para que en vez de llegarse a un contradictorio, que empiecen a avanzar juntos para definir las obligaciones regulatorias del Estado. Cómo el Estado tiene que regular el medioambiente de trabajo, por ejemplo, asegurar el espacio libre de humo. Entonces eso genera una obligación de cosas, y hay que regularlo; tiene la obligación de hacerlo; y cuando se haga, se evaluará cómo se hizo. Entonces ahí se abren muchas oportunidades. Creo que hay mucho más para hacer todavía en temas de litigio estratégico empujando esa visión de salud pública y obligación del Estado a nivel poblacional, o no a nivel individual; no a nivel de la persona que demande el acceso a 'su' tratamiento, sino a nivel de medidas poblacionales.

Desde nuestra perspectiva el litigio se puede usar como una herramienta para dar el cambio a nivel de sociedad. Este tipo de demandas, puede que lleven a cambios de mercado que afecten cómo las corporaciones interactúan en sociedad, pero no me parece que por lo menos nosotros hayamos puesto el énfasis allí. Nosotros pensamos más en demandas por intereses colectivos, y en ese tipo de demandas de grupos que pueden llevar a cambios de políticas públicas o a avanzar en temas de políticas públicas a nivel de sociedad. El tema del tabaco específicamente es algo muy único de Estados Unidos; y en realidad si



lo vemos en Estados Unidos, no ha habido una condena específica en contra de la industria tabacalera. La industria tabacalera decidió llegar a un acuerdo en el año 1998 con el Estado por una demanda que varios Estados habían interpuesto contra la industria por resarcimientos de costos que los Estados estaban incurriendo en tratamiento de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Como el consumo del producto era lo que estaba generando estas enfermedades, los Estados dijeron "Bueno, vamos a demandar a la Industria que es quien está generando en líneas definitivas la enfermedad". Éste es un caso muy único y en realidad nunca se entró en conocer los méritos del caso porque se llegó a un acuerdo transaccional. En cuanto a haber específicamente una demanda de daños y perjuicios en conexión con tabaco, es bastante complicado porque el estándar de prueba es muy alto: se deberían dedicar muchos recursos financieros para poder sustentar una demanda. No sé cómo sean los tiempos en Argentina, pero en muchos países de Latinoamérica una demanda en el fuero civil o en la jurisdicción que haya que intentarla por daños y perjuicios podría tardar 5, 10, 15, 20, 30 años con todas las apelaciones, y con todos los procedimientos que se van a abrir a lo largo del juicio. Entonces tener la capacidad para mantener un caso así también requiere recursos que quizás no han existido en la región. Y otro tema también muy importante es probar la causalidad directa entre el consumo con ese producto específico y la enfermedad que se desarrolla; que se hace mucho más complicado hacerlo de forma individual, del individuo, que a nivel poblacional. A nivel poblacional tenemos metodología en la cual medimos específicamente el impacto que tiene el consumo de tabaco a nivel de salud poblacional, porque la metodología es distinta de cuando se hace a nivel individual y todavía en temas de responsabilidad civil extracontractual o contractual (depende de cómo sea esa estructura), sería un poco más complicado hacer ese caso. Yo no digo que sea imposible. Creo que se puede hacer, pero requeriría aún muchos más recursos y mucho más trabajo.

**EN LETRA:** ¿Cómo valora el desempeño de los organismos internacionales respecto a situaciones de epidemias, tales como el ébola actualmente o la gripe aviar en 2010? ¿Cómo compara esas reacciones frente a las situaciones de enfermedades crónicas no transmisibles, que afectan a un número vastísimo de personas?

**Oscar CABRERA:** Esa es una buena pregunta porque precisamente estamos viendo un brote de ébola que nos lleva a poder dar un ejemplo bastante concreto y bastante relevante de la emergencia actual sobre la ineficacia de algunas de estas organizaciones de responder a cualquier tipo de emergencia. En este caso estamos viendo un brote en África Occidental; la coordinación internacional fue muy pobre, y la OMS tardó mucho en estructurar una respuesta, así es que estamos todavía viendo algunos de los errores que se cometieron en algún momento. Lo que me parece, y quizás esto se conecta con las respuestas que te he dado antes, es que es mucho más fácil “vender” desde una perspectiva de opinión pública la necesidad de responder a una emergencia que es inmediata porque la gente se está muriendo, porque miles de personas se están muriendo, porque viene un caso de África Occidental a Estados Unidos e infecta a dos personas y eso hace como una masa de opinión pública que puede empujar más recursos y una respuesta inmediata efectiva.

En temas de enfermedades crónicas no transmisibles se da como una muerte lenta. Estamos viéndolo poco a poco, los números van creciendo, sabemos que los números son muy altos en cuanto a la gente que se ve afectada por enfermedades crónicas no transmisibles conectadas con factores de riesgos específicos como tabaco, nutrición, dieta, inactividad física y consumo en exceso de alcohol; pero todavía las medidas tendrían que ser tomadas pensando en un juego a largo plazo, no es esa inmediatez que se requiere ahora. Quizás en eso hay como un tema de discurso, de cómo se estructura el tema de una emergencia por una enfermedad y el tema de otra emergencia que igual va a afectar a un número mayor de gente, pero que no tiene esa poder de impacto en los medios de comunicación, ese tema como se dice en inglés: “sexy” que está pasando ahora. Entonces en eso me parece que en ese tema hay que hacer un poco más de trabajo. Ha habido respuestas, ha habido intenciones de tratar de responder a la crisis de enfermedades crónicas no transmisibles. También son temas más complejos que requieren regular a actores que tienen mucho poder en sociedad, al sector privado, la industria, entonces se hace un poco más complejo en ese sentido.

**EN LETRA:** ¿Qué programas promueve O'NEILL INSTITUTE FOR NATIONAL AND GLOBAL HEALTH LAW para el fomento y desarrollo del derecho a la salud? ¿Y qué oportunidades de voluntariado brinda esa institución, u otras afines, para todos aquellos interesados en la temática?

**Oscar CABRERA:** Empiezo explicando un poquito que es el O'NEILL INSTITUTE: es un instituto académico, que está dentro de la Escuela de Derecho de GEORGETOWN y hacemos trabajos en tres líneas específicas. Una es el desarrollo de la capacidad legal, y eso lo hacemos a través de un programa de maestría formal: tenemos un Master (LLM) en “salud y derecho global”, que es único, y estudiantes de todas partes del mundo vienen, transcurren un año en Georgetown. Y tenemos otro programa con colaboración de una Universidad en Ginebra que es un año aquí [por la UNIVERSIDAD DE GEORGETOWN, en Washington DC] y otro en Ginebra. Entonces esa es la parte del desarrollo de capacidad, identificamos eso como una necesidad a nivel mundial y de cómo podemos ayudar al desarrollo de esta capacidad.

En la segunda línea de trabajo, desarrollamos publicaciones como una línea un poco más académica. Apoyamos publicaciones de temas aplicados, que tienen que ver con salud y derecho, pero son temas relevantes, no tan teóricas sino mucho más aplicadas.

La tercera línea tiene que ver con proyectos específicos que hacemos con organizaciones externas. Me refería antes al litigio estratégico y el trabajo que hemos hecho en tabaco, y trabajamos con gobiernos, con ONG's, con organizaciones intergubernamentales para desarrollar ese tipo de proyectos. La misión central del instituto es cómo podemos desarrollar proyectos, investigación y trabajo que tengan impacto fuera de la universidad.

En cuanto a las oportunidades para los que quieran involucrarse con el trabajo del instituto, que estén interesados o interesadas en temas relacionados con salud y derecho: una sería la maestría, hacer el programa con nosotros y después nosotros trabajamos con nuestros estudiantes, los incluimos en los proyectos, hay varias vías en la cuales los estudiantes se involucran. Tenemos un programa de pasantías que hemos trabajado con varias universidades, incluyendo en Argentina la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA y TORCUATO DI TELLA en Buenos Aires, también hemos trabajado con otros países. Ahora estamos pensando en hacer más competitivo a nivel internacional el programa de pasantías. Ésta es quizás otra vía para quienes estén interesados en tener un poco de conocimiento de este tema y deseen involucrarse en nuestro trabajo. Hay una tercera oportunidad que serían los programas de verano. Tenemos programas intensivos en el verano que son de una o dos semanas donde examinamos distintos temas de salud y derecho. Un año lo hicimos en enfermedades crónicas no transmisibles y derecho, el año pasado lo hicimos más relacionado a temas de

alimentación, regulación de alimentación, drogas, medicamentos y la dimensión regulatoria. Lo hemos hecho también como introducción general a salud y derecho global. Entonces esa es otra vía de cómo se pueden involucrar con nuestro trabajo.

**EN LETRA:** Muchas gracias, doctor.