

CAPÍTULO VIGESIMOSEGUNDO

LOS NUEVOS RETOS DEL DERECHO GLOBAL DE LA SALUD DESPUÉS DEL COVID-19

Pedro A. VILLARREAL*

SUMARIO: I. Introducción. II. Enfermedades transmisibles y la dimensión global de la salud. III. Una gobernanza global de la salud anclada en el derecho internacional. IV. Conclusión: hacia una participación activa en la creación y modificación del derecho global de la salud. V. Fuentes de consulta.

I. INTRODUCCIÓN

La comunidad internacional se encuentra actualmente en una coyuntura de reformas del derecho internacional relacionado con pandemias, que fue detonada en el marco de la pandemia por COVID-19. La posibilidad de contar con nuevas normas vinculantes promete, por un lado, una estrategia más efectiva de preparación y respuesta frente a pandemias, y, por el otro lado, se erige en una oportunidad para abordar múltiples problemas que socavan la solidaridad y equidad entre países. Cabe destacar que la experiencia de COVID-19 fue lejos de ser un ejemplo de colaboración internacional. Por lo tanto, el presente capítulo aborda esta temática a la luz del papel que las normas jurídicas del derecho global de la salud pueden fungir en aras de una prevención, preparación y respuesta a pandemias que esté basada en los principios de equidad y de justicia.

* Instituto Alemán de Estudios Internacionales y de Seguridad/Instituto Max Planck de Derecho Público Comparado y Derecho Internacional, Alemania. ORCID: 0000-0003-4216-15426.

II. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LA DIMENSIÓN GLOBAL DE LA SALUD

A lo largo de las últimas décadas, la literatura sobre salud global ha subrayado cómo el acelerado proceso de globalización, debido al aumento de la circulación de bienes y personas por medio de las fronteras, incrementa los riesgos del surgimiento de pandemias (Fidler, 1999, p. 5; Meier, 2006, pp. 716 y 717; Lee, 2015, pp. 62-78). Aunque los viajes y el comercio no son, ni mucho menos, el único factor desencadenante de la propagación mundial de enfermedades, constituyen, sin embargo, uno de sus principales detonantes (UNEP/International Livestock Research Institute, 2020, pp. 15-17). Tal vez debido a la idea de que los viajes y el comercio internacionales son inevitables —y, en su mayor parte, incluso deseables (Habibi et al., 2020, p. 664)—, las normas del derecho internacional no pueden funcionar sobre la base de que podrían prohibirse con el fin de frenar totalmente los riesgos sanitarios transfronterizos. De hecho, como se expone en la próxima sección, los primeros intentos de regulación internacional de las pandemias en el siglo XIX trataron de proteger a las poblaciones de los países europeos contra las enfermedades “exóticas” que se propagaban desde el extranjero y, al mismo tiempo, preservar la capacidad de comerciar y transitar internacionalmente. La amenaza de reducir el tránsito y el comercio internacionales crea importantes desincentivos para el cumplimiento de los objetivos de la seguridad sanitaria global, a saber, fomentar una vigilancia epidemiológica mundial eficaz mediante la notificación rápida y precisa por parte de los Estados de los sucesos relacionados con enfermedades Kamradt-Scott (2016).

La historia de la OMS muestra cómo los programas de erradicación fueron fundamentales para los esfuerzos de gobernanza internacional de la salud en las décadas de 1950 y 1960. El paludismo y la viruela fueron algunas de las enfermedades cuya erradicación se planteó inicialmente, cada una con sus propios programas, personal y presupuesto. Sin embargo, el Programa de Erradicación del Paludismo no alcanzó los objetivos previstos, ya que a) no se incluyó en la campaña al continente con mayor carga de la enfermedad, África, y b) se confió excesivamente en el uso generalizado de los insecticidas contra esta enfermedad transmitida por mosquitos, sin tener en cuenta los contextos sociales subyacentes en los que se propagaba el paludismo (Villarreal y Tonti, 2023). Reconociendo las limitaciones de esta iniciativa vertical, el Programa de Erradicación del Paludismo se interrumpió formalmente en 1969. Este sonado fracaso en la erradicación puso en peligro el liderazgo de la OMS en la gobernanza sanitaria internacional,

socavando el papel central del control de las enfermedades transmisibles en el núcleo del mandato de la OMS. Al redoblar sus esfuerzos de erradicación, la Campaña de Erradicación de la Viruela de la OMS avanzó de forma constante durante la década siguiente. Incluso en plena Guerra Fría, la participación activa de los dos principales rivales geopolíticos (la Unión Soviética y los Estados Unidos de América) y del Movimiento de Países No Alineados permitió el despliegue mundial de personal sanitario en esfuerzos de inmunización selectivos. La cooperación multilateral llegaría a impulsar el éxito de esta campaña de erradicación. Con el apoyo de una asociación de organizaciones internacionales —entre ellas la OMS, UNICEF y numerosos actores no estatales, como las sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja—, la erradicación de la viruela fue un éxito de la gobernanza global y, a pesar de las divisiones geopolíticas, una victoria de la cooperación internacional para lograr la erradicación de la enfermedad. La OMS emitió la declaración de erradicación de la viruela en 1980 (OMS, 1980), lo cual constituye su mayor logro a la fecha.

A pesar de las limitaciones de varios programas de erradicación de enfermedades, la segunda mitad del siglo XX fue testigo de una transición epidemiológica: un descenso gradual de la carga de enfermedades infecciosas (Omran, 1971, pp. 509-538). Esta reducción de la carga global de morbilidad se enmarcó como un triunfo del progreso científico, ya que la erradicación de la viruela demostró el potencial de los medicamentos nuevos y eficaces para vencer las enfermedades que aquejaban al mundo. Con el fin de garantizar la distribución de estos medicamentos, la atención internacional volvió a centrarse en el optimismo biomédico, con la esperanza de que las tecnologías médicas pudieran poner fin a las enfermedades infecciosas, principalmente en los países con los sistemas de salud más robustos (Cliff y Hagggett, 1998). Sin embargo, en medio de este momento de triunfo percibido en la gobernanza sanitaria internacional, una serie de amenazas nuevas y reemergentes de enfermedades transmisibles hicieron tambalear la fe de los líderes mundiales en que el mundo alcanzaría sus objetivos más ambiciosos.

Aunque el control de las enfermedades transmisibles fue una de las principales prioridades en las primeras décadas de su existencia, la OMS no dio prioridad a la aplicación del RSI ni a las capacidades nacionales de salud pública en la preparación y respuesta ante las enfermedades, sino que se fijó en los avances médicos y los programas de erradicación de enfermedades como base para hacer realidad el “fin de las enfermedades infecciosas”. Había surgido un sentimiento de optimismo biomédico entre los responsables políticos, que veían la administración de productos farma-

céticos como la solución a los retos de las enfermedades transmisibles en todo el mundo (Cueto, Brown y Fee, 2019). El descubrimiento de estos nuevos productos —incluidas vacunas, antivirales y antibióticos— hizo crecer la creencia de que la distribución mundial de estas novedosas intervenciones podría detener por completo la propagación de las enfermedades infecciosas (Lee, 2009).

Sin embargo, a pesar de los numerosos avances de las ciencias médicas, un mundo en rápida globalización ha propiciado el aumento de amenazas de enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), así como nuevas cepas de gripe, ébola y la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Coincidiendo con el aumento de las amenazas de nuevas enfermedades, los brotes locales pueden propagarse ahora más rápidamente por un mundo cada vez más interconectado, lo que aumenta la morbilidad y la mortalidad y exige una respuesta mundial.

En efecto, hoy en día, los riesgos pandémicos están inmersos en una interfaz compleja y multifactorial en la que numerosas actividades humanas pueden desencadenar brotes de enfermedades. La interfaz entre el ser humano y los animales (no humanos), en particular, es un componente central de los riesgos pandémicos. Según datos de la OMS, las zoonosis constituyen aproximadamente 75% de las enfermedades emergentes, aunque esta cifra no es fija. Hay pruebas de que las zoonosis han estado al frente de tres de los brotes de enfermedades de alto perfil más recientes: la pandemia de gripe H1N1 en 2009, la crisis del ébola en África Occidental en 2014 y, posiblemente, el COVID-19 a finales de 2019. En el caso de la gripe H1N1, el origen del virus se remonta a una granja de cerdos en México, de ahí el término coloquial “gripe porcina” (OMS, 2011, pp. 32 y 33). La experiencia de México con la pandemia de influenza A(H1N1) posiciona al país en un acervo. Algunos de las lecciones aprendidas durante ese evento fueron retomadas. Sin embargo, otras experiencias, como la colaboración entre distintas autoridades en el intercambio de información, no lo fueron tanto. En cambio, se cree que la crisis del ébola de África Occidental de 2014 comenzó cuando un niño pequeño jugaba con un animal salvaje en una zona rural en diciembre de 2013. Acciones como esta, desprovistas de cualquier objetivo intencionado como fomentar el conocimiento o buscar un beneficio económico, difícilmente podrían proscribirse en virtud del derecho internacional. Tal complejidad es precisamente lo que fomenta la imposibilidad de abordar cada una de estas actividades de una manera que impida todos y cada uno de los contactos entre humanos y animales (no humanos) con el fin de evitar la llamada “propagación zoonótica”.

De forma similar a la interfaz entre humanos y animales (no humanos), la constelación humano-medioambiental está vinculada a mayores riesgos pandémicos, aunque los vínculos son aún más difusos. La deforestación, la creciente urbanización y el calentamiento global conducen a la migración de especies animales (no humanas) de sus hábitats naturales (Allen *et al.*, 2017, pp. 5-7). Esto, a su vez, aumenta las posibilidades de que los portadores de enfermedades del ámbito animal (no humano) entren en contacto físico con los humanos. Aunque ahora son más bien de relevancia histórica, las pandemias anteriores al siglo XXI fueron causadas ocasionalmente por el cólera, un patógeno que circulaba en el agua contaminada, entre otros portadores (Evans, 1988, p. 129). Estos brotes fueron desencadenados principalmente por las malas condiciones de saneamiento y la ausencia de sistemas adecuados de eliminación de residuos humanos.¹ Los vínculos entre la contaminación ambiental y los peligros para la salud humana se encuentran en el corazón de la consagración de la epidemiología como un campo especializado de conocimiento. Estos conocimientos se reconocen en informes internacionales recientes sobre cómo abordar el riesgo zoonótico.

Del mismo modo que las catástrofes se consideran tales en función de si afectan a los intereses humanos o suponen una amenaza de hacerlo, el concepto de “nueva enfermedad” a efectos de la reducción del riesgo de pandemia se centra en el ser humano. Como se explica más adelante, un gran número de estos patógenos circulan en la naturaleza. El que desencadenen epidemias o pandemias depende de su circulación entre los seres humanos. Aquí radica una laguna epistémica, en la medida en que centrarse en las enfermedades una vez que están presentes en los huéspedes humanos puede ser demasiado tarde a efectos de prevención. Se necesitan más conocimientos científicos centrados en las innumerables interacciones que preceden a un acontecimiento zoonótico.

III. UNA GOBERNANZA GLOBAL DE LA SALUD ANCLADA EN EL DERECHO INTERNACIONAL

La protección contra la propagación transfronteriza de enfermedades es el ámbito más antiguo y sólido del derecho global de la salud. Dada la amenaza perpetua que suponen las enfermedades transmisibles, los Estados han desa-

¹ En 1854, John Snow, un pionero de la epidemiología moderna, proporcionó evidencia contundente sobre el vínculo entre una bomba de agua contaminada y la incidencia de casos de cólera en Londres. Su estudio de vanguardia fue publicado en *On the Mode of Communication of Cholera* (Londres, 1855).

rollado instrumentos jurídicos internacionales especializados para regular los nuevos desafíos derivados de la propagación transfronteriza de enfermedades. Desde la primera Conferencia Sanitaria Internacional de 1851, los Estados han considerado el potencial del derecho internacional para proteger frente a estos desafíos transfronterizos. Estas primeras conferencias sanitarias tenían como objetivo armonizar las medidas nacionales de cuarentena contra las enfermedades de carácter transfronterizo. El primer instrumento jurídicamente vinculante desarrollado entre estos Estados, la Convención Sanitaria Internacional, se aprobó más de cuarenta años después, en 1892 (Fidler, 1999). Esta Convención fue un subproducto de los procesos diplomáticos y los avances en salud pública del siglo XIX, a partir de los cuales los Estados europeos coordinaron sus esfuerzos para protegerse de las amenazas de enfermedades transmisibles procedentes de otras regiones del mundo. Al tratar de promover los intereses nacionales, la Convención reflejaba los esfuerzos por fomentar la seguridad nacional, centrándose en la protección de los intereses económicos y militares de las naciones poderosas. Para mantener el poder estatal, los gobiernos nacionales necesitaban información rápida y fiable sobre las enfermedades fuera de sus territorios, lo que requería sistemas transnacionales de vigilancia epidemiológica que permitieran a los Estados responder rápidamente cuando las enfermedades transmisibles llegaran a sus propios territorios (Zacher, 1999).

Varios principios de la legislación internacional del siglo XIX se abandonaron con el surgimiento de las instituciones sanitarias internacionales, lo que marcó un cambio importante en la gobernanza sanitaria más allá de los Estados mediante el desarrollo de instrumentos jurídicos internacionales. Sin embargo, dar sentido a la superposición de obligaciones jurídicas se convirtió en un reto cada vez mayor para los Estados. Los primeros convenios sanitarios internacionales fueron iniciativas europeas que, a diferencia de los instrumentos actuales, no pretendían tener un alcance mundial. A medida que se aprobaban convenios paralelos en las Américas, los instrumentos internacionales vinculantes para garantizar la prevención y el control de las enfermedades transmisibles se fragmentaron entre las regiones. Dicho aumento de la fragmentación y las divergencias entre los miembros de estos convenios sanitarios hacían cada vez más difícil determinar qué normas se aplicaban a la hora de restringir los viajes y el comercio para proteger la salud pública.

La creación de la OMS contribuyó a poner fin a esta fragmentación del derecho sanitario internacional. La aprobación de la Constitución de la OMS en 1946 reunió doce convenios y protocolos sanitarios internacionales que regulaban diferentes aspectos de la propagación transfronteriza de en-

fermedades. Tal y como se introdujo en los capítulos 1 y 2, la Constitución de la OMS otorga a la Asamblea Mundial de la Salud la autoridad para desarrollar normativas jurídicamente vinculantes en cinco áreas específicas:

1. Requisitos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos para prevenir la propagación internacional de enfermedades.
2. Nomenclaturas de enfermedades, causas de muerte y prácticas de salud pública.
3. Normas internacionales sobre procedimientos de diagnóstico.
4. Normas internacionales para el comercio sobre la seguridad, pureza y potencia de los productos biológicos, farmacéuticos y similares, y
5. Normas sobre publicidad y etiquetado de productos biológicos, farmacéuticos y similares sometidos a comercio internacional.

La primera de estas áreas condujo a la adopción del Reglamento Sanitario Internacional de 1951, que sustituyó a un mosaico de convenciones. En 1969, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una revisión del instrumento, denominándolo ahora “Reglamento Sanitario Internacional” (RSI). El objetivo fundamental de dichos reglamentos sanitarios internacionales ha sido garantizar el suministro de información sobre enfermedades con potencial de propagación transfronteriza, con el fin de apoyar las respuestas de salud pública y evitar al mismo tiempo restricciones excesivas a los viajes y el comercio internacionales. Sin embargo, los Estados han incumplido históricamente estas obligaciones. En los primeros cincuenta años de vigencia de los reglamentos en cuestión, los Estados a menudo notificaban tardíamente a la OMS la aparición de enfermedades en sus territorios, y otros Estados solían responder a estas notificaciones con restricciones desproporcionadas a los viajes y el comercio. En la década de 1960, la OMS ya había identificado un círculo vicioso en el que los Estados no notificaban con prontitud las enfermedades porque temían reacciones excesivas por parte de otros estados y, a su vez, otros Estados reaccionaban de forma excesiva debido a la falta de información suficientemente fiable proporcionada por el Estado que experimentaba el evento relacionado con la enfermedad (Dorolle, 1968, pp. 103-111). Este círculo vicioso se vio agravado por las disparidades en los sistemas sanitarios nacionales, ya que muchos Estados carecían de la capacidad suficiente para evaluar rápidamente la aparición de una enfermedad en sus territorios (Roelsgaard, 1974, pp. 265-268). La persistente brecha mundial en las capacidades sanitarias nacionales socavaría el cumplimiento de las obligaciones del RSI y desplazaría la atención hacia las respuestas biomédicas a las enfermedades infecciosas.

Las normas jurídicamente vinculantes son una opción viable en aras de una coordinación clara entre distintos países. Los planes de preparación y respuesta frente a problemas de la salud global requieren de estabilidad y certeza que permitan su implementación a largo plazo. Uno de los mayores retos para la gobernanza global radica en la falta de continuidad en las políticas globales. De un momento a otro, enteros programas pueden ser abandonados. Sin embargo, ejemplos del pasado dan motivos para la esperanza.

A la hora de responder a amenazas ocasionadas por enfermedades infectocontagiosas o transmisibles, el derecho global de la salud se ha convertido en un elemento crucial para combatir la propagación de enfermedades mediante una respuesta internacional basada en normas. El establecimiento de obligaciones estatales en virtud de la ley puede enmarcar las medidas para hacer frente a los brotes de enfermedades que son necesarias para mantener la salud pública y proporcionales a las restricciones de los viajes, el comercio y los derechos. Con este fin, los Estados miembros de la OMS trataron de equilibrar la necesidad de prevención de la salud pública y la protección de las personas en la revisión de 2005 del RSI. La experiencia del SRAS creó el impulso necesario para concretar las reformas del RSI. Las lagunas en la preparación jurídica y la gobernanza, puestas de manifiesto por el SRAS, dieron el impulso necesario para replantear las obligaciones de los Estados en la respuesta a las enfermedades infecciosas, lo que impulsó a las partes interesadas a llevar a buen término una revisión del RSI que ya duraba una década. El retraso en la notificación por parte de China y la falta de notificación de casos en los distintos países suscitaron dudas sobre las obligaciones de notificación, obstaculizando la capacidad de otros Estados para vigilar y detectar la enfermedad en sus propias jurisdicciones (Halabi, Gostin y Crowley, 2016).

Además, la respuesta mundial al SRAS puso de manifiesto una ausencia total de respeto por los derechos humanos, incluidos los derechos relacionados con las restricciones injustificadas de los viajes y el comercio internacionales (Forman, Sekalala y Meier, 2022, pp. 37-62). Las revisiones del RSI que había solicitado la Asamblea Mundial de la Salud desde 1995 se consideraban ahora esenciales para responder a las enfermedades transmisibles nuevas y reemergentes no contempladas en el RSI de 1969 (Fidler, 2005, pp. 325-392). Un año después de la debacle del SRAS, la OMS celebró consultas, revisiones y negociaciones que, con el apoyo generalizado de los Estados miembros, condujeron a la adopción de un RSI revisado en 2005, estableciendo un marco de gobernanza renovado para las emergencias de salud pública. Por medio del RSI (2005) y de otros instrumentos y mecanismos para la seguridad sanitaria mundial, los responsables políticos han in-

tentado reforzar los sistemas de vigilancia en todos los Estados miembros de la OMS y fomentar las asociaciones para el control de enfermedades entre organizaciones internacionales, organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales. A pesar de estos avances en el marco del derecho sanitario mundial, dentro y fuera de la OMS, las nuevas amenazas para la salud pública, incluida la pandemia por COVID-19, han puesto de manifiesto las deficiencias de los marcos existentes, lo que hace imperativo revisar el RSI y reformar el derecho sanitario mundial para prevenir, identificar y responder a la propagación transfronteriza de enfermedades infecciosas.

Las revisiones del RSI de 2005 dieron lugar a un conjunto de normas con un alcance y un ámbito de aplicación ampliados que dotarían a las partes interesadas de nuevas autoridades y mecanismos para hacer frente a las amenazas contemporáneas a la seguridad sanitaria global:

1. De una lista “cerrada” a una lista “abierta” de enfermedades. Una de las principales limitaciones del RSI (1969) era su enfoque específico de las enfermedades, ya que el RSI sólo era aplicable a tres amenazas de enfermedades concretas. En medio de las enfermedades nuevas y reemergentes, los estados enmarcaron el RSI (2005) de manera amplia para abordar “eventos” y “riesgos para la salud pública”, adoptando un enfoque de todos los peligros (Ottersen, Hoffman y Groux, 2016, pp. 356-392). Este enfoque reconoce que las amenazas a la salud pueden surgir de una variedad de fuentes, humanas, animales o ambientales, como resultado de numerosas causas, ya sean naturales, accidentales o intencionales (Burci y Negri, 2021, pp. 501-522). Esta ampliación permitiría una mayor flexibilidad en las emergencias, lo que haría que el RSI (2005) se adaptara mejor a un mundo globalizado que se enfrenta a nuevas amenazas para la salud.
2. De una vigilancia de las enfermedades centrada en el Estado a una que abarca múltiples actores. Mientras que las iteraciones anteriores del RSI se basaban en gran medida en los informes estatales, el RSI (2005) ampliaría el sistema de vigilancia para abarcar a más actores. La respuesta al SRAS puso de manifiesto la utilidad de actuar a partir de información procedente de fuentes no gubernamentales (Gostin, 2014), y el RSI (2005) ahora permite a la OMS consultar a actores no estatales y considerar la información procedente de fuentes no oficiales. La OMS y sus Estados miembros pueden así aprovechar la vigilancia de enfermedades a través de fuentes tanto oficiales como no oficiales, ampliando la gama de herramientas de vigilancia.

3. Declaraciones de emergencia como herramienta de gobernanza global de la salud. El RSI (2005) le otorga al director general de la OMS la facultad de declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional, una herramienta de gobernanza global de la salud. El artículo 1 del RSI (2005) define dichas emergencias como un “evento extraordinario que se determina... (i) que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a través de la propagación internacional de la enfermedad y (ii) que potencialmente requiere una respuesta internacional coordinada”. De este modo, la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional pone sobre aviso a las partes interesadas acerca del riesgo transfronterizo, actúa como un llamamiento a la cooperación mundial para hacer frente a una emergencia sanitaria y permite al director general de la OMS emitir recomendaciones no vinculantes sobre las medidas nacionales de respuesta (Fidler y Gostin, 2006).
4. Desarrollo de capacidades básicas de vigilancia. Las evaluaciones de las limitaciones del RSI subrayaron repetidamente la falta de capacidades estatales suficientes para detectar con prontitud los brotes de enfermedades transmisibles que se produzcan en sus territorios y notificarlos a la OMS (Taylor, 1997, pp. 1327-1362); sin embargo, el RSI (1969) carecía de disposiciones para desarrollar capacidades básicas nacionales. En virtud del artículo 5 del RSI (2005), los Estados tienen la responsabilidad de “desarrollar, fortalecer y mantener” las capacidades para “detectar, evaluar, notificar y comunicar eventos” a la OMS. El anexo 1 del RSI ofrece una lista detallada de las capacidades básicas de los Estados e incluye un proceso de autoevaluación para determinar si los Estados han desarrollado y mantenido dichas capacidades.

El RSI (2005) refleja tanto los principios jurídicos tradicionales como los nuevos principios normativos para orientar los esfuerzos de prevención de la propagación transfronteriza de enfermedades. Al ampliar los principios tradicionales de la práctica sanitaria internacional, a raíz de las antiguas normas de control de las enfermedades transmisibles, las estrategias de salud pública para prevenir y responder a la propagación transfronteriza de enfermedades deben ser sopesadas con la necesidad de mantener la continuidad del comercio y los viajes internacionales (Fidler, 2005, pp. 325-392). Sin embargo, en comparación con sus instrumentos jurídicos predecesores, el RSI (2005) prevé un papel más destacado para las pruebas médicas y de salud pública en este equilibrio. Los Estados que tratan de

hacer frente a las amenazas para la salud deben basar su toma de decisiones en materia de salud pública en principios, métodos e información científicos (Burci y Negri, 2021, pp. 501-522). Este énfasis en el uso de evidencia para la toma de decisiones en el marco del RSI (2005) ofrece a los Estados la posibilidad de adoptar medidas que consideren que ofrecen un mayor nivel de protección de la salud que las recomendadas por la OMS. Además de los marcos normativos que estructuran el control de las enfermedades infecciosas, el artículo 32 del RSI (2005) eleva los principios clave de “dignidad, derechos humanos y libertades fundamentales de las personas”. Así, el artículo 42 del RSI obliga a los Estados a garantizar el respeto de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de los viajeros, con medidas sanitarias adicionales que se aplicarán de forma “transparente y no discriminatoria”. A esta elevación explícita de los derechos humanos en el RSI (2005) se une el principio de luchar por “la protección de todos los pueblos del mundo contra la propagación internacional de enfermedades”, que implícitamente promueve el derecho a la salud en el derecho sanitario mundial (Forman, Sekalala y Meier, 2022, pp. 37-62). Al considerar el control de las enfermedades transmisibles como una responsabilidad común a todos los Estados, este principio se refleja en los compromisos de los Estados de colaborar entre sí en la prestación de asistencia técnica, la movilización de recursos y la formulación de leyes y disposiciones administrativas para cumplir las obligaciones del RSI (Cinà et al., 2022, pp. 158-187). La colaboración y la asistencia internacionales han sido fundamentales para el desarrollo de las capacidades básicas del RSI en todos los Estados; sin embargo, al desarrollar estas obligaciones para fortalecer los sistemas de salud, los Estados reconocieron sus limitaciones jurídicas.

IV. CONCLUSIÓN: HACIA UNA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA CREACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL DERECHO GLOBAL DE LA SALUD

El 5 de mayo de 2023, tanto el director General de la OMS declaró que la propagación de COVID-19 ya no es una emergencia de salud pública de importancia internacional. Sin embargo, al emitir sus recomendaciones a los Estados miembros de la OMS, aclaró que ello no implica una disminución de la gravedad de la enfermedad COVID-19. En primera instancia, persiste una gran incógnita respecto de las secuelas de largo plazo (ocasionadas por el síndrome llamado “long-COVID”). Se necesitan mayores investigaciones que determinen. La colaboración internacional en este ámbito es indispensable.

Por otro lado, el fin de la emergencia de salud pública de importancia internacional no previene que, en un futuro, nuevos desarrollos relacionados con COVID-19 conduzcan a una nueva declaración de emergencia. Si bien es difícil de estimar tal riesgo, todavía existe la posibilidad de atestiguar el surgimiento de nuevas variantes del coronavirus SARS-CoV-2. Tal como ocurrió con la variante Ómicron, la propagación constante del virus incrementará la posibilidad de una mutación. Ello puede ocurrir en cualquier parte de este planeta.

De manera similar, otros problemas existenciales de la salud global requieren de una perspectiva global. Recientemente, las consecuencias del cambio climático se han manifestado en un impacto directo en la salud de la población. Trátese de un incremento en los golpes de calor, o bien del riesgo de la migración de vectores por el calentamiento global, e incluso el empeoramiento de la calidad del aire, todos estos factores derivan en un menoscabo de la salud de individuos y de grupos.

Lo anterior conlleva a considerar que la participación en los temas de salud global rinde frutos en el bienestar de la población mexicana. Aun cuando a primera vista, tales beneficios no parezcan ser tan inmediatos, la pandemia por COVID-19 mostró la importancia de invertir en sistemas de salud con una perspectiva global. Según estudios de proyección económica, por cada dólar estadounidense invertido en las labores de la OMS se recibe un beneficio sanitario que sería el equivalente de hasta 35 dólares.

En ese sentido, uno de los retos que desde hace tiempo frena a la OMS sigue siendo su presupuesto. Durante décadas, la Organización ha dependido de compromisos “extrapresupuestarios” voluntarios en lugar de las contribuciones señaladas de los Estados miembros y otros donantes no estatales. Ante estos retos financieros, como se expone en el capítulo 5, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución para 2022 en la que se adoptaban las recomendaciones de un Grupo de Trabajo sobre Financiación Sostenible y se comprometía a aumentar gradualmente el porcentaje de las contribuciones señaladas en el presupuesto general. Estos pasos colocan a la organización en una mejor posición para apoyar con continuidad sus programas para las amenazas de enfermedades transmisibles y podrían mejorar su capacidad para supervisar el cumplimiento de las obligaciones tanto dentro del RSI como del tratado sobre pandemias (Meier, Habibi y Gostin, 2022, pp. 625-627). Ciertamente, el apoyo a la OMS no debe ser incondicional. Hay llamados a una mayor transparencia en la toma de decisiones de la Organización, así como la necesidad de involucrar a los Estados miembros en tales procesos.

Actualmente se están negociando en Ginebra tanto la propuesta de convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta ante pandemias como una serie de enmiendas al RSI de 2005. La fecha límite para presentar ambos para su adopción es la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2024. Tal vez la cuestión más controvertida para muchas delegaciones de la OMS, en particular del Sur Global, sea el reto de garantizar un acceso equitativo a las contramedidas médicas durante una pandemia. El “nacionalismo vacunal” desenfrenado presenciado en el contexto de COVID-19 estará probablemente fresco en las mentes de los gobiernos de esas regiones del mundo en particular, ya que muchos lucharon por conseguir suficientes dosis de vacunas para sus propias poblaciones. Unas normas exhaustivas sobre este punto tendrían que abordar diversos aspectos, como la cuestión de la propiedad intelectual de los productos médicos y el establecimiento de mecanismos de financiación y adquisición para su distribución. Así pues, la noción de “equidad” en las pandemias representa actualmente la pieza central de las negociaciones de varios países del Sur Global. En el mencionado borrador cero conceptual para el tratado sobre pandemias, el objetivo de la equidad se describe de la siguiente manera: “acceso justo, equitativo y oportuno a productos asequibles, seguros y eficaces de respuesta a pandemias, entre y dentro de los países, incluso entre grupos de personas independientemente de su condición social o económica”.

Para garantizar que esta disposición sea algo más que un deseo, un nuevo tratado sobre pandemias debería tener en cuenta las lecciones aprendidas de la limitada eficacia de la iniciativa COVAX. Este mecanismo se diseñó para promover la distribución mundial de intervenciones médicas contra el COVID-19. Sin embargo, la iniciativa COVAX no logró cumplir su objetivo principal, que consistía en distribuir 2,000 millones de dosis de vacunas para finales de 2021, dado que sólo se distribuyó realmente el 50% de esa cantidad. Varios estudios ya han intentado explicar estos fracasos. Algunos análisis apuntan a la avaricia de los países del Norte Global a la hora de almacenar suministros médicos para proteger a sus propias poblaciones. Una evaluación encargada por la OMS y publicada en octubre de 2022 cita, entre otras cosas, el diseño demasiado ambicioso de COVAX como una de las razones clave del escaso éxito de la iniciativa (OMS, 2022). En su lugar, el informe recomienda que se desarrollen otros programas con un alcance más específico. Éstos deberían atender a los países que no pueden autoabastecerse de suministros médicos críticos durante una emergencia. Unas normas jurídicamente vinculantes para tal eventualidad podrían garantizar que los países se comprometieran a realizar aportaciones financieras

de forma permanente, independientemente de los cambios en las circunstancias políticas.

Queda por ver si las reformas legislativas actuales y futuras se enmarcarán e interpretarán, y cómo, para fomentar una mayor solidaridad dentro de los países y entre ellos en la respuesta a las enfermedades infecciosas. Dado el impulso desencadenado por la pandemia por COVID-19, y en consonancia con los procesos paralelos de reforma en curso, el ámbito del derecho sanitario mundial sobre el control de las enfermedades transmisibles seguirá evolucionando en los próximos años, pero la trayectoria sigue siendo incierta. En estas reformas en curso, un compromiso más estrecho de todas las partes interesadas de la comunidad internacional, incluidos los Estados y los actores no estatales, es el mejor medio para garantizar la justicia en la salud mundial. Si el objetivo es influir en la toma de decisiones ante futuras amenazas de enfermedades transmisibles, será necesario orientar las negociaciones diplomáticas hacia la respuesta colectiva de la comunidad internacional para prevenir, detectar y responder a las amenazas pandémicas sobre la base de la equidad y la solidaridad mundiales.

Con base en lo anterior, la participación de México en los desarrollos actuales y próximos relacionados con la salud global derivarían en un beneficio directo para la población del país. Contribuiría, por un lado, a que el país tenga voz y voto en las decisiones que afectan a la comunidad internacional; y, por el otro lado, le permitiría al país aportar sus propios conocimientos y experiencia en el tema, lo cual resultaría en un beneficio mutuo. Tomar en serio al derecho global de la salud es una de las mejores estrategias para proteger a la población mexicana.

V. FUENTES DE CONSULTA

- Burci, G. L. y Negri, S. (2021). Governing the Global Fight against Pandemics: The WHO, the International Health Regulations, and the Fragmentation of International Law, *New York University Journal of International Law and Politics* 53, 501-522.
- Cinà, M. et al. (2022). The Stellenbosch Consensus on the International Legal Obligation to Collaborate and Assist in Addressing Pandemics: Clarifying Article 44 of the International Health Regulations, *International Organizations Law Review* 19, 158-187.
- Cueto, M., Brown, T. M. y Fee, E. (2019). *The World Health Organization: A History* Cambridge University Press.

- Dorolle, P. (1968). Old Plagues in the Jet Age. International Aspects of Present and Future Control of Communicable Disease, *WHO Chronicle* (23), 103-111.
- Fidler, D. (1999). *International Law and Infectious Diseases*. Oxford University Press.
- Fidler, D. (2005). From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. *Chinese Journal of International Law* (4), 325-392.
- Forman, L., Sekalala, S. y Meier, B. M. (2022). The World Health Organization, International Health Regulations and Human Rights Law. *International Organizations Law Review* (19), 37-62.
- Habibi, R. et al. (2020). Stop Violating the International Health Regulations. *The Lancet* (395), 664.
- Halabi, S., Gostin, L. O. y Crowley, J. (2016). *Global management of infectious disease after Ebola*. Oxford University Press.
- Kamradt-Scott, A. (2016). WHO's to blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola outbreak in West Africa. *Third World Quarterly* (37), 411.
- Lee, K. (2015). Globalization. En R. Detels et al. (eds). *Oxford Textbook of Public Health* (pp. 62-78). Oxford University Press.
- Meier, B. M. (2006). Employing Health Rights for Global Justice: The Promise of Public Health in Response to the Insalubrious Ramifications of Globalization. *Cornell International Law Journal* (39)3, 711-777.
- Meier, B. M., Habibi, R. y Gostin, L. (2022). A Global Health Law Trilogy: Transformational Reforms to Strengthen Pandemic Prevention, Preparedness, and Response. *Journal of Law, Medicine & Ethics* (50), 625-627.
- Omran, A. (1971). The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* (49)4, 509-538.
- Ottersen, T., Hoffman, S. J. y Groux, G. (2016). Ebola Again Shows the International Health Regulations Are Broken: What Can Be Done Differently to Prepare for the Next Epidemic? *American Journal of Law & Medicine* (42), 356-392.
- Roelsgaard, E. (1974). Health regulations and international travel. *WHO Chronicle* (28), 6, 265-268.
- Taylor, A. (1977). Controlling the Global Spread of Infectious Diseases: Towards a Reinforced Role for the International Health Regulations. *Houston Law Review* (33), 1327-1362.

- UNEP/International Livestock Research Institute. (2020). Preventing the Next Pandemic. Zoonotic disease and how to break the chain of transmission. <https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/32316/ZP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Villarreal, P. A. y Tonti, L. (2023). Infectious Disease: Preventing, Detecting, and Responding to Pandemic Threats under International Law. En B. Mason Meier L. Gostin (eds.), *Global Health Law & Policy*. Oxford University Press.
- Zacher, M. (1999). Global Epidemiological Surveillance. International Cooperation to Monitor Infectious Diseases. En K. Inge (ed.), *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century* (pp. 266-283). Oxford University Press.