



Doctorado en Derecho

Tesis Doctoral:

**SEGURIDAD SANITARIA
Y SEGURIDAD INTERNACIONAL**

Autora: Ana Cristina Gallego Hernández

Director: Dr. D. Pablo Antonio Fernández Sánchez

Sevilla

Julio de 2017

A mi abuelo,
que me enseñó a amar el campo extremeño.
Su sonrisa, su ilusión y sus historias,
siempre vivirán en mí.

AGRADECIMIENTOS

A mi maestro, el profesor Pablo Antonio Fernández Sánchez, quien me hace soñar y me está ayudando a despertar. Gracias por cada enseñanza y reflexión, gracias por cada aventura, gracias por abrirme las puertas de una vida apasionante. Él sabe bien que, sin sus consejos, su permanente dirección, sus ánimos y su fuerza no habría realizado este trabajo con tanta constancia e ilusión. Profesor, admiro su asombrosa capacidad, su dedicación, su cariño, su humanidad, su pasión y sus innumerables cualidades (así como debilidades). Por todo esto y más, es mi modelo a seguir y por ello, intentaré, si la vida me da la oportunidad, despertar ilusión y guiar a todo jovencito que, como yo, se enamora del Derecho Internacional.

A mi padre que, entre maniobras, misiones, dos hijas y muchos obstáculos, ha conseguido ser un magnífico jurista, profesor y, sobre todo, padre. Gracias, Capitán, por enseñarme a volar. A mi abuela que, aunque no pudo ir a la escuela, con 86 años rellena incansable cada tarde cuadernillos Rubio. Gracias a los dos por enseñarme el valor del trabajo, del esfuerzo y de la constancia.

A mi madre por tener las maravillosas virtudes de la paciencia, de la alegría y del cariño. Sin ti no hubiese realizado la primera entrega. Nada como una madre.

A mi hermana por ser mi mejor amiga.

A Adriana, mi compañera de batallas. Bruselas nos hizo un verano soñar con una vida académica y míranos, aquí estamos creciendo y consiguiendo juntas objetivo tras objetivo. Gracias por creer en mí.

A Dani, un regalo. Gracias por darme tanta fuerza.

ÍNDICE

GLOSARIO	7
INTRODUCTION.....	9
PARTE I: LA SALUD Y EL DERECHO INTERNACIONAL	14
CAPÍTULO PRIMERO: EL ENCUADRE JURÍDICO INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD	14
I. ¿QUÉ ES EL DERECHO A LA SALUD? CONCEPTO, CONTENIDO Y CARACTERÍSTICAS.	14
II. EL DERECHO A LA SALUD EN LA SOCIEDAD INTERNACIONAL INSTITUCIONALIZADA.	32
III. EL PAPEL DE NACIONES UNIDAS RESPECTO DEL DERECHO A LA SALUD.....	41
IV. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD COMO ORGANISMO ESPECIALIZADO DE LAS NACIONES UNIDAS EN EL ÁMBITO SANITARIO.	45
V. OTROS ORGANISMOS ESPECIALIZADOS DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS.	52
CAPÍTULO SEGUNDO: EL AMPARO INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD	55
I. NIVEL UNIVERSAL GENERAL.	55
1. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES SOBRE SALUD.	55
2. EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL.	60
3. DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO.....	63
4. LA CARTA INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.	70
II. NIVEL UNIVERSAL ESPECÍFICO.....	75
III. NIVEL REGIONAL.	79
1. EL MARCO EUROPEO.	79
1.1. La Unión Europea y el Derecho a la salud.	79
1.2. El Consejo de Europa y el Derecho a la salud.	87
2. EL MARCO AMERICANO.....	92
3. OTROS MARCOS REGIONALES (ÁFRICA Y ASIA).	96
PARTE II: LA SEGURIDAD HUMANA	101
CAPÍTULO TERCERO: DESDE LAS PRIMERAS TEORÍAS IUS-FILOSÓFICAS HASTA EL ACTUAL CONCEPTO DE SEGURIDAD HUMANA	101
I. SEGURIDAD HUMANA: IDEAS PREVIAS Y EVOLUCIÓN.	101
1. IDENTIFICACIÓN DE TÉRMINOS, DELIMITACIÓN Y ALCANCE.	101
2. PRIMERAS TEORÍAS.....	110
II. ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LA SEGURIDAD HUMANA.....	123
1. CONCEPTO.	123
2. ELEMENTOS DE LA SEGURIDAD HUMANA.....	128
3. PRINCIPALES CATEGORÍAS DE SEGURIDAD HUMANA.	130
III. SEGURIDAD HUMANA Y EL PRINCIPIO DE NO INTERVENCIÓN EN LOS ASUNTOS INTERNOS.....	132
CAPÍTULO CUARTO: LA SALUD Y LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER	136
I. LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER.	136
1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN.	136
2. NATURALEZA JURÍDICA DE LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER.	146
3. CONTENIDO Y ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER.	150

- II. LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER LA SALUD EN EL MARCO DE LAS NACIONES UNIDAS. 155

PARTE III: LA SEGURIDAD SANITARIA INTERNACIONAL..... 162

CAPÍTULO QUINTO: LA SEGURIDAD SANITARIA INTENACIONAL..... 162

- I. EL DESARROLLO DEL CONCEPTO DE SALUD EN LA SEGURIDAD HUMANA.162
- II. LA SEGURIDAD SANITARIA COMO CONCEPTO PROPIO.164
 - 1. CONCEPTO DE SEGURIDAD SANITARIA.....165
 - 1.1. Primera definición oficial de seguridad sanitaria:.....165
 - 1.2. Evolución de la definición:167
 - 1.3. Concepto general:173
 - 2. CARACTERÍSTICAS DE LA SEGURIDAD SANITARIA.....182
 - 2.1. Vinculación con otras materias:.....182
 - 2.2. Cooperación internacional para hacer frente a los riesgos comunes:183

CAPÍTULO SEXTO: LOS RIESGOS SANITARIOS QUE PUEDEN AFECTAR A LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES 186

- I. EPIDEMIAS Y PANDEMIAS.186
- II. ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR “EL MUNDO ACTUAL”189
 - 1. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS COMO CONSECUENCIAS DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS.189
 - 2. ENFERMEDADES COMO CONSECUENCIA DEL CAMBIO CLIMÁTICO.....191
- III. ENFERMEDADES INTENCIONADAS.....193
 - 1. ENFERMEDADES COMO MEDIOS O MÉTODOS DE COMBATE.....193
 - 2. ENFERMEDADES COMO CONSECUENCIAS DE ATAQUES TERRORISTAS.....196
- IV. NUEVAS FORMAS.197
 - 1. BIOSEGURIDAD.198
 - 2. CIBERSEGURIDAD Y SEGURIDAD SANITARIA.202

CAPÍTULO SÉPTIMO: GESTIÓN DE LOS POTENCIALES RIESGOS DESDE LA SEGURIDAD SANITARIA 206

- I. PRINCIPALES PROBLEMAS.....206
- II. EXPECTATIVAS.....209
- III. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN.211

PARTE IV: LA SEGURIDAD SANITARIA Y LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES 213

CAPÍTULO OCTAVO: LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONAL Y LA SEGURAD SANITARIA 213

- I. PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES.213
 - 1. EL PROPÓSITO GENERAL DE MANTENER LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES EN LA CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS.213
 - 2. LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES A LA LUZ DE LOS NUEVOS DESAFIOS.218
 - 3. LAS ACCIONES PARA EL MANTENIMEINTO DE LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES EN LA CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS FRENTE A RIESGOS Y AMENAZAS SANITARIAS.221
 - 3.1. Situaciones sanitarias que ponen en peligro la paz y seguridad sanitarias.221
 - 3.2. Amenazas sanitarias que afectan a la paz y seguridad internacionales.225
- II. LA PROTECCIÓN DE LA SEGURIDAD SANITARIA Y LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES.....228
 - 1. SEGURIDAD SANITARIA, SEGURIDAD HUMANA Y PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES.228
 - 2. LA SEGURIDAD SANITARIA EN EL MARCO LA CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS.237

2.1.	Cuestiones de salud como amenaza a la paz y a la seguridad internacionales. .	237
2.2.	Medidas e instrumentos para la protección de la seguridad sanitaria adoptados por el Consejo de Seguridad.	241
3.	LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER LA SALUD EN CASOS DE AMENAZAS A LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES.	247

CAPÍTULO NOVENO: LOS CORDONES SANITARIOS COMO INSTRUMENTOS DE PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES	249
I. ¿QUÉ ES UN CORDON SANITARIO?	249
II. CONDICIONES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LOS CORDONES SANITARIOS.	253
III. LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LOS CORDONES SANITARIOS. MARCO JURÍDICO Y DESARROLLO DE LA MEDIDA.	266
1. SITUACIONES DE PELIGRO SANITARIO EN EL MARCO DE LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES.	266
1.1. Medidas o métodos recomendados frente a una controversia que ponga en peligro la paz y la seguridad internacionales.	268
1.2. Actores intervinientes.	273
2. LAS AMENAZAS A LA SALUD Y A LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES.	276
2.1. Cordones sanitarios como medidas preventivas (las OMPs).	280
2.2. Cordones sanitarios como medidas para restablecer la paz y seguridad internacionales.	282
CONCLUSIONS.....	301
BIBLIOGRAFÍA	305

GLOSARIO

CAFDH	Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos
CADH	Convención Americana sobre Derechos Humanos
CMNUCC	Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático
CEDH	Convenio Europeo de los Derechos Humanos
CIJ	Corte Internacional de Justicia
CIISE	Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los Estados
DRAE	Diccionario de la Real Academia Española
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FED	Fondo Europeo de Desarrollo
GHSA	Global Health Security Agenda (Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial)
OACDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMP	Operaciones de Mantenimiento de la Paz

OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Naciones Unidas
OTAN	Organización del Tratado del Atlántico Norte
OPA	Organización Panamericana de Salud
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
TFUE	Tratado de Funcionamiento de la UE
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana

INTRODUCTION

A. RATIONALE:

Security is a basic objective for the individual and for social groups. Throughout history, prevention, protection and peace have always been the most important aims of States, their peoples and, consequently, every human being.

For years, in agriculture-based societies, the occupation of territory was often a consequence of war. For this reason, the resulting security strategy was focused on avoiding that kind of occupation. After World War II and, mainly, after the start of the Cold War, other kinds of threats arose that went beyond the simple idea of occupying territories. So, in the past 70 years, the traditional concept of security has been subjected to a logical process of evolution on a national level as well as international.

In this context, a concept of human security arose based on the prevention, of risks and the protection from them, weak points and threats that can directly affect the individual. Within the new categories and perspectives on security, there are some related to health and have measures to protect public health. All of this is called health security.

The World Health Organization is the main UN agency specializing in public health which has the principle aim of achieving the highest attainable standard of health possible. It has realized, after several outbreaks of diseases that “the world is ill-prepared to respond to a severe pandemic or to any similar global, sustained and threatening public health emergency”¹.

In September 2014, after the last great international outbreak, ebola was declared by the Security Council to be a threat to international peace and security. Between August and November 2014, that health emergency was the center of

¹ Resolution of the World Health Assembly, the 12th General Programme of Work, “Not merely the absence of disease”, 66^a World Health Assembly, 19 April 2013, A66/6, p. 33.

attention of the media all over the world. This disease was particularly important in Spain because two Spanish priests, who had died from the disease, were repatriated. Moreover, the only infected and cured person in Europe, was a Spanish nurse².

These events occurred when I was going to start my doctoral program at the University of Seville, and inspired me to study health security from the perspective of International Public Law.

B. OBJETIVES AND METHOD:

This research is mainly aimed at studying, analyzing and reviewing the interaction between health and international security and to identify the appropriate response to health risks and threats from the perspective of International Public Law.

This legal and scientific study examines three main goals in depth: health security, international security and cordon sanitaire, as instruments for attaining a reasonable health security. The reason for this is that health and international security are two major topics of this research project, in fact, both topics appear in the title. Therefore, I consider the possibility of creating a system of isolation in order to prevent or deal with a deadly epidemic. Consequently, the theorization of cordons is the overall objective of this paper.

In order to develop this general objective, it was necessary to first examine other specific objectives to establish the theoretical structure. These more specific goals have been divided into the following points:

- The study of the concepts of health and the right to health, in order to define in broad terms, the limits of that individual legal recognition.
- The understanding of the origin and evolution of health security, starting with an extensive knowledge of human security. Although the main study

² “Cronología del ébola en España”, El Mundo, 9 October 2014. Available in: <http://www.elmundo.es/salud/2014/10/09/5436be10ca4741d0438b4592.html> (Accessed June 16, 2017).

of health security is carried out from the perspective of international peace and security, it is also important to examine human security in order to define the concept of health security. It is of great importance to determine when a health threat can be approached from the perspective of international security.

- A general study of the concept of international security. In this way, both general objectives are connected, that is to say, risks and threats to health security can be analyzed as risks and threats to international security.
- After studying the concepts, causes, contexts and consequences, it is necessary to provide measures, mechanisms, that is, legal solutions, such as cordons sanitaires to face risks and threats.
- Finally, a cordon sanitaire is created and systematized as a preventive or action measure in the face of a threat to health security and international peace and security.

The method used is essential to designing a coherent and precise investigation. Therefore, regarding the objectives described above, the itinerary for reaching these goals needs many cognitive methods. In this way, I have carried out my research using methodological syncretism, which is the merging and harmonic use of several similar and compatible methods.

At the same time, I have used the sociological method because in this research, not only did I have to delve into International Public Law (from multiple perspectives), but I also tried to analyze, interpret and include other related sciences, such as political science, history, international relations, sociology, an elementary study of medicine, and even economics, in order to study and systematize the main objectives and address the most important question.

In this sense, I have sometimes started by using theoretical knowledge in order to understand some specific cases while, in other situations, I have obtained the legal bases from examples, real cases or even, from conjecture.

The work structure can also be explained methodologically. I first studied both concepts of the title of the thesis in depth. That gave me enough theoretical

knowledge to provide a solution to the general question on which this research is based.

Secondly, as I explained in the forementioned objectives, the nine chapters are coordinated and follow a strict order. The right to health and health security allowed me to discover the limits of health. Moreover, the study of international security gave me a sufficient base to substantiate a new way to address health threats to international security. At the same time that knowledge about the concept of health security helped me to make a systematic and coherent Part IV (Proposals and solutions through International Public Law: cordons sanitaires).

In the case of plural research methods, the different methodological techniques are also varied. The principle tools employed are as follow:

Analytical technique: used when it is possible to obtain important information from different instruments or sources. This technique has been widely used in this paper.

Inductive technique: used when a practical analysis is the starting point for designing theoretical measures in order to deal with different situations with similar element.

Interdisciplinary technique: observes the differences and relationships between categories or fields of study.

Descriptive technique: when studies certain realities related to an idea and develops the most appropriate concept for that study.

Deductive technique: when there are new situations and it is necessary to use ideas from other branches of International Public Law.

C. SOURCES:

As seen in the bibliography, primary and secondary sources have been used for the elaboration of this research project.

In regard to the primary sources (Treaties, Customary Law, Legal Principles, Peremptory Norms of International Law, Soft Law and Jurisprudence), I must emphasize that numerous relevant documents are not legally binding. As explained throughout this study, threats to health security are usually global problems, so, although there are treaties and other legally binding documents, many of them are not of that nature. The main reason for this is that a legal commitment is a complicated process, and furthermore, most of the time, the Law usually acts after the event.

In relation to the secondary sources, I have used all the available scientific and doctrinal works that the University of Seville (the library of the Law School) and The Hague Academy of International Law, among others, were able to offer. As a methodological requirement, I have tried to work with the highest-quality and the most recent studies whose authors are eminent figures and experts.

Finally, the documentary part and the access to websites have also been a crucial bibliographical support by providing the most up-to-date information.

Sevilla - La Haya,

diciembre 2014 - julio 2017.

*“Intervenir en salud para forjar un porvenir
más seguro” Margaret Chan*

PARTE I: LA SALUD Y EL DERECHO INTERNACIONAL

CAPÍTULO PRIMERO: EL ENCUADRE JURÍDICO INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD

I. ¿QUÉ ES EL DERECHO A LA SALUD? CONCEPTO, CONTENIDO Y CARACTERÍSTICAS.

La salud, desde una perspectiva amplia, se puede entender como el buen estado físico y psíquico que permite ejercer con normalidad las diversas funciones del ser humano. No obstante, la salud es algo más que un estado del individuo³. En la actualidad y cada vez en mayor medida, este concepto integral, transversal y positivo, supone el centro de muchos de los objetivos que se afana en alcanzar la comunidad internacional.

La salud se encuentra normativizada por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud⁴, donde se define como “un estado de

³ Es más que la ausencia de enfermedad, entendiéndose que enfermos, (o heridos) son “las personas, sean militares o civiles, que debido a un traumatismo, una enfermedad u otros trastornos o incapacidades de orden físico o mental, tengan necesidad de asistencia o cuidados médicos y que se abstengan de todo acto de hostilidad. Esos términos son también aplicables a las parturientas, a los recién nacidos y a otras personas que puedan estar necesitadas de asistencia o cuidados médicos inmediatos, como los inválidos y las mujeres encintas, y que se abstengan de todo acto de hostilidad”. Artículo 8 del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 8 de junio de 1977.

⁴ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Este texto ha sido reformado en la 26ª, la 29ª, la 39ª y la 51ª Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y

completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁵. Se trata de un derecho fundamental que ostenta todo ser humano y una “condición fundamental para lograr [el objetivo máximo de] paz y seguridad”.

El propósito último de la salud, aunque resulte utópico es lograr el más elevado grado posible. Esto sólo podría conseguirse a través de una estricta cooperación activa entre distintos sectores sociales (especialmente el sanitario) y económicos, mediante la actuación responsable de los gobiernos y a través de la intervención de la propia ciudadanía debidamente formada e informada⁶. La ambiciosa referencia a la salud, recogida en el citado tratado internacional, continúa consolidando la esencia del concepto que se describe, a pesar de haber sido formulado hace ya algunas décadas⁷.

En este sentido, la salud constituye uno de los objetivos prioritarios de todos los Estados parte de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) y conlleva que cada individuo –en su propio Estado– pueda gozar de “un estado personal de bienestar”, lo cual se consigue con la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios y a la creación de las circunstancias precisas que les permitan desarrollar una “vida social y económicamente productiva”⁸.

WHA51.23), las cuales entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente.

⁵ Se recoge así en el segundo párrafo del Preámbulo.

⁶ Parte introductoria de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y el apartado I de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, celebrada del 6 al 12 de septiembre de 1978.

⁷ “La salud entró en la escena política y jurídica internacional a partir de 1851, cuando se celebró la primera de las trece conferencias sanitarias internacionales que hasta principios del siglo XX intentaron evitar la propagación de enfermedades infecciosas, particularmente el cólera, la peste y el tifus. El objetivo, sin embargo, no era exclusivamente sanitario, y se sostiene que dichas conferencias perseguían también intereses comerciales y estratégicos, que en ocasiones incluso tomaban precedencia con respecto al de la protección de la salud”. No obstante, no es hasta 1946 cuando se recoge su definición, como ha sido explicado. PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., “Salud y Seguridad Global: la integración de la salud en la agenda internacional de la seguridad”, *Agenda ONU: Anuario de la Asociación para las Naciones Unidas en España*, Nº 8, 2006-2007, p. 91.

⁸ MAHLER, H., “El sentido de ‘la salud para todos en el año 2000’”, en *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 35, nº 4, 2009, p. 3.

Esto es, desde la perspectiva del desarrollo socio-económico, la población debería disponer de unas condiciones óptimas para prevenir, combatir y asumir enfermedades de la forma más digna y sencilla posible. Por lo que la salud no solo depende de las investigaciones científicas o tecnológicas y de los progresos conseguidos, sino que se encuentra intrínsecamente relacionada con factores sociales, culturales, didácticos, psicológicos, etc.⁹

Pese a que el concepto en sí continúa prácticamente invariable desde que fue asumido por la OMS, su interpretación evoluciona de conformidad con la amplitud e intensidad de las garantías en salud. Cada vez con mayor notoriedad, se tendrán en cuenta elementos transversales como la distribución de los recursos, la perspectiva de género, el factor de la globalización y la permanente comunicación.

Retrospectivamente, esta noción de salud humana no siempre fue entendida del mismo modo. En tiempos previos al siglo XIX, la salud, como un bien individual y de responsabilidad personal, era percibida como la mera ausencia de enfermedad. El motivo de la evolución conceptual se asienta en que los distintos cambios sociales y los avances científicos tuvieron como consecuencia que, en el siglo XIX los Estados con cierto nivel de desarrollo, comenzaron a garantizar servicios sanitarios que permitían la protección de la salud con la mayor cobertura posible. El motivo radicaba en evitar los riesgos a los que se exponía a la ciudadanía y a la sociedad, por su elevado costo.

Esto provocó la celebración de las primeras conferencias con objeto sanitario. En ellas se expusieron la voluntad de aunar fuerzas para buscar la erradicación y el tratamiento más avanzado posible de las enfermedades. Sobre esta base de partida se comienza a constituir el concepto integral de salud que llega a nuestros días¹⁰.

⁹ Preámbulo, Actas de la Conferencia General sobre la “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos” de la UNESCO, 19 de octubre de 2005, 32ª reunión, (Resolución 32 C/24).

¹⁰ SEUBA HERNÁNDEZ, X., “La emergencia del Derecho Internacional de la Salud”, en *Revista Digital Facultad de Derecho*, nº 1, 2009, p. 5.

Como definía con anterioridad, el concepto de salud lleva, además, intrínseco el reconocimiento jurídico individual por ser un derecho inherente a la dignidad humana.

En este sentido, el derecho a la salud implica que, a través de un enfoque intersectorial, se trabaje por el objetivo esencial de conseguir una equidad social y sanitaria, como uno de los derechos fundamentales de todo individuo, sin distinción. Si la persona goza de este derecho, correlativamente alguien tiene el deber de garantizar su efectividad y su pleno ejercicio. Esta responsabilidad recae principalmente en los gobiernos ya que, como se ha adelantado, “la promoción de la equidad sanitaria es vital para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos, lo cual, a su vez, puede contribuir a la paz y a la seguridad”¹¹. Esto es resulta imprescindible el reconocimiento de unos derechos y libertades que deben respetarse y ejercitarse con efectividad y sin discriminación. Por ello, como confirmó la Comisión de Derechos Humanos¹² resulta trascendental que la salud sea incorporada en las distintas políticas¹³. No obstante, el derecho a la salud tampoco es sólo una responsabilidad ajena. De igual modo, el derecho a la salud implica el derecho y el correlativo deber ciudadano de participar tanto individual como colectivamente, en la organización y en la proyección de la atención sanitaria. Por lo tanto, el fin último consiste en la salvaguardia y custodia del bien más básico y esencial que posee el ser humano: la salud.

¹¹ Informe de la Secretaría de la OMS sobre “Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, OMS, de 19-21 de octubre de 2011”, en la 130.^a reunión del Consejo Ejecutivo, de 24 de noviembre de 2011, EB130/15. En parecidos términos también se pronunciaban los expertos que elaboraron la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, en Alma-Ata, de 12 de septiembre de 1978.

¹² “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, Comisión de Derechos Humanos: Resolución 2004/27. La Comisión de Derechos Humanos fue un órgano creado por Consejo Económico y Social a través de la Resolución 9 (II) del 21 de mayo de 1946 y fue sustituida por el Consejo de Derechos Humanos, que fue creado por la Asamblea General a través de la resolución A/RES/60/251, desde el 15 de marzo de 2006.

¹³ “Las políticas que están basadas en el derecho a la salud tienen más probabilidades de ser eficaces, equitativas, sólidas, participativas y significativas para los que viven en la pobreza”, “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, Informe del SR. PAUL HUNT, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Comisión de Derechos, Asamblea General, documento A/59/422, 8 de octubre de 2004.

El derecho a la salud se ve necesitado de un amplio conjunto de factores (como puede ser el agua potable, medio ambiente, educación higiénica, o controles alimenticios) que, si se alcanzan en un grado positivo, apuntalan, de manera decisiva, la existencia de una vida sana.

En términos más simples, el derecho a la salud incluye el derecho a la atención de la salud, que se manifiesta en aspectos tan variados como la existencia de agua potable, saneamiento suficiente, acceso a la información sobre las cuestiones esenciales de salud, acceso a medicamentos y medios suficientes para acceder a un tratamiento, etc., y todo ello desde la equidad e incluso con trato preferente a las personas vulnerables y desfavorecidas.

En definitiva, es preciso un sistema de buena calidad de vida que vele por el cumplimiento de este derecho de forma eficaz. Por lo que debe ser un objetivo primordial que el derecho a la salud se pueda ir alcanzando o perfeccionando, al menos, gradualmente¹⁴.

Sin embargo, no se debe identificar el derecho a la salud con el derecho a estar sano, ya que la buena salud depende de complejas variables que escapan del alcance de los garantes del derecho a la salud, como son la estructura biológica o la situación socioeconómica personal¹⁵.

Con relación a lo ya señalado, el desarrollo del derecho a la salud es contemplado como una obligación de realización progresiva y de evolución paulatina. No obstante, también existen obligaciones inmediatas (que, por su carácter esencial, no pueden ser suspendidas ni ignoradas en situaciones excepcionales como crisis o dificultades económicas) para los Estados comprometidos con materias de salud. Por lo tanto, “no solo es un objetivo

¹⁴ “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, Informe del SR. PAUL HUNT, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Comisión de Derechos, Asamblea General, documento A/59/422, 8 de octubre de 2004.

¹⁵ “El derecho a la salud”, Folleto Informativo sobre Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, n° 31, 2008, p. 6.

programático a largo plazo”¹⁶ sino que exige una intervención continua por parte de todos los actores.

En resumen, aún a costa de cierta reincidencia, es importante recalcar que el derecho a la salud consiste en un derecho humano primordial, indivisible, interdependiente y autónomo¹⁷. Esto provoca que el insuficiente reconocimiento del derecho a la salud pueda llegar a limitar el ejercicio de otros derechos, también importantes, como son el derecho al trabajo, a la educación o a la no discriminación. Al mismo tiempo, el derecho a la salud necesita ser ejercido en concurrencia con otros derechos de manera conjunta, para alcanzar un nivel de satisfacción básica.

Por lo que, podría estarse ante una vulneración del derecho a la salud si no se garantizan debidamente el derecho a unas condiciones sanitarias suficientes, el derecho a la alimentación o el derecho a un medio ambiente saludable, entre otros. Los derechos humanos requieren que se refuercen mutuamente ya que se caracterizan por las cualidades de “universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación”¹⁸.

Partiendo de la idea esencial que se ha descrito e incentivado por el interés que, desde hace décadas, existe por promover la salud y resolver los principales problemas sanitarios de la comunidad en general y de los propios Estados, de forma particular, se celebró en Alma-Ata, la Conferencia Internacional de Atención primaria de salud en 1978¹⁹. En ella se formuló el propósito de instaurar un sistema de atención primaria o de atención sanitaria esencial accesible universalmente a los individuos y a las familias en sus propias comunidades.

¹⁶ *Ibíd.*

¹⁷ “Todos los derechos humanos son universales e indivisibles, están relacionados entre sí, son interdependientes y se refuerzan mutuamente, y deben tratarse de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y con la misma atención”. Resolución de la Asamblea General, “Documento Final de la Cumbre Mundial 2005”, Sexagésimo período de sesiones, 24 de octubre de 2005, (A/RES/60/1).

¹⁸ *Ibíd.*, párrafo 13.

¹⁹ “Atención primaria de salud”, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

La atención primaria de salud es el núcleo esencial de los sistemas nacionales de salud, condicionado por el nivel de desarrollo económico y social alcanzado por la comunidad, es decir, sobre la base del sistema de atención primaria se construirán el resto de niveles –superiores– del sistema nacional de salud. Ésta, como base del derecho de la salud, se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, los cuales pueden estructurarse en servicios de cuatro grados: “preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud”²⁰. Aunque los servicios ofrecidos dependen en gran medida de las condiciones económicas y socioculturales de cada comunidad y cada Estado, existe un mínimo²¹ de asistencia que, tal y como se recogió en la Conferencia de Alma-Ata, debe ser estrictamente cumplido para que no sea vulnerado el derecho a la salud y el derecho a la vida:

“la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha

²⁰ “Atención primaria de salud”, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, p. 40.

²¹ Como el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (órgano de expertos independientes creado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en virtud de la resolución 1985/17, de 28 de mayo de 1985, para supervisar el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales) determina en las Observaciones Generales 3 (párrafo 10) y 14, los distintos Estados ostentan la “obligación mínima básica” de asegurar el cumplimiento de los niveles esenciales mínimos de los distintos derechos contemplados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, hasta el máximo de los recursos de que disponga. En este modo, en relación con el derecho a la salud, los Estados deberán velar porque exista un efectivo, real y equitativo:

- acceso a la alimentación básica, agua potable y vivienda;
- derecho de acceso a los servicios y establecimientos de salud, medicamentos, servicios de saneamientos. Tanto la Observaciones Generales 3 -U.N. Doc. E/1991/23 (1990)-, como la Observación General 14 -U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000)- fueron recomendadas por la Resolución del Consejo Económico y Social 1987/5, de 16 de mayo y la Resolución de la Asamblea General 42/102, de 7 de diciembre de 1987.

correspondientes; y el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes”²².

En consecuencia, la atención primaria de salud supone el primer contacto que, en materia de salud, existe para los individuos. Por ello el objetivo principal es alcanzar el máximo acercamiento en las comunidades a través de un desarrollo local adecuado en el que tanto la comunidad, como los integrantes y expertos del sistema, contribuyan al mayor grado de desarrollo sanitario. Como se determinaba *ut supra*, de la atención primaria no solo se deriva un ejercicio pleno del derecho a la salud sino, también, una responsabilidad. Es precisa una participación de todos los sectores, en la planificación, en la organización y en la administración sanitaria, en la medida en que sea posible.

La medida inicial y esencial para lograr una adecuada atención sanitaria²³ se centra en educar a los individuos y familias para que adquieran hábitos saludables y pongan en práctica los cuidados pertinentes. En esta línea, el resultado se manifestaría en una mayor participación comunitaria que, a su vez, debería contar con el apoyo de los gobiernos. Ello propiciaría un sistema de diálogo entre ambas partes y, por tanto, un sistema cada vez más fuerte y sólido.

²² “El derecho a la salud”, Folleto Informativo sobre Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, n° 31, 2008, pp. 36-37.

²³ Ayudar a que comprendan sus propios problemas sanitarios. Por ejemplo, impartir programas de saneamiento o campañas alimentarias, en las escuelas u otros centros; que los trabajadores agrícolas conozcan los principios básicos de la buena nutrición para que así produzca alimentos apropiados; informando a las madres de la necesidad de llevar un estilo de vida higiénico o utilizar los servicios de inmunización. Ejemplo concreto: “El Fondo de la ONU para la Infancia [ha trasladado] que las medidas higiénicas que se adoptaron para proteger a los escolares en Guinea, Liberia y Sierra Leona del virus del ébola han contribuido a que no se registraran casos de escolares enfermos. UNICEF señaló que en esos tres países no se han detectados casos de alumnos o profesores afectados por ese virus, después de ponerse en marcha medidas higiénicas estrictas a comienzos de este año, cuando se reanudaron las clases [como] tomar la temperatura de alumnos y profesores a la puerta de los centros escolares, la instalación de equipamiento para el lavado de manos y la distribución de jabón y de cloro, entre otras. `Los niños aprendieron cómo protegerse ellos y a otros del ébola y llevaron esos mensajes a sus padres y a sus comunidades (...)’”. “Prácticas higiénicas ayudan a evitar casos de ébola en escuelas africanas” 12 de agosto, 2015, Centro de Noticias ONU. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=33037&Kw1=ebola#.VfQMNHtmko>. Consultado el 16 de junio de 2017.

Intrínsecamente relacionado con la atención sanitaria, está la cobertura sanitaria universal²⁴ desarrollada en la Resolución “Salud mundial y política exterior” que la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó por consenso el documento A/67/L.36, el 12 de diciembre de 2012²⁵. El objetivo global y primordial es asegurar a todas las personas una cobertura sanitaria mínima, que les permita recibir los servicios precisos cuando no dispongan de los recursos financieros suficientes para costárselo. “La cobertura universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer”²⁶. Por ello, la aspiración es “garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios que fomenten la buena salud, prevengan las enfermedades y ofrezcan tratamiento y rehabilitación. Los servicios han de ser de buena calidad, eficaces y los beneficiarios no han de padecer dificultades económicas para pagarlos”²⁷ evitando, por tanto, la inseguridad económica cuando exista una verificada escasez de recursos. En resumen, la cobertura sanitaria universal es un instrumento indispensable para consolidar los sistemas sanitarios y garantizar el derecho humano a la salud sin discriminación, a la vez que permite luchar contra la pobreza.

Por otro lado, el concepto de salud ya descrito es relativamente ampliado, en el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁸ (en adelante PIDESC). En este precepto se determina que “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”, lo cual implica que el derecho a la salud –desde esta perspectiva– no se limita al derecho a la atención de la salud, sino que debe tender a su continuo perfeccionamiento.

²⁴ Para más información véase: RODIN, J., DE FERRANTI, D., “Universal health coverage: the third global health transition?” en *The Lancet*, 2012.

²⁵ Resolución de la Asamblea General sobre “Salud mundial y política exterior”, Sexagésimo séptimo período de sesiones, 12 de diciembre de 2012, A/67/L.36.

²⁶ MARGARET CHAN. Alocución de la 65ª Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_3-sp.pdf

²⁷ PÉREZ ANDRÉS, C., “Hacia la cobertura sanitaria universal. El concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer” en *Revista española de salud pública*, nº1, 2013, p. 1.

²⁸ Adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 (Número de resolución: A/RES/2200(XXI)A-C). En vigor desde el 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27 del propio texto.

Cincuenta años después de la redacción de aquel artículo y desde una perspectiva global, el propósito de dicho precepto está muy lejos de alcanzar unos niveles mínimos. Es posible que en el momento de su elaboración la comunidad internacional fuera consciente de la dificultad de para su consecución.

En este sentido, el logro del más alto nivel posible de salud será el resultado de sumar los recursos con los que cuenta el Estado responsable –sin pretender que el Estado pueda llegar a garantizar la buena salud ni brindar una protección en su totalidad de manera idealista, más las condiciones biológicas y socioeconómicas²⁹ esenciales del propio individuo. Por ello, “las facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud”³⁰ dependerán de los medios disponibles, de los factores naturales o biológicos e, incluso, de la responsabilidad del propio sujeto.

Como detalla la Observación General 14³¹ del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la salud evoluciona hacia “un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”³². A lo que se le suma la relevancia que ostenta el nivel de

²⁹ “Los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona”, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, Aplicación de la observación general 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22º período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, CESCR, párrafo 9.

³⁰ *Ibíd.*

³¹ Observación general 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22º período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, CESCR.

³² *Ibíd.*, párrafo 11.

participación de la población, como elemento fundamental para impulsar la consecución del más alto nivel posible.

De manera concatenada, para que el derecho al más alto nivel posible de salud pueda sostenerse, es preciso que, a la vez, se garantice y reconozca el Derecho al tratamiento³³. Brevemente, este derecho conlleva la existencia y construcción de un sistema de atención médica que permita gestionar eficientemente la prevención y actuación. Por ejemplo, la adecuada activación de los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación³⁴, como la vacunación.

Del primer objetivo definitorio, ya superado, se extrae que salud y protección resultan indivisas. De manera paralela, se aprecia que “la influencia entre globalización y salud es mutua”³⁵, todo ello demuestra que los actuales fenómenos contemporáneos como el comercio internacional, la masiva movilidad internacional, deterioro medioambiental, etc., inciden (positiva o negativamente) sobre la salud y el derecho que se deriva de este último. En este sentido, aunque se pueden utilizar las fronteras para discernir las responsabilidades, los riesgos son de alcance general para el conjunto de toda la población, lo cual se traduce en que, sin prevención y sin mecanismos de reacción, se produce una exposición global del peligro.

Por ello la idea clave es que, aunque “los motivos de la emergente relevancia de la salud son numerosos [todos de un modo u otro] responden, al fenómeno de la globalización”³⁶.

³³ Mencionado en el artículo 12.2.b del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Nueva York, de 19 de diciembre de 1966, (BOE n. 103, de 30 de abril de 1977).

³⁴ Observación general 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22º período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, CESCR, párrafos 16 y 17.

³⁵ PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., “Salud y Seguridad Global...”, *op. cit.*, p. 92.

³⁶ *Ibíd.*

¿Qué se entiende por globalización de la salud? Cuando los problemas sanitarios afecten, directa o indirectamente, a la humanidad en su conjunto³⁷, de manera que se requiera una respuesta coordinada o concatenada de los Estados. Esto es, el plano nacional de protección de la salud debe sistematizarse con los demás niveles y con el resto de la comunidad internacional para lograr un estructurado sistema global –y nacional–.

Como se deduce de la actividad informativa diaria relativa a cuestiones de salud, los vínculos entre la globalización y la salud son realmente complejos y fuertes. Por ese motivo, ante la cuestión de si realmente el Estado puede controlar los efectos de la globalización sobre la salud, es oportuna la visión que se ofrece desde la disciplina del Derecho Internacional Público³⁸, bifurcada en dos importantes ideas:

Primero, que “el desarrollo y la gestión de la salud global en el siglo XXI deben implicar tanto una visión transnacional de los problemas sanitarios, como el propio desarrollo del Derecho Internacional de la Salud³⁹”.

Mientras que la segunda apuesta porque la globalización de la salud requiere, para su efectiva protección, instrumentos jurídicos, modelos de gestión, voluntad política y fondos económicos suficientes.

En la perspectiva práctica y, como se impulsó en la Conferencia de Alma-Ata, los Estados, individualmente, estructuran sus propios sistemas de protección sanitaria que va escalando niveles en función de sus circunstancias y capacidades. De esta forma se garantizan, en la medida de lo posible, los distintos derechos sanitarios nacionales⁴⁰.

³⁷ SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 1.

³⁸ El vínculo entre salud y globalización no es sólo objeto de estudio por la Salud Pública y las Relaciones Internacionales sino que el Derecho Internacional tiene mucho que aportar ya que, entre otros motivos, existe un amplio cuerpo normativo dedicado a ello. PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., “Salud y Seguridad Global...”, *op. cit.*, p. 93.

³⁹ *Ibíd.*

⁴⁰ “Purposes of international health legislation; the general objective is to support, guide, and coordinate national health law. The diversity of national legal systems and the different stages of their development are further stumbling-blocks in the way of harmonization. The delay in

Entretanto que el Derecho Internacional de la Salud ostenta el cometido de gestionar y desarrollar el derecho a la salud global, aconsejando, orientando y consolidando la perspectiva nacional, pero también bajo enfoque general internacional⁴¹, con el primordial objetivo de “minimi(zar) los impactos negativos de la globalización sobre la salud y (utilizando) las oportunidades que ofrece la globalización para mejorar la salud”⁴².

Salud y globalización han de retroalimentarse. El acoplamiento de ambos tiene que funcionar en perfecta compatibilidad, porque lo contrario, la desavenencia, tiene como resultado epidemias, límites a la movilidad internacional o brechas entre sociedades, entre otros. En definitiva, inseguridades.

Tras estos datos introductorios, la relevancia, a mi juicio, recae en precisar ¿en qué consiste el Derecho Internacional de la Salud?

Se puede entender, aunque no existe una definición aceptada de forma general, como el conjunto de normas⁴³ que tienen como fin proteger la salud humana y evitar los distintos peligros que pueden dañar a la misma⁴⁴, es decir, reforzar la seguridad sanitaria. Es un derecho principalmente identificable por su carácter disperso, lo cual se muestra por una expansión escalonada, descoordinada

recognizing the importance, and indeed the existence, of international health law reflects the slowness of the international scientific community to grasp the role already played by international health legislation in the establishment and application of international measures for the protection of health”. BÉLANGER, M., “The future of international health legislation” en *International Digest of Health Legislation*, vol.40, 1, Ginebra, 1989, p. 2.

⁴¹ *Ibíd.*

⁴² SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 10.

⁴³ “El vasto número de normas vinculadas por el propósito de proteger, promocionar y mejorar la salud permite apuntar la emergencia de un régimen jurídico internacional que gira en torno a la salud, el Derecho internacional de la salud. En lo que a las normas primarias se refiere, atendiendo al objeto que regulan las normas es posible identificar un importante cuerpo normativo dedicado a la protección y promoción de la salud. En cuanto a las normas secundarias, el Derecho internacional de la salud conoce normas que establecen mecanismos de producción normativa secundarios, que permiten a determinados órganos adoptar decisiones y normas obligatorias para otros sujetos internacionales. Conoce también normas de organización (...), normas de solución pacífica de controversias y normas que establecen mecanismos de control”. PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., “Salud y Seguridad Global...”, *op. cit.*, p. 93.

⁴⁴ “International health law” is thus defined as the body of principles concerning health which are accepted at the international level”. VIGNES, C. H., “The future of international health law: WHO perspectives”, *International Digest of Health Legislation*, Vol. 40, 1, 1989, p. 17.

y segmentada⁴⁵; un derecho necesario y esencial para reforzar la seguridad global en aras de reducir las vulnerabilidades, riesgos y enfermedades; es, por último, un derecho substancialmente complejo por su visual interdisciplinariedad⁴⁶.

Esto es, el objeto central del Derecho Internacional de la Salud consiste en proteger el bien jurídico de la salud humana, pudiendo experimentar distintos enfoques en función de las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales⁴⁷.

A pesar de que no existe ningún tratado internacional que se refiera de forma general a la protección de la salud⁴⁸, existen multitud de instrumentos de carácter internacional que contemplan el objetivo principal de promover o implementar de alguna forma, más o menos directa, el derecho humano a la salud⁴⁹, como se examinará a continuación⁵⁰.

El resultado de que esta cuestión, por su innegable relevancia y transversalidad, sea un propósito –general o relativo– de tratados, programas, políticas o de distintas organizaciones internacionales es un notorio indicio de que, en relación con la importancia de esta materia, existe “un escenario

⁴⁵ Puede ser que muy motivado por la inexistencia de una Organización Internacional que ejerza un verdadero liderazgo y una función legislativa suficiente. Aunque existe la Organización Mundial de la Salud ésta no actúa en todas las ocasiones con la suficiente firmeza y los resultados normativos no son lo suficientemente eficientes, principalmente, por la falta de voluntad política.

⁴⁶ En parecidos términos se pronuncia SEUBA HERNÁNDEZ cuando enumera las características que a su juicio ostenta el Derecho internacional de la salud, “a grandes rasgos se lo puede calificar como fragmentario, dinámico, funcional, multidimensional y, en cierto modo, con vocación de derecho administrativo global”. Aunque respecto a algunas calificaciones discrepo y otras considero que otro epíteto puede resultar más afortunado. SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, pp. 11-13.

⁴⁷ Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, en Alma-Ata, de 12 de septiembre de 1978, p. 41.

⁴⁸ La Constitución de la Organización Mundial de la Salud es principalmente un tratado que se dedica a regular el funcionamiento de la Organización Internacional que crea más que a definir las directrices generales que debe seguir la protección internacional del derecho a la salud humana.

⁴⁹ SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 7.

⁵⁰ Por ejemplo, Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, Oviedo, de 4 de abril de 1997, Consejo de Europa, N°164.; Convention on Human Rights and Biomedicine, num 164, 4.IV.1997 o la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, Organización Mundial del Comercio de 20 de noviembre de 2001(WT/MIN(01)/DEC/2), etc.

normativo internacional confuso y relativamente inexplorado”⁵¹. Además, se une el cada vez más complejo *racimo de materias*, que es fruto del progreso fundamentalmente científico, y que generan tratamientos específicos o sectoriales como desarrollo del Derecho Internacional de la Salud. Por ejemplo, la Declaración Universal sobre la Bioética y Derechos Humanos⁵².

En consecuencia, ¿puede considerarse el Derecho a la salud global como análogo al Derecho Internacional de la Salud? A mi juicio, el Derecho a la salud global es el derecho humano o de alcance fundamental, que conlleva el propósito de garantizar una equidad social y sanitaria a cada individuo y de forma general (global). Esto es, se habla de Derecho a la salud global cuando dicho derecho ha sobrepasado la instancia interna e individual para ser tenido en cuenta como un derecho de la población mundial. El adjetivo “global” amplía el enfoque del concepto descrito, pero sin perturbar su significado básico y esencial de protección y garantía. Se hace extensible a cada uno de los individuos de la comunidad internacional.

Mientras que, por otro lado, comprendo que cuando se habla de Derecho Internacional de la Salud, como se ha adelantado pormenorizadamente, se alude a la disciplina en sí que tiene por objeto proteger y regular las cuestiones relativas a la salud (su protección, prevención e implementación).

En sentido a lo descrito, considero que se hablan de cuestiones distintas. Si se analizan las pretensiones de proyección de ambos conceptos, aunque *a priori* se camufle en concomitancia, se aprecia una clara divergencia.

Respecto a la relación segmentada que pudiera existir entre ambos conceptos, los autores SEUBA HERNÁNDEZ y PAREJA ALCARAZ esclarecen que “junto al tradicional concepto de salud internacional ha emergido la noción de salud global, que va más allá del elemento fronterizo e incluye a nuevos actores y

⁵¹ SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 8.

⁵² Resolución aprobada, previo informe de la Comisión III, en la 18ª sesión plenaria, el 19 de octubre de 2005.

nuevas interdependencias en el marco de la gestión de los problemas sanitarios”⁵³, lo cual no se aleja en exceso de la idea que he trasladado.

En este contexto, ¿cuáles son las características que identifican el **derecho a la salud**⁵⁴ (entendido como un derecho humano)?

- Es un derecho humano inclusivo⁵⁵ porque para ser garantizado es preciso que otros derechos básicos sean asegurados⁵⁶, es decir, para su existencia es ineludible el reconocimiento y el mínimo alcance de otros derechos y circunstancias que lo hacen posible. Por ejemplo, el Derecho humano al agua y al saneamiento⁵⁷, el Derecho a la alimentación, el Derecho al medio ambiente saludable⁵⁸, vivienda adecuada, etc.⁵⁹.
- Una vez que el derecho a la salud comienza a garantizarse éste lleva aparejado derechos y obligaciones o responsabilidades.

Para que el derecho a la salud pueda ser una realidad, el garante debe desarrollar el ejercicio de derechos tales como: el derecho a la información

⁵³ PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 92.

⁵⁴ Término utilizado en “El derecho a la salud”, Folleto Informativo sobre Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, n° 31, 2008, pp. 3-11.

⁵⁵ Término utilizado en “El derecho a la salud”, Folleto Informativo sobre Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, n° 31, 2008, p. 3.

⁵⁶ “La acción emprendida fuera del sector de la salud puede tener efectos sanitarios muchos mayores que los obtenidos en dicho sector”, MAHLER, H., *op. cit.*, p. 27.

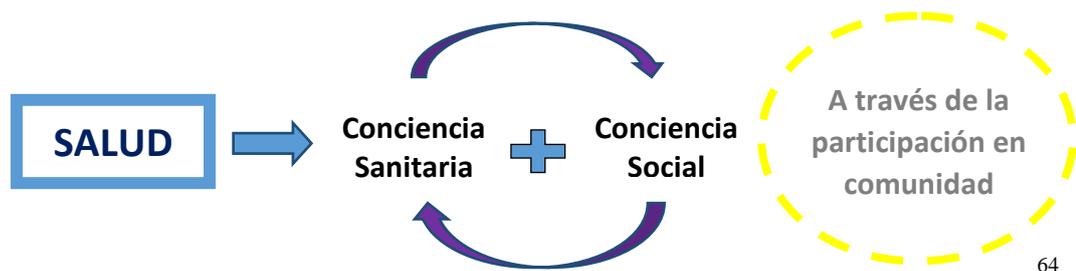
⁵⁷ Resolución aprobada por la Asamblea General el 28 de julio de 2010, Sexagésimo cuarto periodo de sesiones, (A/RES/64/292).

⁵⁸ Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos de 16 de diciembre de 2011, 19° período de sesiones, (A/HRC/19/34).

⁵⁹ “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, Informe del SR. PAUL HUNT, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Comisión de Derechos, Asamblea General, documento A/59/422, 8 de octubre de 2004, párrafos 16 y 17; “El derecho a la salud”, Folleto Informativo sobre Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, n° 31, 2008, p. 3; “El derecho a la salud”, Folleto Informativo sobre Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, n° 31, 2008, pp. 36-37; etc.

sobre salud, el derecho a la prevención, el derecho a acceder a servicios de salud básicos, el derecho a un sistema de protección integral de salud, el derecho a poder acceder a los medicamentos en función de las posibilidades, etc.

Al propio tiempo, del Derecho a la salud se deriva responsabilidad⁶⁰ “individual, familiar, comunitaria y nacional”⁶¹. Para que la atención primaria, que se estructura y vaya, es preciso que la población evite, en la medida de lo posible, ciertos factores⁶² favorecedores de la “mala salud”. En realidad, esta obligación puede cumplirse si se alcanza conciencia sanitaria y social, a la vez que se participa en la comunidad de forma sencilla, porque con la simple presencia, el conocimiento, la aportación de ideas, la presión a los gobiernos⁶³, etc. se provoca un avance notable en cadena.



- Otra característica es que, por su carácter humano es un derecho respecto del cual no cabe ningún tipo de discriminación. Dicho principio de no

⁶⁰ Resulta imprescindible que se coordine el trabajo en aras de garantizar el derecho a la salud para que el progreso resulte una responsabilidad de la comunidad, del pueblo en su conjunto y no responsables (generalmente políticos) ajenos.

⁶¹ MAHLER, H., *op. cit.*, p. 7.

⁶² “Factores de naturaleza política, económica, social, cultural, ambiental y biológica”, *ibíd.*, p. 9.

⁶³ *Ibíd.*

⁶⁴ Gráfico de elaboración propia.

discriminación requiere evitar cualquier distinción, exclusión o restricción cuando se pretende o se impide el disfrute, en este caso, del derecho a la salud. De forma más pragmática, implica impedir la discriminación de grupos como los indígenas, personas que sufren enfermedades desatendidas, ciudadanos que viven en zonas alejadas y rurales o aquellos que son más vulnerables por cuestiones de raza, pobreza o sexo.

- Es un derecho disponible y accesible⁶⁵, en relación con los establecimientos, infraestructuras y expertos que garantizan el Derecho a la Salud. Resulta imprescindible que, junto a la buena calidad del planteamiento del ejercicio de este derecho, exista una cordialidad con los aspectos culturales, así como el respeto de otros derechos que puedan, circunstancialmente, colisionar. No obstante, como resulta lógico, la naturaleza de los mismos dependerá del particular nivel de desarrollo de cada Estado.

Dentro de esta característica podría incorporarse el subtipo correspondiente a la identificación del derecho a la salud con la tecnología científica actual y satisfactoria. En otras palabras, el Derecho a la salud se verá mejor garantizado si se hace con ayuda de tecnología (sin que resulte excesivamente compleja y costosa, por lo que no existiría una dependencia negativa) y que, a su vez, fundamentalmente a través de la información, dicha tecnología se aproxime al consumidor. Esto es, se debe trabajar para la extensión del conocimiento, para que la comunidad actúe de forma más directa y para que la tecnología resulte eficaz, culturalmente plausible y viable económicamente.

- Por último, el derecho a la salud se caracteriza por incluir también libertades, las cuales derivan del propio ejercicio de derechos como el

⁶⁵ De acuerdo con la Observación general 14 los elementos esenciales que caracterizan a un Estado cuando garantiza el derecho a la salud son: la disponibilidad, la accesibilidad (no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, acceso a la información), aceptabilidad y calidad. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, Aplicación de la observación general 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22º período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, CESCR, párrafo 12.

derecho a no ser sometidos a experimentos con fines médicos, derecho a no sufrir mutilaciones genitales, derecho a no ser sometido a un tratamiento médico sin el propio consentimiento, así como el derecho a no ser sometidos a ninguna actuación que implique tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, etc.

II. EL DERECHO A LA SALUD EN LA SOCIEDAD INTERNACIONAL INSTITUCIONALIZADA.

El motivo por el que se destinan tantos proyectos, instrumentos y, en definitiva, esfuerzos a la promoción y protección de la salud de la población reside en que es un objetivo esencial para mantener la paz y seguridad internacionales. Consecuentemente y, de forma más particular, todo ello contribuye a mejorar la calidad de vida, al desarrollo económico y al bienestar social de los individuos y Estados.

La responsabilidad de esta promoción y protección de la salud recae, en primer término, en cada Estado. Estos deben lograr un desarrollo adecuado y sostenible a través de la elaboración de políticas que le permitan progresar con el fin expuesto. No obstante, las distintas iniciativas nacionales deben estar coordinadas, impulsadas e incluso guiadas, cuando su magnitud lo requiera, por estrategias e instrumentos de naturaleza internacional. De esta forma, se marca el itinerario, lo cual favorece a que los esfuerzos vayan en una sola dirección, complementándose y no obstaculizándose.

¿Qué instrumentos se ha elaborado desde el Derecho Internacional para combatir, prevenir y salvaguardar la salud?

En un primer momento, de forma más directa y amplia, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud⁶⁶, de 1946, reconoce el derecho fundamental de toda persona a la salud⁶⁷.

⁶⁶ Véase nota a pie de página número 4.

⁶⁷ “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En el marco de las Naciones Unidas, en 1948 la Asamblea General al adoptar la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁶⁸ (en adelante DUDH), en el artículo 25 reconoce, expresamente, el derecho de toda persona a tener un nivel de vida adecuado y saludable. Esto, como especifica el precepto, se alcanza con una asistencia médica y servicios sociales adecuados y suficientes, que permitan resolver enfermedades, proteger la maternidad o garantizar una alimentación saludable, entre otras cuestiones.

Varias décadas después, se adopta el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁶⁹ cuyo artículo 12 recoge el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que permita vivir dignamente. Se progresa, aunque en mi opinión no adecuadamente, al elevar el nivel de atención y custodia que se pretende proyectar sobre el bien público mundial de la salud. No obstante, no se olvide que dicho instrumento no genera obligaciones automáticas que impliquen reconocimiento y garantía. Como se recoge en el artículo 2º, los Estados asumen, solo, el compromiso de adoptar medidas para conseguir la plena efectividad de éste y otros derechos reconocidos.

De forma no tan específica, también reconocen el derecho a la salud instrumentos internacionales tan significativos como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial⁷⁰ recogiendo de forma expresa “el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”⁷¹ de toda persona sin distinción. La Convención

⁶⁸ La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue adoptada por la Asamblea General en París el 10 de diciembre de 1948 con 48 votos a favor, 8 abstenciones y 2 votos en contra. A/RES/217(III). La difícil tarea de su elaboración correspondió a la Comisión de Derechos Humanos, órgano subsidiario del Consejo Económico y Social.

⁶⁹ Véase nota a pie de página número 27.

⁷⁰ La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial fue adoptada –y abierta a la firma y ratificación– por la Asamblea General en 21 de diciembre de 1965. Resolución 2106 A (XX). Entró en vigor el 4 de enero de 1969, de conformidad con el artículo 19. España se adhiere el 21 de diciembre de 1965, con una reserva a la totalidad del artículo XXII (Jurisdicción del Tribunal Internacional de Justicia). BOE nº 118, de 17 de mayo de 1969.

⁷¹ Artículo 5.e) iv) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

sobre los Derechos del Niño⁷², en términos muy parecidos, en el artículo 24, se refiere a la necesaria salvaguardia del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud del niño, así como, a los servicios de tratamiento, rehabilitación y servicios sanitarios en general; y, en muy parecidos términos, en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer⁷³ cuando reconoce el derecho a la protección de la salud (artículo 11.1.f) y la necesidad de que sea garantizada una eficiente atención médica y servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior (artículo 12).

Del mismo modo, en la sociedad internacional institucionalizada se elaboran instrumentos de soft law (resoluciones, declaraciones, programas, observaciones o recomendaciones) que tienen como objetivo promover y proteger la realización progresiva del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental, así como de otras cuestiones subordinadas a este tema matriz.

Además de estas herramientas jurídicas de ámbito universal, se han configurado importantes instrumentos y mecanismos de progreso respecto del Derecho a salud entre Estados y comunidades con vínculos o alianzas. Por

⁷² La Convención sobre los Derechos del Niño fue aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y entró en vigor el 2 de septiembre de 1990 de conformidad con el artículo 49.1. Resolución 44/25. Es el primer instrumento jurídicamente vinculante que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos. Ésta es ratificada por España el 6 de diciembre de 1990. BOE nº 313, de 31 de diciembre de 1990.

⁷³ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979, entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981 tras su ratificación por 20 países. España procedió a su ratificación el 16 de diciembre de 1983. BOE nº 69, de 21 de marzo de 1984.

ejemplo, el Convenio Europeo de Derechos Humanos⁷⁴; la Carta Social Europea⁷⁵; Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos⁷⁶; etc.

Asimismo, el derecho a la salud y a su debida atención, se garantizan a través de más de cien disposiciones constitucionales⁷⁷, lo cual permite calcular que la voluntad por promover la garantía de este derecho global, por parte de la comunidad internacional en general, es activa. Sin perjuicio del necesario avance que se requiere para poder cumplir los futuros objetivos marcados y poder reducir notablemente los efectos negativos.

Lo relevante es que estos instrumentos, en mayor o menor medida, generan una responsabilidad y unas obligaciones. ¿Cuáles son éstas?

De forma inicial y esencial, los Estados ostentan la obligación de proteger y promover los derechos humanos de acuerdo con el Derecho consuetudinario y a los distintos tratados internacionales relativos a dicho objeto (muchos de ellos mencionados con anterioridad), respecto de los que se encuentren vinculados.

⁷⁴ Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales adoptado por el Consejo de Europa el 4 de noviembre de 1950 y que entró en vigor en 1953. España lo ratifica el 4 de octubre de 1979. BOE nº 243, de 10 de octubre de 1979. Contiene disposiciones relacionadas con el Derecho a la salud, como el derecho a la vida, la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, y el derecho a la familia y a la vida privada.

⁷⁵ Carta Social Europea, hecha en Turín de 18 de octubre de 1961, firmada en Estrasburgo, el 27 de abril de 1978 y en vigor desde el 26 de febrero de 1965. Ratificada por España 29 de abril de 1980. BOE núm. 153, de 26 de junio de 1980. Actualmente está disponible su versión revisada de mayo de 1996. En el artículo 11 se reconoce el Derecho a la protección de la salud.

⁷⁶ La también denominada CARTA DE BANJUL es aprobada el 27 de julio de 1981, durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana, reunida en Nairobi, Kenia. En el artículo 16 se habla del derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible.

⁷⁷ “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, Informe del SR. PAUL HUNT, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Comisión de Derechos, Asamblea General, documento A/59/422, 8 de octubre de 2004, párrafo 15.

El Derecho a la salud, como Derecho Humano que es, se estructura o clasifica en tres tipos o niveles⁷⁸ que se exponen a continuación. De manera que el derecho a la salud implica.

El compromiso de respetar, es decir, de no interferir en el ejercicio de dicho derecho, sea directa o indirectamente. Esto se cumple cuando no se restringen los servicios o el derecho a ningún grupo social, cuando no se proporcionan medicamentos no aptos para su administración, etc.

El deber de proteger, o lo que es lo mismo, de actuar activamente para resguardar y defender el derecho a la salud de los ciudadanos. La defensa del Derecho a la salud se logra adoptando medidas, métodos y medios efectivos, entre los que se incluye, como base para el cumplimiento, la promulgación de normas con las que se ajusten las conductas, las tareas y las actividades realizadas en beneficio del derecho a la salud.

Y la obligación de cumplir. Nivel más completo que implica que el Estado garante adopte todo tipo de medidas (reglas, normas e, incluso, sistemas de políticas o programas) con las que se permita el pleno ejercicio del derecho referido.

Para que un Estado pueda responder eficientemente deberá contar con un sistema propio de salud que le permita prever y proteger todos los factores transversales que inciden en el Derecho a la salud. Esto es, deberá contar con un sistema de datos de su población; un régimen con el que seleccionar y clasificar a los trabajadores sanitarios en sus distintas categorías; control, adecuación y actualización de las instalaciones, instrumentos y medicamentos; disposiciones que garanticen el cumplimiento de las políticas; sistemas para situaciones de

⁷⁸ “El derecho a la salud”, Folleto Informativo sobre Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, n° 31, 2008, pp. 37-41. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, Aplicación de la observación general 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22° período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, CESCR, párrafo 33.

alerta o epidemias; mecanismos efectivos, transparentes y accesibles de rendición de cuentas; etc.⁷⁹.

A su vez, la obligación de cumplir contiene los deberes de facilitar, proporcionar y promover la salud y lo indispensable para el cumplimiento de dicho derecho.

Además de la catalogación mostrada, el propio Derecho a la salud lleva intrínseco un conjunto de obligaciones. Sin perjuicio de la clasificación de acuerdo con su carácter específico, de forma general, las obligaciones que recaen en el Estado garante de dicho derecho se singularizan por ser:

Inmediatas. El Derecho a la salud despliega tareas y quehaceres inminentes que le permiten adquirir la eficiencia suficiente, a pesar de que consiste en un derecho complejo influenciado por multiplicidad de factores. En este sentido, aunque no se logre el cumplimiento íntegro del objetivo que se requiere como “inmediato”, los Estados que no lo logran, deben evidenciar que están haciendo todo aquello que permiten sus recursos y posibilidades. Por ejemplo, no se encontraría justificado que se vulnerara la igualdad de oportunidades al acceso a servicios de salud o que discrecionalmente no se garantice dicho derecho.

Progresivas. Como el Derecho a la salud es un derecho humano interdisciplinar y extenso, es evidente que su puesta en marcha y resguardo requiere de un desarrollo progresivo, lo cual a su vez implica “la obligación concreta y constante de avanzar”⁸⁰ hacia la plena realización. Incluso en distintos tratados se reconoce la realización progresiva de

⁷⁹ En parecidos términos se pronuncia, el “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. PAUL HUNT”, aplicación de la Resolución 60/251 de la Asamblea General, de 15 de marzo de 2006, titulada “Consejo de Derechos Humanos”. A/HRC/4/28, 17 de enero de 2007, párrafos 90-92.

⁸⁰ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, Aplicación de la observación general 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22º período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, CESCR, párrafo 31.

ciertos objetivos por entenderse materialmente imposible su consecución instantánea.

En esta sintonía, lo que no puede sostenerse es que se adopten medidas regresivas, que perjudiquen o limiten el derecho a la salud. Excepto, muy excepcionalmente en situaciones muy justificadas, es posible el retroceso siempre que el Estado lo evitara con todos los medios a su alcance. Por ejemplo, en caso de fuerza mayor, por terremotos u otros desastres naturales, cabe que se reduzcan la calidad del servicio médico, que queden inhabilitadas ciertas instalaciones o que se reduzca sustancialmente el presupuesto de investigación o actualización de ciertos instrumentos.

Junto estos compromisos, fáciles de predecir, en caso de profundizar levemente en el Derecho a la salud se generan otras obligaciones relativamente más específicas pero que están igualmente intrínsecas en el desarrollo de los distintos niveles de salud. Una vez desplegadas las obligaciones más generales, la natural implementación del derecho exige que se estructure jurídica y efectivamente un sistema para satisfacer los niveles esenciales de salud (sobre todo para los países menos desarrollados o en vías de desarrollo). Al mismo tiempo, resulta conveniente que se contemple la figura de la cooperación y actuación solidaria –activa o pasivamente–⁸¹ entre Estados. Igualmente importante, será la existencia de un sistema coordinado no discriminatorio que evite que determinados grupos disfruten de inferior calidad en su ejercicio (como derecho humano, la salud es extensible por igual a todo individuo sin reparar en sus condiciones o particularidades). En definitiva, el Estado deberá ocuparse de que se desarrolle un derecho efectivo en sus diversos aspectos.

Por consiguiente, ¿cuáles son las principales debilidades, a las que se enfrenta la sociedad internacional institucionalizada, en lo relativo al pleno ejercicio del Derecho a la salud?

⁸¹ “Implement the right to health as a social right, two principles were affirmed: the principle of implementation step by step, according to which a partial implementation is not unconstitutional unless in itself unreasonable, and the principle of minimum standard, which refers to a fundamental and violable core of the right”. PEZZINI, B., “Right to Health and Health Services: Law-policy Interplay through Italian and European Rules”, *Revue europeenne de droit public*, 2013, 25, p. 1771.

Evidentemente dicho derecho se ve considerablemente obstruido por las negativas condiciones económicas, que traen como principal resultado una desigualdad “no natural”⁸², pero, a su vez, también se encuentra influenciado por las condiciones generales socio-económicas, culturales y ambientales de las distintas comunidades. Por lo que, la efectividad de este derecho, razonablemente, estará condicionada por las relaciones sociales, por el modelo de vida en comunidad y por el propio desarrollo individual de la vida. Todo ello se traduce en que, para que exista buena salud, será muy conveniente la existencia de unos servicios suficientes para el cuidado de la salud, el acceso al agua potable y a alimentos suficientes y de calidad, que se tenga en consideración el ambiente y singularidad de trabajo, entre otros factores.

En consonancia, el Derecho a la salud posee el inconveniente crónico de encontrarse estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos que, al mismo tiempo, lo completan y le permiten poder desarrollarse. Aunque existiera la tecnología más sofisticada y los médicos mejor preparados, una población no podría gozar de buena salud (y por lo tanto, ver satisfecho su derecho de forma genérica) con vulneraciones radicales del derecho a la alimentación, derecho a una vivienda adecuada, derecho a no realizar trabajos nocivos para su salud, entre muchos otros. De manera que el derecho a la salud, unido al conjunto de derechos humanos que lo desarrollan, complementan y perfilan, constituyen la primera mitad de la *torre de jenga*⁸³ y el resto, se encuentra suplementada por políticas, instrumentos, tecnología, etc., que permite la creación de un sistema de atención primaria y de los sucesivos niveles, que corresponden a las últimas piezas. Tal vez el derecho pueda garantizarse con distintos huecos en su estructura, pero estas carencias solo provocarán la inestabilidad de su armazón. Hasta el punto de que, deshaciéndonos de varios derechos muy próximos al principal, el derrumbamiento deviene inevitable.

⁸² Informe Final de la OMS, Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, Comisión sobre Determinantes sociales de la salud, Ginebra, 2009, p. 1. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/. Consultado el 16 de junio de 2017.

⁸³ Juego de habilidad física y mental, en el cual los participantes (que pueden ser de dos en adelante), deben retirar bloques de una torre por turnos y colocarlos en su parte superior, hasta que ésta se caiga. Disponible en: <http://labsk.net/wkr/archives/36/> Consultado el 16 de junio de 2017.

Como ya ha sido puesto de relieve, la garantía del derecho a la salud (y aún más el más alto nivel de salud) requiere de tecnología sanitaria científicamente satisfactoria⁸⁴, la más avanzada, la de mejor calidad-precio, la que evite las cadenas de dependencia o discriminación, la de menor complejidad o aquella que sea culturalmente aceptable, entre otras características. Al mismo tiempo, la propia OMS anuncia que existen pocos especialistas que se encuentren formados para dirigir con acierto y precisión el “desarrollo de la salud”⁸⁵, lo cual es imprescindible para que se apliquen exitosamente las estrategias que se diseñen. Estos factores podrán llegar a justificar la existencia de una responsabilidad diferenciada cuando puedan ser utilizados para solventar distintas inestabilidades sanitarias, como al término de la investigación se tratará.

Otras contrariedades, no ajenas a los ojos de nadie, son las dificultades relacionadas con el desarrollo de las políticas farmacéuticas, con los fármacos y las industrias que fabrican y distribuyen los medicamentos. Precios excesivos, la necesidad de fármacos más adaptados a las patologías o el abastecimiento de los medicamentos más básicos para el desarrollo de la atención primaria⁸⁶ son incidentes que, sin duda, no son abordados suficientemente.

Además, la voluntad política es la primordial fuerza motriz para la elaboración de nuevas y trascendentales estrategias, para el progreso o, en definitiva, para la consecución de los objetivos relativos a la salud. En este sentido, la indecisión de los dirigentes podría calificarse como el mayor inconveniente o bien, como la solución más sencilla, ya que bastaría con aunar el interés, la disposición y la conformidad de gobiernos y dirigentes⁸⁷ para poder garantizar la excelencia de la salud. Todo ello sobradamente justificado en que la

⁸⁴ MAHLER, H., *op. cit.*, p. 9.

⁸⁵ Sujetos versados en los principios del desarrollo de la salud, capacitados para “generarlo, planificarlo, programarlo, presupuestario, ponerlo en práctica, vigilarlo y evaluarlo, que puedan movilizar a esos efectos el conocimiento especializado de todas las otras disciplinas en los sectores sanitarios, político, social y económico, y que puedan conocer, dominar y resumir la información requerida para todas las actividades”. *Ibíd.*

⁸⁶ La OMS asegura que con 30 medicamentos esenciales bien escogidos se pueden prestar todos los servicios de atención primaria. *Ibíd.*

⁸⁷ *Ibíd.*, p. 19.

buena salud es un derecho humano y, porque resulta un factor trascendental para el desarrollo socioeconómico.

En consecuencia, el derecho humano de la salud juega un papel, tan sumamente indispensable, que constituye uno de los más altos objetivos planteados por la comunidad internacional institucionalizada. Si desde hace más de medio siglo se trabaja persistentemente en mejorar las condiciones y las garantías del mismo, los próximos objetivos que adopte la ONU post 2020 se enfocarán, directa o indirectamente, con la salud.

III. EL PAPEL DE NACIONES UNIDAS RESPECTO DEL DERECHO A LA SALUD.

La ONU, como es más que sabido, es la organización internacional de cooperación por excelencia, la de mayores dimensiones y sobre la que se construye el actual sistema internacional en un marco global e integrador. Dicha organización internacional, junto a su Carta, conforman “el marco jurídico e institucional del Derecho internacional y de la sociedad internacional contemporánea”⁸⁸. Es por ello por lo que, respecto a la salud, ha desarrollado una dilatada actividad normativa ya que, de forma más o menos incidente, la salud se encuentra presente en múltiples actividades humanas y sobre una diversidad de ámbitos desarrollados por la ONU.

Además, la propia Carta, de forma concreta, reconoce la solución de los problemas sanitarios como uno de los propósitos y principios primordiales. Esto es, el artículo 1, que enumera los objetivos generales esenciales de dicha organización, menciona en su apartado 3^o⁸⁹ que se utilizará la cooperación

⁸⁸ PONS RAFOLS, X., “La salud como objeto de cooperación internacional y regulación jurídica internacional” en PONS RAFOLS, X. (Ed), *Salud pública mundial y Derecho internacional*, Marcial Pons, Madrid, 2010, p. 44.

⁸⁹ “Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”. Artículo 1.3 de la Carta de las Naciones Unidas, San Francisco, de 26 de junio 1945 (BOE nº 275, de 16 de noviembre de 1990).

internacional (es decir, la unión de fuerzas y capacidades) para remediar y resolver aquellos problemas de carácter económico, social, cultural o humanitario y relacionados con los derechos humanos y libertades fundamentales, como supone el derecho a la salud. Mientras que, de forma mucho más explícita, en el capítulo IX dedicado a la cooperación internacional en materias económicas y sociales, el artículo 55⁹⁰ recoge el propósito de trabajar en aras del bienestar general y de la igualdad de derechos. Entre otros objetivos la Carta expresa directamente que se actuará para solucionar los problemas sanitarios y, en definitiva, para que sean respetados de forma universal los derechos humanos y las libertades fundamentales. En resumen, las amenazas a la salud pueden llegar a convertirse en riesgos o amenazas para la propia seguridad internacional.

Tras este punto de partida que legitima la necesaria e importante actuación de la ONU en esta materia que me incumbe, parece conveniente mencionar, sin intención de ser exhaustiva, los instrumentos más destacados frutos de la labor de esta organización.

Sobre todo, desde la década de los noventa, la ONU fomenta la celebración de conferencias internacionales de salud y, en general, sobre diversos temas que provocan el nacimiento de nuevos conceptos, consensos y estrategias para contribuir, en última instancia, a los propósitos esenciales de paz y seguridad internacionales. Esto es, se han ido configurando conceptos y acciones relativos a la seguridad humana, seguridad sanitaria, desarrollo sostenible o responsabilidad de proteger. En el mismo sentido se han desarrollado multiplicidad de Declaraciones, Conferencias, de planes de actuación e incluso compromisos,

⁹⁰ Artículo 55 de la Carta de las Naciones Unidas: “Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá: a. niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos, y condiciones de progreso y desarrollo económico y social; b. La solución de problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario, y de otros problemas conexos; y la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; y c. el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades”.

como: los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁹¹, la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos, Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, etc.⁹².

Otra forma de reacción por la ONU es que se constituyen figuras⁹³ y órganos, principalmente Comités⁹⁴ conformados por expertos independientes, a través de los cuales se verifica el cumplimiento y respeto de las obligaciones asumidas por los Estados respecto de un determinado tratado. El examen sobre si el Derecho a la salud es debidamente garantizado podría ser realizado por el Comité para la Eliminación Racial, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres o el Comité de los Derechos del Niño⁹⁵, entre otros.

De forma más particular, con relación al derecho a la salud, el Consejo de Derechos Humanos⁹⁶ crea el mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁹⁷ cuya

⁹¹ “La agenda incluida de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es una prioridad de liderazgo para la OMS” en relación con “la próxima generación de objetivos”, dichos “objetivos constituyen uno de los modos principales en que la OMS contribuye a la lucha contra la pobreza y a favor de un mundo más equitativo”, la agenda de estos objetivos integra las actividades de la OMS, etc. Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, Duodécimo Programa General de Trabajo”, “No solo la ausencia de enfermedad”, 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, 19 de abril de 2013, A66/6, pp. 29-30.

⁹² PONS RAFOLS, X., “La salud como objeto de cooperación...”, *op. cit.*, pp. 44-46.

⁹³ Por ejemplo, figuras como el Coordinador Superior del Sistema de las Naciones Unidas para la Enfermedad del Ébola o el Coordinador Adjunto del Ébola y Gestor de Operaciones de Crisis, dentro del Mecanismo de Respuesta a Situaciones de Crisis de las Naciones Unidas. Resolución aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268ª sesión, celebrada el 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014).

⁹⁴ Por ejemplo, el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la enfermedad por el virus del Ébola de 2014 en África Occidental, de acuerdo con el título IX del Reglamento Sanitario Internacional. “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁹⁵ Instrumentos que como han sido ya señalados en el apartado 1.4 de este capítulo, parte I, aunque no de forma directa, están conectado en algunos de sus preceptos con el Derecho a la salud.

⁹⁶ Véase nota a pie de página número 12.

⁹⁷ Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2002/31 nombra al SR. PAUL HUNT, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Comisión de Derechos Humanos y define el procedimiento especial para hacer frente a situaciones concreta. El Relator Especial es un funcionario (una sola persona y no un grupo de trabajo) encargado de examinar, supervisar, prestar asesoramiento e informar

finalidad es la de recopilar y examinar información para así mostrar un balance de los incumplimientos, peligros o necesidades. También analiza la posible cooperación entre los distintos actores, instruye sobre cómo es el tratamiento del derecho a la salud en otras áreas; y formula recomendaciones con el fin de mejorar la realidad observada.

“En cumplimiento de su mandato, el Relator Especial decidió concentrar su labor en la consecución de tres objetivos principales:

- Promover y alentar a otros a promover el derecho a la salud como derecho humano fundamental;
- Esclarecer el contenido del derecho a la salud;
- Determinar las prácticas adecuadas para hacer realidad el derecho a la salud a nivel comunitario, nacional e internacional”⁹⁸.

Del mismo modo, cuando los riesgos y amenazas a la salud se representan mediante conflictos armados, por actuaciones terroristas, enfermedades altamente infecciosas como el virus de la inmunodeficiencia humana (en adelante VIH/Sida), ineludibles faltas de desarrollo que inciden perjudicialmente en la salud, etc., pueden suponer un peligro o amenaza a la paz y seguridad internacionales. En ese caso, aunque esto será desarrollado en siguientes capítulos, la ONU puede pronunciarse mediante recomendaciones de la Asamblea General o por resoluciones del Consejo de Seguridad, fundamentalmente.

públicamente sobre las situaciones de derechos humanos en países o territorios específicos. En este específico caso sobre salud. A través de los procedimientos especiales se consigue un seguimiento que concluye con un informe público respecto del tratamiento de cierto o ciertos derechos humanos en un determinado lugar, o incluso de forma global. En particular, por resultar una materia transversal, el derecho a la salud, aunque no de forma tan directa, es objeto de análisis en otros mandatos dedicados a diversas materias como educación, alimentación, etc. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2002/31 con la que se nombra al Sr. PAUL HUNT, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/Pages/Home.aspx> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁹⁸ Véase “El derecho a la salud”, Folleto Informativo sobre Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, n° 31, 2008, pp. 53-57.

IV. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD COMO ORGANISMO ESPECIALIZADO DE LAS NACIONES UNIDAS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

Frente a la competencia de carácter general que le corresponde a la ONU de ser garante de la paz y seguridad internacionales, las competencias más particulares y laboriosas recaerán en organismos especializados⁹⁹. Con relación a la salud, la OMS¹⁰⁰ es el principal organismo especializado de la ONU sobre la sanidad multilateral. Este organismo ostenta el objetivo esencial de alcanzar el mayor grado de salud posible¹⁰¹, como concreta en el primer precepto de su tratado fundacional¹⁰².

Con una intención meramente descriptiva, la OMS “se configura, sin duda, como el eje principal por su carácter especializado y técnico, aunque no sea exactamente el núcleo central desde una perspectiva jurídico-política”¹⁰³. La estructura de este organismo especializado se desarrolla en tres órganos básicos:

- La Asamblea Mundial de la Salud: órgano plenario de composición gubernamental y con competencias generales. Los distintos Estados miembros se encuentran representados por delegados seleccionados por méritos y sus conocimientos en sanidad. El trabajo de la OMS suele ser coordinado por la Asamblea, en colaboración con los Estados miembros

⁹⁹ En cumplimiento de los artículos 57 y 63 de la Carta de las Naciones Unidas.

¹⁰⁰ Tras la Segunda Guerra Mundial, entre el 19 y 22 de junio de 1946 se celebra en Nueva York la Conferencia Internacional de Salubridad en la que se aprueba la creación de la OMS. Resolución de la Asamblea General 61(I), de 14 de diciembre de 1946. Y entraría en vigor el 10 de julio de 1948. España es parte de la OMS desde el 28 de mayo de 1951.

¹⁰¹ Definido en el apartado 1º de este capítulo I.

¹⁰² La Constitución de la OMS fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Este texto ha sido remendado en la 26ª, la 29ª, la 39ª y la 51ª Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), las cuales entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente.

¹⁰³ PONS RAFOLS, X., “La salud como objeto de cooperación...”, *op. cit.*, p. 65.

y, de manera específica, los objetivos se plasman en el Programa General de Trabajo¹⁰⁴.

- El Consejo ejecutivo: órgano restringido de carácter técnico-político compuesto por 34 personas técnicamente calificadas en el campo de la salud.
- La Secretaría: órgano administrativo.

En la actualidad, la OMS cuenta con 194 Estados miembros¹⁰⁵ conforme al artículo 8 de la Constitución, lo cual le otorga una importante “legitimidad institucional”¹⁰⁶. La principal obligación que sus miembros asumen respecto de la organización, como especifica el propio artículo 6 de la Constitución, es el deber de comunicar a la OMS aquellos acontecimientos que puedan graduarse como emergencia. Para que esto pueda ser viable, se requiere la constitución o adaptación de un sistema capaz de descubrir y evaluar aquellas situaciones o eventos que supongan un riesgo o amenaza para la salud. Entre otras medidas, se erigirá un “Centro Nacional de Enlace”¹⁰⁷. En consecuencia, se deberá configurar o adaptar un sistema eficiente y viable para los fines establecidos conformado por herramientas coordinadas.

Resulta obvio que el costo para que dicho sistema se ponga en funcionamiento, puede llegar a ser excesivamente elevado (aún más para quienes menos recursos y avances poseen). Por ello las distintas medidas adoptadas en

¹⁰⁴ En la actualidad, Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, Duodécimo Programa General de Trabajo”, “No solo la ausencia de enfermedad”, 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, 19 de abril de 2013, A66/6.

¹⁰⁵ Puerto Rico y Tokelau son miembros asociados y, por tanto, no de pleno derecho. <http://www.who.int/countries/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

¹⁰⁶ SAURA ESTAPÁ, J., “La Organización Mundial de la Salud y la cooperación internacional frente a las grandes pandemias: el nuevo Reglamento Sanitario Internacional” en PONS RAFOLS, X. (Ed), *Salud pública mundial y Derecho internacional*, Marcial Pons, Madrid, 2010, p. 191.

¹⁰⁷ «El centro nacional [será] designado por cada Estado Parte, con el que se podrá establecer contacto en todo momento para recibir las comunicaciones de los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI previstos en el Reglamento». OMS, disponible en: <http://www.who.int/csr/ihr/Spanish2.pdf?ua=1> Consultado el 16 de junio de 2017.

virtud del Reglamento Sanitario Internacional (en adelante RSI)¹⁰⁸ intentan ser lo más realista posible, proporcionan amplios plazos con sus correspondientes prórrogas e incluso la OMS proporciona ayudas para su consecución final¹⁰⁹.

Es más que evidente que el desarrollo de sistemas estatales enlazados con la OMS provoca, más allá del evidente beneficio individual, una singular ganancia global y un elevado progreso en seguridad. Por estos y otros motivos, el RSI es un instrumento modélico que muestra cómo debe funcionar el procedimiento de análisis y comunicación ante cualquier evento de salud.

De forma concordante, la principal obligación que ostenta la OMS para que el sistema formulado sea efectivo, es que cuando se verifique que existe una “emergencia de salud pública de importancia internacional” (una vez contratadas las informaciones dadas por el o los Estados implicados, por el Comité de Emergencia¹¹⁰, por los principios científicos, etc.) el Director General¹¹¹ emitirá una declaración oficial comunicando¹¹² que existe dicha emergencia¹¹³.

Por otro lado, de las primeras líneas de la Constitución de la OMS se dilucida que la función sustancial que desarrollará este organismo es velar y

¹⁰⁸ “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017, será objeto de estudio del capítulo II.

¹⁰⁹ SAURA ESTAPÁ, J., “La Organización Mundial de la Salud y...”, *op. cit.*, pp. 176-177.

¹¹⁰ “Órgano ad hoc, nombrado cada periodo de sesiones e integrado por” expertos procedentes de cada Estado miembros y de instituciones especializadas en la materia, respecto de los que el director general realiza una clasificación. Véase artículo 47 de la Constitución de la OMS y SAURA ESTAPÁ, J., “La Organización Mundial de la Salud y...”, *op. cit.*, p. 179.

¹¹¹ Figura que según el artículo 31 de la Constitución de la OMS, consiste en el funcionario principal técnico y administrativo de la Organización. Es nombrado por la Asamblea a propuesta del Consejo y está sujeto a la autoridad de éste último.

¹¹² Frente a los innumerables ejemplos de comunicaciones frustradas respecto de control de brotes, la propia OMS elabora las “normas de comunicación de brotes epidémicos” donde se pone de manifiesto la importancia de esta herramienta y cuáles son las técnicas más eficientes. Véase OMS, “Normas de comunicación de brotes epidémicos de la OMS”, 2005, CDS/2005.28.

¹¹³ Ejemplo de ello es la primera declaración de la OMS sobre la primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas, el 1 de febrero de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/es/>. Consultado el 16 de junio de 2017.

actuar, con todos los medios y procedimientos a su alcance, para evolucionar en la instauración del más alto grado posible de salud¹¹⁴. De manera más concreta, “en materia de alerta y respuesta ante epidemias, tienen por objeto contener las amenazas para la salud pública mundial que representan las enfermedades infecciosas emergentes, las epidemias y los agentes infecciosos resistentes a los medicamentos. En estrecha asociación con la comunidad internacional de la salud pública, la OMS reúne activamente información, coordina la estrategia internacional, establece normas mundiales y presta apoyo a los países en materia de vigilancia de las enfermedades infecciosas y preparación y respuesta ante epidemias”¹¹⁵.

Tal y como se puntualiza en el artículo 2 de la Constitución, las funciones que principalmente desarrolla dicha organización, “como autoridad internacional de regulación y gestión de las crisis y emergencia sanitarias”¹¹⁶, “resultan amplias y genéricas en el ámbito de la salud pública”¹¹⁷. Estas se focalizan en la prevención, en la cooperación, en la promoción y en el progreso de la salud o en la creación de una red internacional de protección, de forma más destacable. Esto es, cada una de estas pretensiones y planes se desarrollarán con el fin de mejorar la salud mundial y combatir las desigualdades.

Sin embargo, pese al intento de que dicha organización pueda proyectar sus objetivos de la forma más imparcial y técnica posible, no se puede desligar la amplia incidencia política. Como en cualquier organización creada por Estados,

¹¹⁴ “La función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial no se ejerce únicamente en la Sede, sino cada vez más también a nivel regional y en los países”. De manera que la OMS desempeña dos funciones básicamente: “la gobernanza en el sector de la salud (principalmente una función de coordinación, orientación y coherencia interna) y la gobernanza en otros sectores que trabajan en interés de la salud (una función de promoción que incorpora el enfoque de todo el gobierno y toda la sociedad para mejorar la salud)”. la gobernanza en el sector de la salud (principalmente una función de coordinación, orientación y coherencia interna) y la gobernanza en otros sectores que trabajan en interés de la salud (una función de promoción que incorpora el enfoque de todo el gobierno y toda la sociedad para mejorar la salud). PONS RAFOLS, X., “La salud como objeto de cooperación...”, *op. cit.*, p. 38.

¹¹⁵ Informe de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud sobre “Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias”, Consejo ejecutivo, 107ª reunión, de 28 de noviembre de 2000, EB107/5, párrafo 6.

¹¹⁶ PONS RAFOLS, X., “La salud como objeto de cooperación...”, *op. cit.*, p. 41.

¹¹⁷ *Ibíd.*, p. 40.

los intereses políticos, de manera circunstancial, llegan a provocar un bloqueo del progreso e imparcialidad de sus funciones y actuaciones¹¹⁸. Todo esto justifica que, en cierto modo, “la OMS ha optado históricamente por desarrollar [funciones] de carácter asistencial y técnico, dejando de lado las que comportaban la utilización de instrumentos poderosos de carácter jurídico”¹¹⁹.

Para poder llevar a cabo una adecuada estrategia preventiva y de cooperación, la OMS debe proveerse de los instrumentos normativos necesarios para ello, pudiendo llevar a cabo lo siguiente:

Adopción de convenciones o acuerdos sobre cualquier asunto o cuestión del que resulte competente la OMS¹²⁰. Por mayoría cualificada de dos terceras partes la Asamblea de la Salud, podrá elaborar tratados internacionales. Como es bien conocido, en la extensa historia de dicha organización sólo en una ocasión se ha manejado dicha opción normativa, con el Convenio Marco para el Control de Tabaco¹²¹.

Como método de presión y eficiencia se determinó que los tratados adoptados por la OMS deberían contar con el consentimiento de los Estados miembros antes de 18 meses tras su adopción, siendo también preciso comunicar a la Asamblea los motivos de la no ratificación, si finalmente ésta no se llevaba a cabo. Técnicamente puede calificarse como un buen método de apremio acorde a la importancia de la materia, no obstante, el problema real que se suscita es que la intimidación llega a ser excesiva, ya que el mecanismo no es utilizado. Por lo tanto, esta competencia normativa resulta ineficaz.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 41.

¹¹⁹ SAURA ESTAPÁ, J., “La Organización Mundial de la Salud y...”, *op. cit.*, p. 191.

¹²⁰ Véase artículos 19 y 20 de la Constitución de la OMS.

¹²¹ Convenio Marco para el Control de Tabaco, Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, 21 de mayo de 2003, 56ª sesión, WHA56.1, (BOE nº 35, de 10 de febrero de 2005). En vigor desde el 27 de febrero de 1999. En la actualidad se encuentran obligados por dicho tratado 168 estados (http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/. Consultado el 16 de junio de 2017). Firmado por España el 16 de junio de 2003 y ratificado el 30 de diciembre de 2004, BOE núm. 35, de 10 de febrero de 2005.

Adopción de reglamentos relativos a “materias de salud pública internacional y [a] la necesidad de armonizar los comportamientos estatales a través de estándares internacionales basados en principios científicos y de salud pública”¹²², las cuales se encuentran tasadas en el artículo 21 de la Constitución de la OMS. Por ejemplo, podrán versar sobre cuarentenas¹²³, normas uniformes sobre la protección de los fármacos, sobre diagnósticos, etc.

Dichos instrumentos entrarán en vigor tras su adopción, de forma inmediata para todos los Estados miembros, excepto cuando estos notifiquen al Director General lo contrario, o bien, no entre en vigor de forma completa, al realizarse ciertas matizaciones o reservas sobre el articulado.

Tampoco en esta ocasión la OMS ha sacado provecho a esta herramienta. Exclusivamente se han elaborado dos reglamentos (junto a múltiples modificaciones de los mismos): el Reglamento de Nomenclatura¹²⁴ y el RS.

A pesar de las anteriores opciones, la OMS se ha inclinado por pronunciarse fundamentalmente mediante recomendaciones¹²⁵ adoptadas por el propio Director General¹²⁶, aunque estrictamente no constituyen normas jurídicas ni se contempla en la Constitución,

Éstas podrán discernirse en función de que los riesgos resulten continuos o concretos y específicos en¹²⁷.

¹²² SAURA ESTAPÁ, J., “La Organización Mundial de la Salud y...”, *op. cit.*, p. 171.

¹²³ En el hipotético caso de la existencia de un cordón sanitario por Resolución del Consejo de Seguridad en el marco del capítulo VII de la Carta, como se detalla en el capítulo IV de este trabajo, la puesta en funcionamiento de dicha medida requerirá de un Protocolo que coordine la necesaria intervención. Véase punto 1º del capítulo IX.

¹²⁴ 20ª Asamblea Mundial de la Salud, 22 de mayo de 1967, WHA20.18.

¹²⁵ Artículos 1, 15-18, 49 y 53 del Reglamento Sanitario Internacional.

¹²⁶ Aunque el Director general a la hora de decidir su admisión o no, tendrá en cuenta la opinión de los Estados, los principios técnicos, las normas internacionales pertinentes y que las medidas sean las más aptas y beneficiosas. SAURA ESTAPÁ, J., “La Organización Mundial de la Salud y...”, *op. cit.*, p. 182.

¹²⁷ *Ibíd.*, p. 180.

Recomendación Permanente: con asesoramiento del comité de examen, a través de la cual, el Director emite una “opinión no vinculante”, que requiere de una aplicación periódica en relación con determinados riesgos o amenazas persistentes. Dicho pronunciamiento “debe ser adoptado” o tenido en cuenta para la prevención o reducción.

Recomendación temporal: de forma similar a la permanente, solo que el asesoramiento es función del comité de emergencias y que debe aplicarse para el peligro o riesgo concreto, no de forma continuada en el tiempo.

SAURA ESTAPÀ¹²⁸ detalla que las recomendaciones son pronunciamientos “no vinculantes” que, al mismo tiempo, “deben ser adoptados”, lo cual implicaría una voluntariedad obligatoria. Esta antítesis digna de censura o cómo mínimo bastante provocadora, en opinión del mismo autor, es fruto de una mala traducción anglo-española. No obstante, considero que lo jurídicamente relevante es determinar cuáles son las consecuencias (jurídicas) de dicho instrumento. Si algo queda claro es que el uso de las recomendaciones es mayoritario porque no vinculan jurídicamente a los Estados, es decir, su cumplimiento no es obligatorio ni su incumplimiento puede ser sancionado. En caso de que esto no fuera así, con total seguridad, utilizarían tratados internacionales.

A pesar de lo expuesto, considero que recomendaciones trascendentales pueden llevar implícitas obligaciones generales o responsabilidades (podrían llamarse morales) de cumplimiento en beneficio de los nacionales. En este sentido, eludir advertencias y medidas, podría considerarse una imprudencia sanitaria cuando afectara negativamente a la comunidad del que las omite y, a la misma vez, podría suponer una amenaza a la seguridad sanitaria global. En conclusión, aunque las recomendaciones no sean jurídicamente vinculantes, el contenido de las mismas puede ser imprescindible para garantizar la buena salud o evitar riesgos o amenazas a la seguridad sanitaria internacional.

¹²⁸ SAURA ESTAPÀ, J., “La Organización Mundial de la Salud y...”, *op. cit.*, p. 181.

En definitiva, la OMS no ha explotado la capacidad normativa que la Constitución le otorga y de forma discutible, ha optado por pronunciarse a través de recomendaciones, instrumento exánime desde la perspectiva jurídica. Esto repercute negativamente en el objetivo de dicho organismo, de manera general, y en la sociedad internacional.

V. OTROS ORGANISMOS ESPECIALIZADOS DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS.

Dada la importancia y la extensión de la salud pública mundial, la influencia de diversos actores no estatales es cada vez más elevada en el actual escenario internacional. Como ya se ha puesto de manifiesto, la eficiencia se consigue a través de la coordinación y la cooperación internacional, por ello realizan una trascendental función el resto de organismos especializados que apoyan a la OMS en la labor que se detalla en estas líneas.

Sin ánimo de realizar una exposición exhaustiva y teniéndose en cuenta que la salud (el derecho a la salud) una materia esencialmente transversal, la OMS es fuertemente apoyada por:

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (en adelante, FAO) es un organismo especializado de las Naciones Unidas. Su objetivo primordial es alcanzar la seguridad alimentaria de la comunidad internacional y, entre otros objetivos tiene el de concienciar y alcanzar una buena nutrición que evite los problemas generacionales y las graves consecuencias en los individuos y Estados. En lo que respecta a la salud, “la nutrición es la primera defensa contras las enfermedades”¹²⁹.

¹²⁹ Papel de la FAO en la nutrición, OMS. Disponible en: <http://www.fao.org/nutrition/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

En las últimas décadas se han elaborado dos instrumentos de carácter recomendatorio, es decir, sin vinculación jurídica directa sobre nutrición¹³⁰ y análisis de riesgos en situaciones de emergencia ante alimentos nocivos¹³¹.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (en adelante UNESCO) es, también, un organismo especializado de las Naciones Unidas. Además de su amplio objeto de promover los derechos humanos y el Estado de Derecho, posee el propósito específico de “mejorar las condiciones sanitarias del conjunto de los individuos [a través de la educación]. La Organización promueve la salud mediante el fomento de políticas y prácticas de calidad en el sector de la educación, la cooperación con otros colaboradores (...). La UNESCO es consciente de la creciente interdependencia de la humanidad y de la necesidad de analizar colectivamente los desafíos y riesgos que afectan a nuestra salud y nuestra capacidad de vivir juntos”¹³².

La principal estrategia puesta en marcha por esta organización en la actualidad es la iniciativa FRESH¹³³ (Recursos Efectivos en Salud Escolar) que de manera genérica se encarga de adaptar políticas escolares equitativas de salud (basada en las aptitudes y los servicios de salud y nutrición en las escuelas) y en concienciar sobre la importancia de contribuir con el medioambiente.

Además, en el marco de este organismo se ha elaborado la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos por la Conferencia General¹³⁴.

¹³⁰ Informe técnico de la OMS “Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas”, Ginebra, 2003. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42755/1/WHO_TRS_916_spa.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

¹³¹ Guía FAO/OMS para la aplicación de principios y procedimientos de análisis de riesgos en situaciones de emergencia relativas a la inocuidad de los alimentos, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Organización Mundial de la Salud, Roma, 2010,

¹³² Education: Focusing Resources on Effective School Health, UNESCO. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/leading-the-international-agenda/health-education/fresh/> Consultado el 16 de junio de 2017.

¹³³ “FRESH Pillars”, UNESCO, Disponible en: <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/leading-the-international-agenda/health-education/fresh/> Consultado el 16 de junio de 2017.

¹³⁴ Adoptada por la UNESCO en la 33ª Asamblea el 19 de octubre de 2005. Es un instrumento no vinculante. Disponible en: <http://portal.unesco.org/es/ev.php->

En el mismo sentido ocurre con la Organización Internacional del Trabajo (en adelante OIT), organismo especializado de las Naciones Unidas que tiene ciertas aspiraciones y objetivos en común con la OMS. En 2014 se impulsó el programa “Work Improvement in Health Services” (Mejoras laborales en los servicios sanitarios), “para promover la colaboración entre directivos y empleados con el fin de mejorar la seguridad y las condiciones sanitarias de sus puestos de trabajo y prácticas laborales”¹³⁵.

Del mismo modo, la Organización Mundial del Comercio (en adelante OMC) organización internacional presentó en 2002 un estudio conjunto con la OMS en relación con los vínculos existentes entre las normas comerciales y la salud pública¹³⁶. Los Estados ostentan la capacidad de restringir las importaciones o exportaciones cuando esas medidas sean necesarias para proteger la salud y la vida de las personas y de los animales o para preservar a los vegetales.

Al mismo tiempo las actuaciones de la OMS se ven respaldadas por el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (en adelante PNUMA), por el Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente, por el Programa del Codex Alimentarius y muchos otros instrumentos y organizaciones¹³⁷.

URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html Consultad el 4 de abril de 2017. Más información sobre bioética y derechos humanos desde la perspectiva iusfilosófica internacionalista en: RUIZ DE LA CUESTA, A., *Bioética y derechos humanos: implicaciones sociales y jurídicas*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005.

¹³⁵ Publicaciones del programa Health WISE, OIT. Disponible en: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_250160/lang--es/index.htm Consultado el 16 de junio de 2017.

¹³⁶ “Los acuerdos de la OMC y la salud pública. Un estudio conjunto de la OMS y la Secretaría de la OMC”, OMS y OMC, 2002. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42552/1/a76863.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

¹³⁷ Para más información, véase SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, pp. 15-21.

CAPÍTULO SEGUNDO: EL AMPARO INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD

I. NIVEL UNIVERSAL GENERAL.

1. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES SOBRE SALUD.

Las distintas conferencias internacionales, celebrada en las últimas décadas, son uno de los múltiples instrumentos que tienen por designio la protección, promoción y mejora de la salud. Las declaraciones de intenciones y planes, frutos de dichos eventos, no están sometidos a un régimen jurídico como cualquier tratado internacional, por lo que ostenta naturaleza política.

Las enfermedades y cuanto se relaciona con la materia “salud” generan constante inquietud internacional desde mediados del siglo XIX¹³⁸. Con el propósito esencial de elaborar una Convención sanitaria internacional¹³⁹ que

¹³⁸ Con la primera Conferencia Sanitaria Internacional, la salud entra en la escena política y jurídica internacional y tiene bosquejo lo que se constituiría como “una larga tradición de cooperación sanitaria internacional en los planos institucional y jurídico [iniciadas para] el control de las enfermedades infecciosas”, PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 91.

¹³⁹ “International cooperation in the combating of dangerous epidemics has a long tradition dating back to the 19th century. The first health convention was concluded in 1853. A health code for combating plague, cholera and yellow fever was annexed to it. Further conventions widened the scope of cooperation (1894, 1897, 1903, 1912, 1926, 1928 conventions and a 1933 health convention on air improvement). Creation of conventional norms was accompanied by the shaping and improvement of institutional instruments of cooperation. The 1903 Convention was supplemented by a resolution creating the International Health Office in Paris. The Office was transformed into the International Office of Public Hygiene under a 9 December 1907 convention. The Paris Convention of 21 June 1926 replaced all previous conventions, thus covering the combating of plague, cholera, yellow fever, typhoid and smallpox. It did not, however, introduce institutional changes. The International Office of Public Health kept functioning, as well as the Hygiene Organization within the League of Nations created in 1923. The general provisions of the 1926 Convention required the governments of all states-parties of the conventions to be notified of

permitiera aunar los esfuerzos para luchar contra las enfermedades epidémicas se celebran, entre 1851 y 1897, diez conferencias internacionales y, desde 1903 y 1938, cuatro¹⁴⁰. En ellas participaron especializados científicos, sanitarios y embajadores que sirvieron de estímulo para la conformación de la Organización Mundial de la Salud¹⁴¹ y de la comprensión de la salud como concepto integral¹⁴².

Tras la formulación de la salud como concepto integral y una vez apaciguado el orden internacional tras las nefastas consecuencias de las dos Guerras Mundiales, en 1978, se celebra la primera conferencia mundial que concluye con la Declaración de Alma-Ata. La pretensión radicaba en formular una futura estrategia sanitaria global a través del ambicioso proyecto de instaurar “una salud para todos en el año 2000”¹⁴³, lo cual más de una década después de la fecha primera de consecución, continúa antojándose como un objetivo casi utópico. Dicha Declaración afirmó el cometido trascendental de la atención primaria de la salud como clave para que la población, en general, pueda desarrollar una vida social y económicamente productiva, así como aspirar al disfrute del más alto nivel posible de salud, a través de la formulación de un sistema sostenible de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Ésta suponía, pues, un llamamiento general a introducir un efectivo sistema de atención primaria, principalmente en los países en desarrollo, con gran apoyo en la cooperación. Ya

cases of plague, cholera and yellow fever and an existence of typhoid or smallpox epidemic. The International Office of Public Hygiene was notified as well. Moreover, the convention detailed the necessary steps to be taken in the course of action to prevent transmission of the epidemic from infected areas to other regions. Until the adoption of the 1926 convention, quarantine was established by a customary law”. SANDORSKI, J., “Universal International Standards of Human Rights Protection and the HIV/AIDS Pandemic”, in *Polish yearbook of international law*, vol. 26, 2002-2003, p. 29.

¹⁴⁰ MATEOS JIMÉNEZ, J. B., “Actas de las Conferencias Sanitarias Internacionales (1851-1938)”, en *Revista española de salud pública*, 2005, nº 79, p. 341.

¹⁴¹ “Four such organizations emerged during the 1851- 1951 period: the Pan American Sanitary Bureau in 1902, the Office International de l’Hygiène Publique in 1907, the Health Organisation of the League of Nations in 1923, and WHO in 1948”. FIDLER, D. P., “The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, nº 9, p. 844.

¹⁴² Para más información, Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud “Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud”, de 13 de junio de 1958, WHA11.39, pp. 3-40.

¹⁴³ La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, en Alma-Ata, de septiembre de 1978.

que cuanto mejor sea el estado de salud de la población, más probable será que esa población contribuya a su propio desarrollo (social y económico de manera particular y, a la vez, en el sentido más amplio). Para conseguir este propósito resulta indispensable esmerarse en la obtención de mejores recursos, mayor formación, mayor progreso, porque todo ello repercutirá, positivamente, en el desarrollo de la salud¹⁴⁴. Especialmente, los países en desarrollo requerirían de la coordinación con el resto de sectores, los cuales velan por el cumplimiento de otros derechos humanos vinculados con el de salud.

En definitiva, la Declaración de Alma-Ata y el objetivo esencial y general de “salud para todos en el año 2000” impele a las próximas Conferencias Internacionales sobre la Promoción de la Salud¹⁴⁵ que se vienen desarrollando desde la década de los ochenta.

En relación con esta serie, en 1986 se celebra la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud denominada la Carta de Ottawa¹⁴⁶, en la cual se especifican las áreas prioritarias de trabajo. Se apuesta porque se promocióne la buena salud, es decir, se facilite y se provenga de los medios necesarios para mejorar y controlar la buena salud¹⁴⁷, extendiéndose el propósito más allá del sector sanitario. Si las distintas conferencias van a incidir en la configuración de las políticas, como se mostrará en las siguientes líneas, en ésta se especifica que la política básica y principal será la elaboración de una “política pública sana”. Dicha acción radicará en eliminar cualquier obstáculo que impida la adopción de medidas que favorezca la salud y la actuación coordinada en aras de la misma. Esto es, la salud supondría un “todo”, desde una perspectiva

¹⁴⁴ “Atención primaria de salud”, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, p. 45.

¹⁴⁵ Desde 1986 a 2013 se celebran un total de 8 Conferencias Internacionales sobre la Promoción de la Salud, las cuales se van a mencionar lacónicamente.

¹⁴⁶ OMS, “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”, primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, de 21 de noviembre de 1986. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

¹⁴⁷ Véase Carta de Ottawa, párrafo 1 sobre “promocionar la salud”. *Ibíd.*

esencialmente positiva y respecto a la cual inciden sustancialmente los pueblos, en general, y cada uno de los individuos, en particular.



Imagen extraída de “Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud: desde Ottawa hasta Helsinki”¹⁴⁸.

Dos años más tarde, en Adelaida, se celebra la Segunda Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud ¹⁴⁹, con la que se hace especial énfasis en la necesidad de elaborar saludables políticas públicas que estimulen la reducción de la desigualdad social. Además, ésta resalta el papel trascendental de los gobiernos, el deber de rendir cuentas y, en general, la responsabilidad de control y de actuación ante las consecuencias negativas en materia de salud. Al mismo tiempo, reafirma los contenidos indicados en la anterior declaración.

La Conferencia de Sundsvall¹⁵⁰ o Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, se centró en marcar la relevancia de los ambientes

¹⁴⁸ MARTÍNEZ MORENO, F., “Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud: desde Ottawa hasta Helsinki”, 29 de julio de 2013. Disponible en: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/>. Consultado el 16 de junio de 2017.

¹⁴⁹ Segunda Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Declaración de Adelaida “Políticas a favor de la Salud”, 1988, en Adelaida, Australia.

¹⁵⁰ Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Conferencia de Sundsvall, 9-15 de junio de 1991, en Sundsvall, Suecia.

prósperos para la salud como forma de apoyo y de instrumento de planificación. En este tercer instrumento quedó específicamente demostrado que salud, medio ambiente¹⁵¹ y desarrollo se encuentran fuertemente vinculados. Asimismo, se configuraron varias estrategias de salud pública para la creación de entornos que refuerzan la salud, mediante el reconocimiento de dos principios fundamentales, equidad e interdependencia.

La siguiente de estas Conferencias Internacionales¹⁵², la cuarta en 1997 en Yakarta, examinó la repercusión que hasta el momento había generado la Carta de Ottawa. En este sentido se decidió que era el momento propicio para incluir al grupo de actores participantes del sector privado. La Declaración de Yakarta catalogó en cinco los propósitos más urgentes: promover la responsabilidad social; reforzar los esfuerzos en relación con el desarrollo de la salud; consolidar las alianzas que comparten dicho objetivo; repartir la responsabilidad y el poder de actuación del Estado entre la comunidad y los individuos o, lo que es lo mismo, descentralizar el dominio en materia de salud; y confeccionar un sistema que permita sostener e impulsa la promoción de la salud.

Posteriormente, la Quinta Conferencia Internacional celebrada en México¹⁵³ se dedica a reafirmar las prioridades descritas en la anterior Declaración, apremia a que se trabaje en favor de la equidad y compromete a los

¹⁵¹ En la actualidad la OMS está más comprometida que nunca con” proveer a los países de las herramientas necesarias para que éstos puedan lograr los compromisos alcanzados en París en los que respecta a la salud y, de ser posible, aumentar su ambición de cara a combatir el cambio climático. Del mismo modo, la OMS está trabajando con los países para fortalecer la resistencia de sus sistemas sanitarios, de tal modo que cuando desastres naturales relacionados con el cambio climático impactan en una determinada zona, o que las condiciones medioambientales son gradualmente degradadas, los sistemas de salud sean capaces de hacer frente a estos retos. Por ejemplo, la OMS ya está poniendo en marcha sistema de alerta temprana para salvar vidas durante olas de calor, y también implementando planes de seguridad del agua que consideran los riesgos que el cambio climático lleva consigo, de tal manera que antes episodios de inundaciones seguías, estos no conlleven brotes de cólera u otras enfermedades relacionadas con el agua”. NEIRA, M., VILLALOBOS, E., “Cambio climático y salud”, *Revista Ambiental, Acuerdo de París sobre cambio climático*, n° 114, 2016, p. 68.

¹⁵² Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Conferencia de Yakarta, 21-25 de julio de 1997, en Yakarta, Indonesia. Primera de las Conferencias celebrada en un país en desarrollo.

¹⁵³ Quinta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, “Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: De las Ideas a la Acción”, 5-9 de junio de 2000, en Ciudad de México, México.

Estados a que incluya la salud en la agenda política, obligando a que se desarrollen planes estratégicos.

Con los cambios que tienen lugar la primera década del siglo XXI (la incidencia cada vez más fuerte de la globalización y los avances tecnológicos), la Carta de Bangkok¹⁵⁴ reafirma lo ya expuesto en las anteriores Conferencias. Analiza los nuevos desafíos para readaptar las lógicas transformaciones a los tradicionales propósitos que, en relación con la salud, tenemos la comunidad internacional.

En 2009 y en una perspectiva similar, el Llamamiento de Nairobi¹⁵⁵ en la Séptima Conferencia Internacional, insta a que se instauren en los regímenes de cada Estado distintas estrategias con las que subsanar las insuficiencias y carencias en salud utilizándose distintas acciones –concretamente precisadas– de promoción de la salud.

La celebrada de forma más reciente es la Declaración de Helsinki sobre Salud en todas las Políticas¹⁵⁶. Ésta, como su nombre indica, induce a que la Salud se incorpore en todos los ámbitos políticos mediante nuevos enfoques, así como en atractivas y realistas estrategias, ya que, como en otros momentos he mencionado, la voluntad política no es el único factor de movimiento, pero sí el que, al menos, en primer lugar posee mayor fuerza y empuje.

2. EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL.

El RSI¹⁵⁷ es el instrumento jurídico internacional, de carácter vinculante para 194¹⁵⁸ Estados, que constituye la piedra angular de todo el complejo y

¹⁵⁴ Sexta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Carta de Bangkok para la Promoción de la salud, 7-11 de agosto de 2005, en Bangkok, Tailandia.

¹⁵⁵ Séptima Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Llamado a la acción de Nairobi, 26-30 de octubre de 2009, en Nairobi, Kenia. La única Conferencia celebrada hasta el momento en un país africano.

¹⁵⁶ Octava Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas, 10-14 de junio de 2013, en Helsinki, Finlandia.

¹⁵⁷ “El RSI deroga algunos acuerdos sanitarios previos o contemporáneos a la Segunda Guerra Mundial, además de la de los Reglamentos Sanitarios de 1951 y 1969 y sus modificaciones, En segunda lugar el RSI permite la celebración de acuerdos especiales entre Estados parte con

extenso sistema de alerta y respuesta de la OMS¹⁵⁹. Asimismo, es la principal herramienta del Derecho Internacional para hacer frente a los riesgos y amenazas que inciden en la seguridad sanitaria.

El RSI, en su primera versión, fue aprobado en 1951 sustituyendo los tratados de cooperación sanitaria adoptados en los cien años previos a la Segunda Guerra Mundial. Éste es revisado en 1969 y en 1981, hasta que en 2005¹⁶⁰, con el propósito de dar respuestas a los nuevos problemas¹⁶¹ de salud pública, se adopta el actual¹⁶².

El cambio sustancial radica que, desde 2005, el supremo propósito es focalizar todas las actuaciones en la prevención de cualquier tipo de enfermedad, que pueda ser calificada como emergencia de importancia internacional¹⁶³. En este sentido, se entiende por emergencia:

intereses comunes que tengan por objeto facilitar la aplicación del Reglamento. Finalmente, el artículo 57.1 señala que: “Los Estados parte reconocen que el RSI y demás acuerdos internacionales pertinentes deben interpretarse de forma que sean compatibles””, SAURA ESTAPÁ, J., “La Organización Mundial de la Salud y...”, *op. cit.*, p. 185.

¹⁵⁸ Información disponible en: http://www.who.int/topics/international_health_regulations/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.

¹⁵⁹ Para más información, KAMRADT-SCOTT, A., “The World Health Organization, global health security and international law” en NASU, H., RUBENSTEIN, K., *Legal Perspectives on Security Institutions*, Cambridge University Press, Cambridge, 2015.

¹⁶⁰ Adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud el 23 de mayo de 2005, WHA58.3 “Revisión del Reglamento Sanitario Internacional”, en vigor desde el 15 de junio de 2007 de acuerdo con el artículo 59 del mismo. Dicho instrumento consta de 66 artículos, organizados en 10 títulos y 9 Anexos.

¹⁶¹ Desde 1995 la Asamblea Mundial de la Salud declara la urgencia y exigencia de que se revisara el RSI, ya que la anterior revisión había quedado extremadamente vetusta por las consecuencias de la globalización. La “Resolución WHA 48.7 lanzaba la necesidad de revisar y actualizar el RSI y otras resoluciones en años y Asambleas posteriores reforzaban el mensaje: la WHA 54.14 sobre seguridad sanitaria mundial –alerta y respuesta ante epidemias–, la WHA 55.16 sobre respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud, y otras afines”, MÍNGUEZ GONZALO, M., “El nuevo reglamento sanitario internacional: RSI (2005)” en *Revista española de salud pública*, v.81, n.3, Madrid, 2007, p. 1.

¹⁶² Posturas como las de GOSTIN, DEBARTOLO o FRIEDMAN consideran que epidemias como la del reciente ébola podrían abrir la ventana a hipotética reforma del Reglamento Sanitario Internacional. GOSTIN, L. O. et al, “The International Health Regulations 10 years on: the governing framework for global health security” en *The Lancet*, nº 386, 2015, p. 2225.

¹⁶³ Artículos 1 y 2 del RSI.

“un «evento extraordinario» que podría propagarse a otros países o exigir una respuesta internacional coordinada. Los incidentes que pueden constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional son evaluados por los Estados Partes mediante un instrumento de decisión que, si se cumplen determinados criterios, exige que se notifique la situación a la OMS (véase el capítulo 5). La notificación es obligatoria cuando se presenta un solo caso de una enfermedad que pueda poner en peligro la seguridad sanitaria mundial: viruela, poliomielitis provocada por un poliovirus de tipo salvaje, gripe humana causada por un nuevo subtipo de virus, y SRAS. Una segunda lista limitada incluye las enfermedades de impacto internacional documentado, aunque no inevitable. Los eventos causados por una enfermedad de esta segunda lista, que incluye la fiebre del Ébola, el cólera, la peste neumónica, la fiebre amarilla y otras enfermedades de importancia nacional o regional, siempre deben desencadenar el uso del instrumento de decisión del Reglamento, que permite evaluar el riesgo de propagación internacional. Así, estas dos salvaguardias generan una base mínima de seguridad al obligar a los países a responder de una manera determinada a amenazas bien conocidas. La amplitud de las definiciones de «emergencia de salud pública de importancia internacional» y de «enfermedad» permite incluir en el RSI (2005) amenazas distintas de las enfermedades infecciosas, como las provocadas por la liberación accidental o intencional de agentes patógenos o de material químico o radionuclear”¹⁶⁴.

De esta forma, la prevención supone la prioridad, anteponiéndose a la estrategia de combatir las enfermedades específicas, como epidemias, que ya suponen un riesgo. Este instrumento aspira a “evitar la propagación de enfermedades contagiosas de manera compatible y, por tanto, lo menos restrictiva posible, con el tráfico comercial internacional y con el respeto a los derechos y libertades fundamentales”¹⁶⁵. En otras palabras, el propósito que se contempla en

¹⁶⁴ *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, pp. 12-13. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

¹⁶⁵ SAURA ESTAPÁ, J., “La Organización Mundial de la Salud y...”, *op. cit.*, p. 191.

dicho instrumento consiste en atacar de forma rápida, casi inminentemente, al origen del brote. Esto es, cuando la prevención no ha sido suficiente, el siguiente paso es la reacción mediante la cooperación. El Reglamento “introduce un conjunto de requisitos mínimos en materia de capacidad («capacidad básica necesaria») que deben cumplir todos los Estados para detectar, evaluar, notificar y comunicar los eventos incluidos en el RSI (2005). En este sentido su finalidad es fortalecer la colaboración a escala mundial intentando mejorar la capacidad y demostrando a los Estados que el cumplimiento redunda en su interés. Así, el cumplimiento tiene tres importantes incentivos:

- Reducir los graves trastornos que trae consigo un brote,
- acelerar la contención de éste y
- mantener el prestigio ante la comunidad internacional”¹⁶⁶.

De esta forma, el RSI proporciona el marco jurídico internacional suficiente en el que se puede notificar los riesgos y eventos de importancia para la salud pública detectados dentro de las fronteras nacionales y recomendar medidas específicas con las que intentar detener la propagación internacional. Todo un avance en comparación con el RSI (1969) que establecía medidas previas para detener las enfermedades en las fronteras internacionales¹⁶⁷.

Por lo que, el nuevo RSI, pese a que continúa mostrando fuertes ineficiencias en significativos aspectos, de forma axiomática ha progresado en la transparencia, en la cooperación y en el compromiso estatal. Además, éste plantea la aspiración colectiva de conseguir una seguridad sanitaria internacional, pero además como una responsabilidad mutua.

3. DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO.

¹⁶⁶ *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, p. XV. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

¹⁶⁷ *Ibíd*, pp. 12-13.

Desde el punto de vista esencialmente teórico, la finalidad del Derecho Internacional Humanitario¹⁶⁸ (al igual que los derechos humanos, pero para escenarios diferentes) es “proteger la vida, la salud y la dignidad de las personas”¹⁶⁹, principalmente civiles, en situaciones de conflictos armados (internacionales o internos). No obstante la realidad, es que, como brillantemente explica la profesora RAMÓN, “entre el optimismo ingenuo y el pesimismo paralizante, el Derechos internacional humanitario, el sistema de Ginebra, representa una vía que opta por dar respuesta a lo inaplazable, a la urgencia de limitar los excesos de la guerra”¹⁷⁰.

El Derecho internacional humanitario ha tenido una interesante evolución en las que se han generado normas de carácter consuetudinario, ante las que están obligados todos los Estados por igual. No obstante, las piezas claves de este sector son varios instrumentos jurídicos internacionales elaborados tras la Segunda Guerra Mundial, cuando se deroga el Derecho de guerra tradicional.

En este sentido, en agosto de 1949 se adoptan cuatro Convenios de Ginebra: I Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña, II Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar, III Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra y IV Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra¹⁷¹.

¹⁶⁸ El Derecho internacional humanitario “es el conjunto de normas internacionales relativas a la protección de las víctimas de la guerra”. DIEZ DE VELASCO, M., *Instituciones de Derecho Internacional Público*, 18ª Ed., Madrid, Tecnos, 2013, p. 1099.

¹⁶⁹ Derecho internacional humanitario y derecho internacional de los derechos humanos: Analogías y diferencias. Servicio de asesoramiento en Derecho internacional humanitario, CICR, 2003. Disponible en: [file:///C:/Users/agallego/Downloads/dih_didh%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/agallego/Downloads/dih_didh%20(1).pdf) Consultado el 16 de junio de 2017.

¹⁷⁰ RAMÓN CHORNET, C., “El 50º aniversario de los Convenios de Ginebra y los conflictos armados en un Mundo inestable” en RAMÓN CHORNET, C. (Ed), *Problemas actuales del Derecho Internacional Humanitario*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2008, p. 188.

¹⁷¹ Todos ellos aprobados el 12 de agosto de 1949 por la Conferencia Diplomática para Elaborar Convenios Internacionales destinados a proteger a las víctimas de la guerra, celebrada en Ginebra del 12 de abril al 12 de agosto de 1949. Entrada en vigor: 21 de octubre de 1950. Respectivamente, 75 UNTS 31, 75 UNTS 85, 75 UNTS 135 & 75 UNTS 287. Convenio para mejorar la suerte de los

Conformado este sistema jurídico, con el fin de ampliar y actualizar el contenido de estas normas internacionales se celebró en Ginebra la Conferencia Diplomática sobre la Reafirmación y el Desarrollo del Derecho Internacional Humanitario aplicable en los Conflictos Armados¹⁷² entre 1974 y 1977. Los dos proyectos elaborados e impulsados por el Comité Internacional de la Cruz Roja¹⁷³ fueron el Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales y el Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional¹⁷⁴. Ambos acuerdos contemplan disposiciones que permite la protección de la población civil. El primero de estos, como su nombre indica, reconoce que los civiles, su salud y dignidad, deben ser respetados. Por ello se limitan las armas, los métodos de ataque y se reconoce como esencial la reconstrucción y la lucha por la supervivencia. Mientras que el segundo, revela el claro objetivo de complementar

heridos y enfermos de las Fuerzas Armadas en campaña, Ginebra, España se adhesiona el 12 agosto 1949, BOE de 23 agosto 1952. Convenio para mejorar la suerte de los heridos, enfermos y náufragos de las Fuerzas Armadas en el mar. Ginebra, España se adhesiona el 12 agosto 1949, BOE de 26 agosto 1952. Convenio relativo al trato de los prisioneros de guerra. Ginebra, España se adhesiona el 12 agosto 1949, BOE de 5 septiembre 1952. Convenio relativo a la protección de personas civiles en tiempo de guerra. Ginebra, España se adhesiona el 12 agosto 1949, BOE de 2 septiembre 1952.

¹⁷² “La Conferencia Diplomática sobre la Reafirmación y el Desarrollo del Derecho Internacional Humanitario aplicable en los Conflictos Armados, convocada por el Consejo Federal Suizo, celebró cuatro períodos de sesiones en Ginebra (del 20 de febrero al 29 de marzo de 1974, del 3 de febrero al 18 de abril de 1975, del 21 de abril al 11 de junio de 1976 y del 17 de marzo al 10 de junio de 1977). La Conferencia tenía por objeto estudiar dos proyectos de Protocolos adicionales preparados, después de consultas oficiales y privadas, por el Comité Internacional de la Cruz Roja y destinados a completar los cuatro Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949”. Acta final de la Conferencia Diplomática de Ginebra de 1974-1977, CICR. Disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/treaty-1977-geneva-diplomatic-conf-extract-5tdm6w.htm> Última consulta el 7 de marzo de 2017.

¹⁷³ Organismo humanitario e imparcial que presta servicios a las partes en conflicto y asiste y protege a todas las víctimas. La profesora RAMÓN CHORNET lo califica “el guardián del Derecho Internacional Humanitario”. RAMÓN CHORNET, C., “El 50º aniversario...”, *op. cit.*, p. 175.

¹⁷⁴ Ambos aprobado el 8 de junio de 1977. En vigor de forma general desde el 7 de diciembre de 1978. 1125 UNTS 3. En vigor para España desde el 21 de octubre de 1989, BOE nº 241, de 7 de octubre de 1989.

“la Convención en miniatura”¹⁷⁵ sobre los conflictos no internacionales, del común artículo 3 a los cuatro Convenios.

De los principios generales básicos¹⁷⁶ con los que se interpretan los convenios internacionales a este estudio interesa destacar algunos de ellos.

En primer lugar, el principio de humanidad o el principio de protección a la población civil. Éste consiste en garantizar y proteger los derechos humanos, al menos esenciales, de las personas ajenas al combate. Como reconoce JEAN PICTET¹⁷⁷ los instrumentos de Derecho Internacional Humanitario no definen de manera precisa el término “trato humano”. No obstante, se puede deducir de las prohibiciones a la garantía fundamental del trato humano que se reconoce en el artículo 4 del II Protocolo. Es decir, al menos, el trato humano debe consistir en que cualquier civil (persona que no lleva arma y no participa directamente en el conflicto armado) no sufra la violación de un derecho no objeto de suspensión. Por lo que no podría permitirse la tortura, los atentados contra la vida en el amplio sentido (es decir, no cabe atentar contra la salud física o psíquica), tratos humillantes, la esclavitud, etc.

En segundo lugar, el trato humano debe realizarse de acuerdo con el principio de no discriminación. Así es reconocido en el primer párrafo del artículo 4 del II Protocolo cuando se refiere a que: “Serán tratadas con humanidad en toda circunstancia, sin ninguna distinción de carácter desfavorable”.

¹⁷⁵ PICTET, J., “Comentario del artículo 3 común a los Convenios de Ginebra y relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional” en *Centro de Estudio de Derecho Internacional Humanitario*, Comité Internacional de la Cruz Roja, Colombia, 1998, p. 4. Disponible en: <http://www.cedih.sld.cu/convenios/comentart3.htm> Consultado el 16 de junio de 2017.

¹⁷⁶ Para más información consúltese: http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=878,12647079&_dad=portal30&_schema=PORTAL30 Consultado el 16 de junio de 2017.

¹⁷⁷ PICTET, J., *op. cit.*, p. 6.

En tercer lugar, a través del principio de prioridad humanitaria, se concede “prioridad a los intereses de las víctimas”¹⁷⁸, lo cual conlleva que obligatoriamente se recojan y asistan a los heridos y enfermos. Será dicho principio el que sustentará gran parte de la fundamentación dada en el último capítulo del trabajo a los cordones sanitarios. Como se explicará en las últimas páginas, ante graves riesgos a la seguridad sanitaria, el principio de prioridad humanitaria permitirá encontrar el equilibrio para que se proteja a los individuos y se traten con dignidad a los afectados.

Y en último y cuarto lugar, las acciones bélicas no contrarias al Derecho Internacional Humanitario deben ser compensadas de acuerdo con el principio de proporcionalidad.

Planteado el panorama básico del Derecho Internacional Humanitario, continúo ahondado en ciertos elementos llamativos con relación a la evolución que éste viene experimentando. Como magistralmente explica la profesora RAMÓN CHORNET¹⁷⁹, el Derecho Internacional Humanitario es más que el Derecho que se deriva de los Convenios de Ginebra (y Protocolos), además de otros instrumentos relacionados, ha sido fuertemente impulsado por las Naciones Unidas y por el Comité Internacional de la Cruz Roja¹⁸⁰. Y es que, ante los nuevos riesgos y amenazas, necesariamente surgen nuevas necesidades y nuevos desafíos que también requiere la adaptación del Derecho Internacional Humanitario.

A pesar de que los protocolos intentan esclarecer a los previos instrumentos, esencialmente en lo relativo a la protección civil, hoy en día el “protagonista desgraciado”¹⁸¹, como acertadamente lo define la profesora

¹⁷⁸ Para más información consúltese: http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=878,12647079&_dad=portal30&_schema=PORTAL30 Consultado el 16 de junio de 2017.

¹⁷⁹ “El Derecho Internacional Humanitario va más allá de [la] delimitación (...) [de que directamente] se identifi(que) con el denominado “Derecho de Ginebra””. RAMÓN CHORNET, C., “El 50º aniversario...”, *op. cit.*, p. 174.

¹⁸⁰ Véase *ibíd*, pp. 175-176.

¹⁸¹ RAMÓN CHORNET, C., “Demasiado tarde para la población civil. El cometido del Derechos internacional humanitario” en CAFLISCH, L., et al (Ed), *El Derecho Internacional: Normas, Hechos y Valores. Liber Amicorum José Antonio Pastor Ridruejo*, Universidad Complutense Madrid, Madrid, 2005, p. 288.

CONSUELO, es la población civil. Ésta sufre con “las violaciones, los saqueos, la toma de rehenes indiscriminada, los desplazamientos de población, o la privación deliberada del acceso a recursos imprescindibles para la satisfacción de necesidades básicas”¹⁸² e indirectamente en todas las circunstancias de conflicto.

Además, los civiles se ven directamente perjudicados porque, aunque los convenios contemplan los conflictos internacionales como piedra angular, desde hace varias décadas otro gran factor de cambio es que gran parte de los conflictos son, o comienzan siendo, de orden interno¹⁸³. Por lo que los Estados individualmente y en su territorio, igualmente deben garantizar los derechos y no violar las normas estipuladas en el Derecho de Ginebra. Así es jurídicamente exigido en los comunes artículos 3º y en el II Protocolo pero, además, se deriva de la lógica jurídica, porque la protección de los civiles en cualquier tipo de conflicto armado es un mínimo preceptivo.

Las transformaciones de las relaciones internacionales y los avances tecnológicos, estratégicos, etc., generan que existan nuevas amenazas como consecuencia de armas de destrucción masiva o las armas biológicas, las cuales pueden tener un efecto devastador en función de la cantidad.

A pesar de que los efectos de las anteriores armas no eran desconocidas en el momento de la redacción del Derecho de Ginebra, no fueron directamente incluidas. No por inconsciencia, sino porque cuanto más precisa son las enumeraciones, más restrictivas pueden ser a la luz de la evolución. Por ello como explica JEAN PICTET, en “los debates [se pensó] en agregar, en particular, los “experimentos” biológicos, de siniestro recuerdo, practicados con detenidos en campos de concentración”¹⁸⁴, no obstante se renunció porque es en última instancia un atentado contra la vida y la integridad corporal. En principio la

¹⁸² *Ibid*, p. 289.

¹⁸³ “Hoy resulta muy difícil mantener la tipología y la diferencia de conflictos sobre la que se asienta el “Derecho de Ginebra”. En efecto, en el momento en que se elaboran los Convenios, el objetivo básico era un tipo e conflicto específico, los conflictos internacionales que implican dos o más Estados. Es evidente que en ese momento, la mayor dificultad para incluir los conflictos armados no internacionales residía en el principio de soberanía del Estado, que sólo hoy comienza a relativizarse”. RAMÓN CHORNET, C., “El 50º aniversario...”, *op. cit.*, p. 177.

¹⁸⁴ PICTET, J., *op. cit.*, p. 6.

utilización de sustancias o componentes químicos, biológicos o nucleares como armas en un conflicto armado, serán lícitas siempre que no estén prohibida, cuando resulten necesarias su uso (por ejemplo, en situaciones de legítima defensa) y siempre de acuerdo con el principio de proporcionalidad¹⁸⁵. Esto quiere decir, que a priori las armas de destrucción masiva son contrarias al Derecho Internacional Humanitario principalmente por la segura repercusión que existirá sobre la población civil. No obstante, en 1996 la Corte Internacional de Justicia¹⁸⁶ (en adelante CIJ) no pudo llegar a dicha conclusión general, tan esperada, de que el uso de armas nucleares fuera ilícito de acuerdo con el Derecho Internacional. En contraposición, el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ sí que afirma rotundamente que “el uso de las armas nucleares en Derecho Internacional es ilícito en cualquier circunstancia sin excepción”¹⁸⁷.

Finalmente, quisiera señalar que, aunque a lo largo de este trabajo se harán referencias de manera específica al Derecho de Ginebra con relación a la seguridad sanitaria y al derecho a la salud, existen relevantes remisiones a los enfermos, a sus cuidados y manutención, al personal sanitario, al personal religioso, al material para prestar la asistencia necesaria, a la seguridad del Estado, en definitiva, a la garantía de sus derechos.

Sin perjuicio del posterior desarrollo, del Derecho de Ginebra en relación con la salud, sobresale la innovadora definición de enfermo (entre otros) o que en estos instrumentos se amplía el objetivo de protección y asistencia haciendo especial hincapié en la salvaguarda de la salud, física y mental.

¹⁸⁵ El profesor CARRILLO SALCEDO se apoya en el Protocolo adicional I utiliza para explicar en qué momento se podría utilizar el arma nuclear. A continuación, remite al profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, quien directamente considera que el arma nuclear en sí, no es proporcional. CARRILLO SALCEDO, J. A., “Conclusiones generales”, en FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A. (Ed), *La licitud del uso de las armas nucleares en los conflictos armados, IV Jornadas de Derecho Internacional Humanitario*, Universidad de Huelva, Sevilla, 1997, pp. 314-315.

¹⁸⁶ Opinión consultiva emitida el 8 de julio de 1996 por la Corte Internacional de Justicia sobre la “licitud de la amenaza o del empleo de armas nucleares”.

¹⁸⁷ FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “¿Podría ser proporcional el uso del arma nuclear”, en FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A. (Ed), *La licitud del uso de las armas nucleares en los conflictos armados, IV Jornadas de Derecho Internacional Humanitario*, Universidad de Huelva, Sevilla, 1997, p. 144.

Asimismo, los Convenios y sus dos protocolos precisan que se garantizará un trato humano en toda circunstancia, lo cual se extiende al cuidado médico oportuno en función del estado y sin depender la condición personal (ya sea enfermo, naufrago, esté privado de libertad, sea personal sanitario, religioso, etc.). No obstante, piénsese que en situaciones de conflicto armado en el que no se respete escrupulosamente el Derechos Internacional Humanitario, entre las muchas consecuencias, se producirá un debilitamiento de los sistemas de salud. Como se apreciaba extremadamente en el conflicto que tiene lugar en Siria¹⁸⁸, la destrucción de los hospitales de algunas ciudades merma considerablemente la capacidad de atención a los afectados, provocando una situación crítica para los civiles.

Por lo tanto, contamos con un amplísimo conjunto de normas que pretende proporcionar la máxima seguridad en situaciones de conflictos armados, pero al mismo tiempo, una realidad compleja y cambiante que nos obliga a ir continuamente reinventando el derecho. Lejos de interpretarlo negativamente, como ya anticipaba en sus primeros trabajos el profesor PASTOR RIDRUEJO, la relativa eficacia del Derechos Internacional Humanitario, más allá de ser desmoralizante, debe utilizarse como pretexto para que se perfeccione y se consiga que “los supuestos de transgresión sean los mínimos”¹⁸⁹.

4. LA CARTA INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.

Frente al Derecho Internacional Humanitario aplicable en tiempo de conflicto armado, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos debe ser garantizado en todo momento, en tiempo de paz y de conflicto, imponiendo obligaciones a los Estados en relación con los individuos.

¹⁸⁸ BBC “Con el último hospital destruido: la crítica situación de Alepo del este tras los bombardeos “más intensos que se recuerden”, 21 de noviembre de 2016. Disponible en: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-38052073> Consultado el 16 de junio de 2017.

¹⁸⁹ PASTOR RIDRUEJO, J. A., *La protección a la población civil en tiempo de guerra*, Universidad de Zaragoza, Seminario de estudios Internacionales “Jordán de Asso” (CSIC) y Cátedra General Palafox” de Cultura Militar, Zaragoza, 1959, p. 314, citado en RAMÓN CHORNET, C., “Demasiado tarde para...” *op. cit.*, p. 288.

A lo largo de este trabajo se hacen numerosas referencias a derechos humanos reconocidos en diferentes instrumentos que los desarrollan, ya que como me refería al inicio, el Derecho a la salud es un derecho fundamental que ostenta todo individuo de manera general y que debe ser plenamente garantizado.

Como es de común conocimiento, el sistema básico universal es conocido como Carta Internacional de los Derechos Humanos¹⁹⁰. La Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁹¹ es el “primer texto jurídico-internacional que formula un catálogo omnicomprendivo de derechos humanos”¹⁹² y, por tanto, el instrumento esencial. La característica principal del mismo, como se desprende de su preámbulo¹⁹³, es la protección efectiva por un régimen de derecho de los derechos humanos, con vocación de universalidad¹⁹⁴, que se desprenden de la dignidad inherente a toda persona¹⁹⁵.

¹⁹⁰ “Inicialmente, la Comisión de Derechos Humanos se planteó un triple objetivo. Se trataba de aprobar, para una adecuada protección internacional de los derechos humanos, una Declaración en primer lugar, un Pacto de derechos humanos y, por último, una serie de medidas para la puesta en práctica de los derechos reconocidos en los dos instrumentos anteriores. Estos tres documentos formarían lo que René Cassin denominó la “Carta de Derechos Humanos. Sin embargo, muy pronto se vio que era un objetivo demasiado ambicioso”. ORAÁ, J., “La Declaración Universal de Derechos Humanos” en GÓMEZ ISA, F., PUREZA, J. M. (ed), *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*, HumanitarianNet, Bilbao, 2003, p. 125.

¹⁹¹ Véase nota al pie de página 67.

¹⁹² SOMMERMANN, k., “El desarrollo de los derechos humanos desde la Declaración Universal de 1948” en PÉREZ LUÑO, A. (Ed), *Derechos Humanos y Constitucionalismo ante el Tercer Milenio*, Marcial Pons, Madrid, 1996, p. 98.

¹⁹³ “El preámbulo se redactó al final, una vez que ya se conocían todos los derechos humanos que iban a figurar en el texto de la Declaración, con lo que se refuerza la tesis de que supone una síntesis de la ideología de la Declaración Universal de los Derechos Humanos”. ORAÁ, J., *op. cit.*, p. 131.

¹⁹⁴ “Pretendió presentar una concepción e universal, un ideal común a la humanidad entera de los derechos humanos, elevándose, en un mundo dividido, por sobre las distintas ideologías y los opuestos criterios sobre su origen y naturaleza, dando como fundamento común de estos derechos y libertades la dignidad humana”. GROS ESPIELL, H., *Estudios sobre Derechos Humanos II*, Civitas, Madrid, 1988, p. 30.

¹⁹⁵ “Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad”. Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General en París el 10 de diciembre de 1948, A/RES/217(III).

En la elaboración de este instrumento, a pesar de la oposición de los países socialistas¹⁹⁶, se incluyeron los derechos económicos, sociales y culturales (artículos 22 a 27 de la DUDH). Esto es, partiendo de las ideas básicas de igualdad y libertad, para que exista un disfrute real de los derechos universales, es preciso que se contemplen los derechos que promueven el progreso social y permite vivir con dignidad.

De las cuatro grandes partes en las que se pueden catalogar los derechos reconocidos en la DUDH (derechos y libertades de orden personal, derechos del individuo en relación con los grupos de los que forman parte, derechos políticos y derechos económicos sociales y culturales¹⁹⁷), el reconocimiento del derecho a la salud se realiza en la última de éstas. De esta forma, el artículo 25.1 reconoce el Derecho de toda persona a la salud, a la asistencia médica y servicios sociales y a seguro en caso enfermedad.

En esta referencia de puntillas a la DUDH es obligatorio hacer una breve referencia a la naturaleza de dicho instrumento. Es más que sabido que la DUDH no es un instrumento jurídicamente vinculante, es decir no fue elaborado como un tratado internacional¹⁹⁸, sino que se adoptó mediante una recomendación¹⁹⁹ de la Asamblea General de las Naciones Unidas. No obstante, como didácticamente expone el profesor JAIME ORAÁ²⁰⁰, la práctica ha convertido a esta Declaración en vinculante. “Hoy en día se considera que la Declaración es una *interpretación autorizada* de las obligaciones contenidas en la Carta de las Naciones Unidas

¹⁹⁶ La DUDH se adoptó a pesar de que existieran 8 abstenciones (URSS, Bielorrusia, Ucrania, Checoslovaquia, Polonia, Yugoslavia, Sudáfrica y Arabia Saudí). ORAÁ, J., *op. cit.*, p. 129.

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 135.

¹⁹⁸ “No siendo un tratado, no habría de poseer el carácter vinculante de este tipo de actos internacionales. Pero concebida para tener un valor fundamentalmente moral y político, adquirió luego verdadero carácter obligatorio. (...) En 1968, en la Declaración de Teherán, más de ciento veinte Estados proclamaron unánimemente la obligación jurídica de respetar sus disposiciones”. GROS ESPIELL, H., *op. cit.*, p. 31.

¹⁹⁹ Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General en París el 10 de diciembre de 1948, A/RES/217(III).

²⁰⁰ Véase ORAÁ, J., *op. cit.*, pp. 149-156.

respecto de los derechos humanos”²⁰¹ porque ha sido invocada continuamente por los sujetos²⁰² de derecho internacional hasta el punto de que ciertas cláusulas son consideradas como Derecho Internacional Consuetudinario.

Con pretensión de continuar progresando, unas décadas después, la Asamblea General, sin que fuese un proceso sencillo, adoptó dos pactos; uno en relación a los derechos civiles y políticos y, otro para desarrollar los derechos económicos, sociales y culturales. La razón de todo esto radica en que las profundas divisiones ideológicas, que son fuertemente marcadas por la inestabilidad política de la Guerra Fría, impiden que se elabore un (solo) Pacto Internacional de Derechos Humanos de manera ágil. Por lo que una vez adoptado la DUDH, el proceso de elaboración, finalmente de dos pactos, requiere de 18 lentos años de trabajo y otros 10 para lograr su entrada en vigor. Ambos tratados²⁰³, como no puede ser de otra forma, constituyen “normas jurídicas universales y vinculantes para los Estados ratificantes”²⁰⁴.

Sin mermar la relevancia del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en adelante PIDCP), el PIDESC es un paso trascendental para los derechos económicos, sociales y culturales ya que es la primera vez, que un tratado internacional reconoce el compromiso de que los Estados garanticen los derechos enunciados en el mismo²⁰⁵, aunque *a priori* no generen obligaciones²⁰⁶

²⁰¹ *Ibid*, p. 151.

²⁰² Por ejemplo, España contempla la DUDH en su Constitución como una norma jurídicamente vinculante (artículo 10 de la Constitución Española).

²⁰³ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, fueron adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entraron en vigor el 23 de marzo de 1976. España los ratificó el 27 de abril de 1977, BOE nº 103, de 30 de abril de 1977.

²⁰⁴ MILÁ MORENO, J., “El Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales” en GÓMEZ ISA, F., PUREZA, J. M. (Ed), *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*, HumanitarianNet, Bilbao, 2003, p. 190.

²⁰⁵ Artículo 2 PIDESC.

²⁰⁶ “El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha interpretado este elemento en su Comentario General nº 3, en el cual analiza la naturaleza de la obligación del citado artículo 2.1 del Pacto”. MILÁ MORENO, J., *op. cit.*, p. 192.

automáticas de garantía). Esta clara debilidad pretende ser remediada a través del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁰⁷, el cual contempla la creación de un “mecanismo cuasijudicial similar al que tiene el PIDCP que pretende ofrecer a las víctimas de violaciones concretas de sus derechos derivados del Pacto por parte de un Estado miembro la posibilidad de dirigirse al Comité a finde que éste investigue dicha actuación”²⁰⁸.

En lo que respecta al Derecho a la salud, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁰⁹ reconoce directamente el “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, dotándolo de un contenido sustancial. A pesar de que también se menciona con relación a la protección de la infancia en el artículo 10.3.

Respecto al artículo 12.1 es interesante que “la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó expresamente la definición de la salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, la cual define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, la referencia del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, al “más alto nivel posible de salud física y mental” demuestra la pretensión de evolución, más allá del simple reconocimiento del derecho a la atención de la salud”²¹⁰.

Complementariamente al artículo 12, se han elaborado otros pronunciamientos como la tan destacada Observación General 14²¹¹ formulada

²⁰⁷ Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 10 de diciembre de 2008 en vigor desde el 5 de mayo de 2013. Ratificado por España 24 de septiembre de 2009, BOE nº 48, de 25 de febrero de 2013.

²⁰⁸ MILÁ MORENO, J., *op. cit.*, p. 202.

²⁰⁹ Véase nota al pie de página 27.

²¹⁰ MONEREO PÉREZ, J. L., “Derecho a la salud”, en MONEREO ATIENZA, C., MONEREO PÉREZ, J. L. (Ed), *El Sistema Universal de los Derechos Humanos*, Comares, Granada, 2014, p. 597.

²¹¹ Observación general 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22º período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, CESCR.

por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²¹², en el que se lleva a cabo una interpretación extensiva del derecho a la salud con el objetivo de poder alcanzar el más alto nivel posible de salud. En ésta se reconoce que la salud “es un derecho humano fundamental indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”²¹³, ya que se vincula directamente con el “Derecho a la vida y a la dignidad de la persona”²¹⁴. Esto es, como ya ha sido puesto de manifiesto, el Derecho a la salud está vinculado y depende de otros derechos.

II. NIVEL UNIVERSAL ESPECÍFICO.

Como complemento a los instrumentos generales universales descrito en el anterior apartado, para determinadas materias que necesitan ser concretadas y protegidas también se elaboran instrumentos internacionales de amplitud general.

A continuación, me refiero a los más destacados del ámbito de la salud.

Como es comúnmente conocido, el VIH/SIDA lleva siendo desde hace casi medio siglo una epidemia y emergencia mundial por sus dimensiones y consecuencias catastróficas. Es una enfermedad que incide especialmente en los países en desarrollo, sobre todo en el continente africano. Además de favorecer el suministro del tratamiento, la estrategia de contención se centra en la prevención.

En relación con estos objetivos generales (prevención, tratamiento, atención y apoyo), la OMS han elaborado decenas de directrices, programas y recomendaciones. Por ejemplo, en este momento el propósito general de lucha

²¹² Órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) por sus Estados Parte. Creado por la Resolución 1985/17, de 28 de mayo de 1985, del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

²¹³ Aplicación de la observación general 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22º período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, CESCR.

²¹⁴ MONEREO PÉREZ, J. L., *op. cit.*, p. 596.

contra esta enfermedad se marca por la Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016–2021²¹⁵.

Además, el hecho de que consista en una epidemia provoca que, a nivel universal, incida en la vida y dignidad²¹⁶, así como, en el desarrollo económico y social. Por ello, desde el año 2000²¹⁷ también es objeto de examen y un propósito de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

La expansión de dicha pandemia al inicio del siglo XXI era tan alarmante que la Asamblea General aprobó una específica declaración de compromiso para intentar reducir el alcance en un 20% en el periodo de un lustro. De esta forma la Asamblea recomendó hacer frente a dicha crisis mediante la cooperación, colaboración y coordinación de la comunidad internacional institucionalizada, a través de la investigación y con estrategias nacionales²¹⁸. La evaluación y actualización del compromiso se lleva a cabo en 2006²¹⁹. Cumplido el plazo inicial de actuación, en 2011²²⁰, la Asamblea General reconoce que se ha llevado a cabo un importante progreso. A pesar de que la financiación que se ha destinado no alcanza la necesaria para hacer frente a una epidemia, se ha logrado reducir

²¹⁵ Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH, 2016–2021, marzo de 2015, OMS. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/proposed-hiv-strategy2016-2021/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

²¹⁶ Resolución de la Asamblea General sobre “Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA”, Vigésimo sexto período extraordinario de sesiones, 2 de agosto de 2001, (A/RES/S-26/2).

²¹⁷ “Examen del problema del virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en todos sus aspectos”, Resolución de la Asamblea General sobre “Examen del problema del virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en todos sus aspectos”, Quincuagésimo quinto período de sesiones, 13 de noviembre de 2000, (A/RES/55/13).

²¹⁸ Resolución de la Asamblea General sobre “Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA”, Vigésimo sexto período extraordinario de sesiones, 2 de agosto de 2001, (A/RES/S-26/2).

²¹⁹ Resolución de la Asamblea General, “Declaración política sobre el VIH/SIDA”, Sexagésimo período de sesiones, 15 de junio de 2006, (A/RES/60/262).

²²⁰ Resolución de la Asamblea General sobre “Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA”, Sexagésimo quinto período de sesiones, 8 de julio de 2011, (A/RES/65/277).

más de un 25% la tasa de infección. Por lo que se amplía el objetivo, para que incrementando los esfuerzos se logre acabar con dicha epidemia.

No como enfermedad, sino como factor de riesgo de graves enfermedades, el tabaco es abordado por la OMS. Como adelantaba en el capítulo anterior, el tabaco ha sido el objeto del único tratado internacional²²¹ adoptado por la OMS. Según el artículo 3º, el Convenio Marco para el Control de Tabaco tenía como objetivo “proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional, a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco”.

Asimismo, las enfermedades no transmisibles, en general, aunque no sean transmisibles es un grave problema que inquieta a la comunidad internacional institucionalizada. Debido a que enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas y diabetes provocan la muerte del 60% de la población mundial y, en particular, en los países en desarrollo la Asamblea General convocó una Reunión de alto nivel para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles²²². Además del estudio de la epidemia y de las soluciones propuestas por más de 100 Estados distintos²²³, la OMS elaboró un estudio focalizado a los Estados de bajos ingresos²²⁴.

²²¹ Convenio Marco para el Control de Tabaco, Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, 21 de mayo de 2003, 56ª sesión, WHA56.1, (BOE nº 35, de 10 de febrero de 2005). En vigor desde 27 de febrero de 2005, 90 días después de que 40 Estados se hubieran adherido a él o lo hubieran ratificado, aceptado o aprobado (artículo 36). En la actualidad se encuentran obligados por dicho tratado 168 estados. (http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/. Consultado el 16 de junio de 2017). Firmado por España el 16 de junio de 2003 y ratificado el 30 de diciembre de 2004, BOE núm. 35, de 10 de febrero de 2005.

²²² Resolución de la Asamblea General sobre “Alcance, modalidades, formato y organización de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles”, Sexagésimo quinto período de sesiones, 7 de abril de 2011, (A/RES/65/238).

²²³ Celebrada del 19-20 de septiembre de 2011 en Nueva York.

²²⁴ “Soluciones de bajo costo para luchar contra las enfermedades no transmisibles”, 18 de septiembre de 2011, Ginebra. Disponible en:

Por otro lado, no solo la OMS y las Naciones Unidas elaboran instrumentos relativos a la salud. Como es evidente, el Derecho a la salud es un tema central de la OIT, ya se adelantó que este organismo especializado de las Naciones Unidas recientemente había impulsado el programa para mejoras laborales en los servicios sanitarios ("Work Improvement in Health Services"). No obstante, por la importancia con su objeto han sido numerosos los Convenios y Protocolos que en las últimas décadas se han configurado. Han generado notables progresos y mayor seguridad acuerdos como: Convenio N° 121 sobre las prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, 1964; Convenio N° 184 sobre la seguridad y la salud en la agricultura, 2001; Convenio N° 176 sobre seguridad y salud en las minas, 1995; Convenio N° 167 sobre seguridad y salud en la construcción, 1988; Convenio N° 139 sobre el cáncer profesional, 1974, etc.

En todo caso, existen multitud de instrumentos internacionales universales que se refieren de manera más o menos directa a cuestiones de salud pública. Para finalizar este apartado hago alusión a algunos de ellos: El Convenio de Minamata sobre Mercurio²²⁵, Convención sobre los Derechos del Niño²²⁶, Acuerdo de París²²⁷ o cualquiera de los instrumentos protectores de Derechos Humanos ya comentados, como el PIDCP.

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/NCDs_solutions_20110918/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.

²²⁵ Convenio de Minamata sobre Mercurio, Kumamoto, Japón, de 10 de octubre de 2013, PNUMA, (DOUE n. 142, de 2 de junio de 2017).

²²⁶ Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. (resolución 44/25). Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. Instrumento de ratificación del 30 de noviembre de 1990. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990.

²²⁷ Acuerdo de París, hecho en París el 12 de diciembre de 2015. Ratificado por España el 12 de enero de 2017, BOE nº 28, de 2 de febrero de 2017. En vigor desde el 11 de febrero de 2017.

III. NIVEL REGIONAL.

1. EL MARCO EUROPEO.

1.1. La Unión Europea y el Derecho a la salud.

La salud pública es uno de los siete retos esenciales que la UE proyecta en su propia estrategia de Desarrollo Sostenible²²⁸. También para las Estrategias de Seguridad europeas prestan especial atención a las amenazas a la salud pública, en especial las pandemias, por incidir negativamente en el desarrollo tanto dentro como fuera de la UE²²⁹.

Al mismo tiempo la salud es un asunto primordial que requiere un tratamiento apropiado, mediante actuaciones ejecutivas efectivas y políticas públicas puestas en práctica por los propios Estados, por la UE y, siempre, desde el Derecho Internacional.

El Derecho a la salud es contemplado en diferentes preceptos de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea²³⁰ pero también tiene una mención específica en el artículo 35 de dicho instrumento, en el que se reconoce el derecho a la prevención sanitaria, el derecho a beneficiarse de la atención sanitaria y el derecho a que sea garantizado un alto nivel de protección de la salud humana.

²²⁸ Comisión Europea, Guía para la Estrategia Europea de Desarrollo Sostenible, “Un futuro sostenible a nuestro alcance”, Bruselas, 2007. Disponible en: http://www.magrama.gob.es/es/ministerio/planes-estrategias/estrategia-espanola-desarrollo-sostenible/Guia_de_la_Estrategia_Europea_de_desarrollo_sostenible_VE_tcm7-14888.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

²²⁹ Era reconocido en la “Estrategia Europea de Seguridad. Una Europa segura en un Mundo mejor” de 2009 e igualmente se recoge en la nueva Estrategia de junio de 2016, “Shared Vision, Common Action: A Stronger Europe A Global Strategy for the European Union’s Foreign And Security Policy”, presentada por la Alta Representante de la Unión Europea para Asuntos Exteriores y de Seguridad, FEDERICA MOGHERINI, en el Consejo Europeo celebrado los días 28 y 29 de junio de 2016.

²³⁰ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000/C 364/01, Diario Oficial de las Comunidades Europeas 18.12.2000.

Complementariamente, la UE²³¹ adquiere la responsabilidad de asegurar un alto nivel de protección de la salud²³², tal y como preconiza el artículo 4.2.k., del Tratado de Funcionamiento de la UE²³³ (en adelante TFUE), al asumir la competencia compartida, junto con los Estados miembros, en asuntos comunes de seguridad en materia de salud pública. Esto es, a nivel nacional los gobiernos tenderán a proteger a sus ciudadanos, pero al mismo tiempo esta acción se encuentra apoyada y reforzada por las políticas de la UE²³⁴. Ello significa que la ejecución de este objetivo se realizará mediante una acción intersectorial, en la que la protección de la salud humana²³⁵ será primordial en la descripción y ejecución de las políticas y acciones europeas. Tomando como base la Carta de Ottawa²³⁶, la UE asume que la salud debe incluirse en todas las políticas²³⁷ y acciones, a través de una estrategia horizontal y complementaria que permita contribuir, de manera eficiente, a la mejora de la salud pública. Para ello, la clave

²³¹ “The Lisbon Treaty did not introduce fundamental changes. It has given the mainstreaming duty, which requires from the Union to take account of and to even ensure health protection in defining and implementing all its policies, and which was already introduced by Maastricht, a more prominent role. In addition, Lisbon has enhanced the potential impact of the EU Charter on Fundamental Rights on health issues, which contains rights to human dignity, life and access to preventive care. In hindsight, one may observe that the European institutions have, from the early years developed a health policy along the two paths Ribeyre had suggested more than half a century ago. The EU has evolved to become a health Union resting on two pillars: the internal market pillar and the Maastricht pillar, constituting the basis for a health policy *pur sang*”. MEI, A.P. VAN DER, VOS, E., “The State of the European Health Union– the Maastricht Contribution to EU Health Policy”, PIETER, A., et al., in *The Treaty on European Union, 1993-2013: reflections from Maastricht*, Cambridge, Intersentia, 2013, p. 629.

²³² Para más información consúltese: PACE, P., *Migration and the right to health: a review of European Community law and Council of Europe instrument, International migration law, n° 12, IOM (International organization for Migration), Ginebra, 2007*, pp. 8-13.

²³³ Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, Tratado de Lisboa, 2007, Diario oficial de la Unión Europea, n° C 306/1, Diario Oficial de la Unión europea, 30.3.2010.

²³⁴ Así también se refiere el artículo 6.a TFUE.

²³⁵ Artículo 9 TFUE.

²³⁶ Primera Conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud, Carta de Ottawa, 21 de noviembre de 1986, en Ottawa, Canadá. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

²³⁷ “Such as planning and development, industry, trade commerce, environment, finance, agriculture, housing, public works, education, culture and communications”. KICKBUSCH, I., et al, “The European Union's Role and Potential in Research and Innovation for Global Health” en KADDOUS, C. (Ed), *The European Union in International Organisations and Global Governance*, Hart Publishing, Oxford, 2015, pp. 182-183.

consiste en examinar aquellos factores alterables que, generalmente, están controlados por sectores ajenos a la salud²³⁸.

Es tal la importancia que el Tratado de Lisboa reconoce a las cuestiones relativas a la salud pública que dedica todo un título, el XIV²³⁹, con la rúbrica “Salud Pública” al propósito general de garantizar el más alto y complejo grado de protección de la salud humana. Para ello se estimula a los propios servicios sanitarios y a los Estados para que cooperen entre ellos y para que a través de las funciones de prevención²⁴⁰ y vigilancia se garantice la protección y mejora de la salud humana²⁴¹.

Así las cosas, la política sanitaria²⁴² europea preserva la finalidad de promover la salud²⁴³ o lo que es lo mismo, protege a los ciudadanos frente a las amenazas²⁴⁴ y favorece la sostenibilidad. En este sentido, la UE centra su

²³⁸ KICKBUSCH, I., et al, “The European Union's Role...”, *op. cit.*, p. 186.

²³⁹ En esta sección destaca, por su relevancia, el artículo 168 TFUE, el cual se caracteriza por estar basado en la subsidiariedad. Esto es, la acción de la UE simplemente complementará las políticas nacionales, ya que la responsabilidad principal de poner en práctica dicha política de protección de la salud, corresponde a los Estados miembros. MEI, A. P., VAN DER VOS, E., “The State of the European Health Union – the Maastricht Contribution to EU Health Policy” en PIETER, A. (Ed), *The Treaty on European Union, 1993-2013: reflections from Maastricht*, Intersentia, Cambridge, 2013, p. 636.

²⁴⁰ La prevención de las enfermedades incluye “la seguridad de los alimentos y la nutrición, la seguridad de los productos médicos, la lucha contra el tabaquismo, la calidad del agua y del aire, la creación de agencias relacionadas con la salud”, etc. Comisión, “Libro Blanco, Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)”, Bruselas, 23 de octubre de 2007, COM(2007) 630 final.

²⁴¹ El Tratado de Lisboa también se refiere a la salud en el TFUE de forma indirecta en los artículos 36, 45.3, 52, 114, 153 y en el título XX.

²⁴² Política sanitaria, *ad intra* y *ad extra*, debe fundamentarse en los valores de la “universalidad, el acceso a una atención de calidad, la equidad y la solidaridad”. Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la UE (2006/C 146/01).

²⁴³ Hasta el punto de que el interés general aboga por que en todas las políticas se integren consideraciones sanitarias, lo cual se conoce con el lema de “la salud en todas las políticas” que se corresponde con la iniciativa HIAP y que se fundamenta en la idea de que la salud humana no es solo un asunto de política sanitaria, sino que se encuentra vinculado con las cuestiones de medio ambiente, salud animal, productos alimenticios, política de desarrollo, seguridad sanitaria en el trabajo, etc. Comisión, “Libro Blanco, Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)”, Bruselas, 23 de octubre de 2007, COM(2007) 630 final, pp. 3 y 6.

²⁴⁴ Como ya se ha indicado, la salud se encuentra fuertemente influenciada a que exista un desarrollo económico sostenible, cuestiones sociales que favorezcan el progreso en dicha materia y un desarrollo medio ambiental sostenible. No obstante, son numerosas las amenazas que inciden

estrategia de actuación en tres principales ejes de progresión como ámbitos de su actuación:

- “Promover la buena salud en una Europa que envejece”²⁴⁵.
- “Proteger a los ciudadanos frente a las amenazas para la salud”²⁴⁶ ya que las nuevas amenazas para la salud requieren acciones que permitan evaluar el impacto y proporcionar la mayor seguridad sanitaria.
- “Fomentar sistemas sanitarios dinámicos y nuevas tecnologías”. La mejora, adaptación e innovación de los sistemas de salud permite progresar en la sostenibilidad, de acuerdo con la legislación europea que promueve una acción coordinada con la que se amplifique la calidad y eficacia de los servicios.

¿Cómo se han materializados estos propósitos?

Tras varias peticiones del Consejo²⁴⁷ para que se elabore un “programa de salud pública único, horizontal e integrado”²⁴⁸, se confeccionó la “Estrategia

negativamente sobre la salud y sobre alguna de estas esferas. Los principales riesgos y desafíos, que pueden ser combatidos por el Desarrollo Sostenible, consisten en: la contaminación ambiental (esencialmente por las múltiples fuentes de contaminación en el aire, el agua y los alimentos), amenazas por el estilo de vida, enfermedades (que suelen caracterizarse por la rápida propagación y que requieren de un plan de respuesta coordinada), etc. Comisión Europea, Guía para la Estrategia Europea de Desarrollo Sostenible, “Un futuro sostenible a nuestro alcance”, Bruselas, 2007. Disponible en: http://www.magrama.gob.es/es/ministerio/planes-estrategias/estrategia-espanola-desarrollo-sostenible/Guia_de_la_Estrategia_Europea_de_desarrollo_sostenible_VE_tcm7-14888.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

²⁴⁵ Comisión, “Libro Blanco, Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)”, Bruselas, 23 de octubre de 2007, COM(2007) 630 final, p. 8.

²⁴⁶ *Ibíd*, p. 9.

²⁴⁷ Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 8 de junio de 1999 sobre la acción futura de la Comunidad en el ámbito de la salud pública. DOCE núm. C 200 de 15/7/1999; Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre la garantía de protección de la salud en todas las políticas y acciones de la Comunidad. DOCE nº C 86 de 24/3/2000.

²⁴⁸ CALVETE OLIVA, A., “Estrategia de salud de la Unión Europea: Salud pública para las personas europeas” en *Revista española de salud pública*, nº 3, 2008, p. 276.

sanitaria de la Comunidad Europea”²⁴⁹, que desembocó en la creación de un programa de acción de salud pública para los años 2003-2008²⁵⁰. Éste se caracterizaba por recoger los principales objetivos de divulgar información sobre la salud, concretar mecanismos de reacción y promover un estilo de vida saludable como principal medida de prevención.

Para el periodo 2007-2013 se preparó un segundo²⁵¹ programa con el objetivo de actualizar y adaptar a las nuevas circunstancias aquel propósito inicial.

En la actualidad, se trabaja en el tercer programa²⁵² que permite dar continuidad a la promoción de la salud y a la creación de sistemas de salud innovadores, eficientes y sostenibles.

Por otro lado, otro instrumento que pone de relieve que la salud pública es parte fundamental de la estrategia de la UE, es la elaboración de un Libro Blanco²⁵³, el cual constituye la primera estrategia sanitaria de la UE, fruto del progreso de las distintas medidas adoptadas en esta materia. La empresa primordial de este texto no podría ser otra que, proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de la UE a través de los valores de universalidad, acceso a una atención sanitaria de calidad, equidad y solidaridad. Del mismo modo recoge como objetivo que, para lograr prosperidad económica, se vincule la salud con el

²⁴⁹ Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, de 16 de mayo de 2000, sobre la estrategia sanitaria de la Comunidad Europea [COM (2000) 285 final - no publicada en el Diario Oficial]. Esto supone un punto de inflexión ya que es la primera ocasión en la que una estrategia contiene en su título y objeto principal, la salud.

²⁵⁰ Decisión nº 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002 relativa a la adopción de un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008), DOCE L 271/1, de 9.10.2002.

²⁵¹ Segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud (2008-2013). Decisión nº 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2007 por la que se establece el segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud (2008-2013).

²⁵² Reglamento (UE) No 282/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo de 11 de marzo de 2014 relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014-2020 y por el que se deroga la Decisión no 1350/2007/CE (Texto pertinente a efectos del EEE), nº L 86/1, de 21.3.2014.

²⁵³ Comisión, “Libro Blanco, Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)”, Bruselas, 23 de octubre de 2007, COM(2007) 630 final.

bienestar social, la inclusión de la salud en las distintas políticas (medio ambiente, política exterior, desarrollo sostenible, etc.) y se alcance un liderazgo mundial sobre el desarrollo sostenible en materia de salud²⁵⁴.

Desde una perspectiva más particular, existen infinidad de acciones e instrumentos que vinculan de algún modo el Desarrollo sostenible (principalmente, a través de alguna de sus tres esferas) con la salud. Tres ejemplos de ello son:

- El proyecto “Invertir en salud”²⁵⁵ que persigue el principal fin de asignar las inversiones desde la perspectiva más eficiente.
- La iniciativa “SCALE”²⁵⁶ que persigue integrar toda la información sobre medio ambiente y salud humana, con el fin de implementar políticas que permitan una mejor evaluación del impacto medioambiental sobre la salud.
- El Plan de acción de medio ambiente y salud²⁵⁷ con la intención primordial de reducir los efectos perjudiciales para la salud de algunos factores ambientales y reforzar la cooperación en materia de medio ambiente, salud e investigación.

Todo esto muestra que en el ordenamiento jurídico europeo las referencias a salud son como políticas de bienestar y mediante la cooperación. En el caso de que existiera una catástrofe de graves consecuencias en el seno de esta organización internacional, los pasos a seguir serían como los de cualquier Estado. En este sentido, informaría a la OMS, pondría en marcha sus propias

²⁵⁴ CALVETE OLIVA, A., *op. cit.*, pp. 277-278.

²⁵⁵ European Commission. Commission Staff Working Document. Investing in Health. SWD (2013) 43 final, 20 February 2013. Accompanying the Communication: Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020. COM (2013) 83 final, 20 February 2013.

²⁵⁶ “Estrategia europea de medio ambiente y salud” Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social Europeo, 11.6.2003 COM (2003) 338 final. Disponible en: <http://www.sifemurcia-europa.com/servlet/sife.GestionDocs?METHOD=MOSTRARDOCUMENTO&iddocumento=3174> Consultado el 16 de junio de 2017.

²⁵⁷ Comunicación de la Comisión, de 9 de junio de 2004, «Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010) [COM (2004) 416 - Diario Oficial C 49 de 28.2.2006].

medidas y protocolos de seguridad (nacionales y europeos²⁵⁸) y, si acabara repercutiendo a la paz y seguridad internacionales, asumiría las recomendaciones y resoluciones de la ONU.

Un caso que puede demostrar la gestión de los riesgos y amenazas a la seguridad sanitaria en el seno de la UE, ha sido el control de la epidemia por la encefalopatía espongiforme bovina o «enfermedad de las vacas locas» que tuvo su origen en Reino Unido²⁵⁹ y que afectó a más de un centenar de ciudadanos europeos. Las medidas preventivas del sacrificio animal junto con los grandes controles de seguridad provocaron que se confeccionara un cordón sanitario - adecuado al problema- en Reino Unido y, de forma más amplia y menos estricta, también en la Unión Europea²⁶⁰. De esta forma, en un plazo relativamente corto se logra controlar este grave problema de fuerte impacto sanitario²⁶¹.

Al mismo tiempo, la UE desarrolla una importante actuación en materia de desarrollo sostenible *ad extra*, en este sentido, trabaja activamente en la cooperación internacional y en la política de desarrollo con terceros Estados, hasta el punto de que es el máximo contribuyente en el coste de dichas iniciativas²⁶². La razón de dicha responsabilidad es, por un lado, que así se desprende de sus objetivos y, por otro, que el Desarrollo Sostenible, fuera de nuestras fronteras, es

²⁵⁸ Por ejemplo, se derogaría expresamente la libertad de movimiento que se reconoce en el artículo 26.2 del TFUE, como una medida de control y cese de la propagación. FLEAR, M., “Supra-stewardship’: a tool for citizen participation in European Union pandemic preparedness planning”, *Northern Ireland Legal Quarterly*, Vol. 62, Nº 5, 2011, p. 685.

²⁵⁹ “Los primeros casos de animales enfermos se declararon en el Reino Unido en 1986”. Centro de prensa de la OMS, “Ocho preguntas que los consumidores deben hacer respecto a la amenaza de la enfermedad de las vacas locas”. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr5/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

²⁶⁰ Véanse las medidas adoptadas por la UE en el Informe “EEB: balance de la situación en marzo de 2003”. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=URISERV:f83002&from=ES> Consultado el 16 de junio de 2017.

²⁶¹ Más información: HERNÁNDEZ, A. A. et al, “Encefalopatía espongiforme bovina o ‘enfermedad de las vacas locas’” en *Gaceta Médica Caracas*, volumen 110, nº 2, 2002.

²⁶² Iniciativas como el “Call for Africa”, “Specific international cooperation actions (SICAs)”, “the Health Research Programme (EDCTP), etc. Para más información, véase: KICKBUSCH, I., et al, “The European Union's Role...”, *op. cit.*, pp. 182-183, 187-191.

beneficioso para nuestro propio progreso, en este mundo interrelacionado y globalizado.

Gran parte de todo este trabajo realizado más allá de las fronteras se dedica a la seguridad sanitaria. Como describe el duodécimo programa general de trabajo de la OMS²⁶³, “la Unión Europea, por ejemplo, coordina algunos aspectos de política exterior cuyo alcance la convierte en uno de los principales²⁶⁴ participantes en la acción sanitaria mundial. Es probable que otros organismos regionales sigan pronto ese camino. La OMS debe desempeñar un papel cada vez más importante en la creación de redes de relaciones con bancos de desarrollo regionales, agrupaciones políticas regionales y subregionales y las comisiones económicas de la ONU.” Porque ellos son capaces de incentivar el progreso desde la cúspide política.

Uno de los mecanismos para la cooperación más allá de la UE es a través del Fondo Europeo de Desarrollo (en adelante FED), con el que se apoya acciones en países y territorios en desarrollo para promover su desarrollo económico, social y humano, así como la cooperación regional, en general. El actual acuerdo es el undécimo FED. Éste “tendrá lugar entre 2014 y 2020: cuenta con una financiación de 305 000 millones de euros y 26 000 millones de euros adicionales del Banco Europeo de Inversiones en forma de préstamos de sus propios recursos”²⁶⁵.

²⁶³ Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, Duodécimo Programa General de Trabajo”, “No solo la ausencia de enfermedad”, 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, 19 de abril de 2013, A66/6, p. 41.

²⁶⁴ “La mayoría de los fondos multilaterales se destinan a cinco grandes grupos de organizaciones. Más del 80% del total de US\$ 54000 millones de 2010 tuvieron por destino las instituciones europeas (el FED y el presupuesto de la Unión Europea), la Asociación Internacional de Fomento (Banco Mundial), fondos y programas de las Naciones Unidas, el Banco Africano de Desarrollo y el Banco Asiático de Desarrollo, y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. El resto se reparte entre más de 200 organismos multilaterales, entre ellos la OMS. La combinación de medidas de austeridad en los países donantes y fragmentación en el sistema multilateral se traduce en una serie de presiones, a veces antagónicas, sobre las organizaciones internacionales”. Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, Duodécimo Programa General de Trabajo”, “No solo la ausencia de enfermedad”, 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, 19 de abril de 2013, A66/6, p. 16.

²⁶⁵ Información disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=URISERV:r12102&from=ES> Consultado el 16 de junio de 2017.

Además de todas estas intervenciones voluntarias en el marco de la cooperación, como se explica en el último capítulo, la UE intervendrá en situaciones de amenazas a la seguridad sanitaria, cuando sea recomendado o determinado por la ONU. Ejemplo de esto es la reiterada Resolución de Consejo de Seguridad 2177(2014). En ésta, el Consejo de Seguridad, con motivo del brote del ébola que amenaza a la paz y seguridad internacionales:

“Insta a los Estados Miembros, así como a los asociados bilaterales y las organizaciones multilaterales, como la Unión Africana, la CEDEAO y la Unión Europea, a que movilicen y proporcionen inmediatamente a los países afectados, y a los que les prestan asistencia, especialización técnica y capacidad médica adicional, incluso para el diagnóstico rápido y la capacitación de los trabajadores sanitarios a nivel nacional e internacional, y a que sigan intercambiando conocimientos especializados, experiencias y mejores prácticas y maximicen las sinergias para responder de manera eficaz e inmediata al brote del ébola y proporcionar recursos esenciales, suministros y asistencia coordinada a los países afectados y a los asociados en la ejecución, y exhorta a todas las instancias pertinentes a que cooperen estrechamente con el Secretario General en las actividades de asistencia a la respuesta”*. Por tanto, el Consejo de Seguridad en el marco del capítulo VII, obliga a la UE a que colabore y proporcione los medios a su alcance para restablecer la paz y seguridad internacionales, como así cumplió con ello, colaborando al control y cese de la epidemia²⁶⁶.

1.2. El Consejo de Europa y el Derecho a la salud.

A la vez que los distintos acontecimientos provocan el reconocimiento de los derechos humanos a nivel universal, en el continente europeo se crea el Consejo de Europa²⁶⁷ en 1949. El principal objetivo de esta organización

* Subrayado de la autora.

²⁶⁶ Véase: “La respuesta de la UE al brote más trágico de Ébola”, Noticias, Parlamento Europeo. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/news/es/news-room/20141024STO76228/la-respuesta-de-la-ue-al-brote-m%C3%A1s-tr%C3%A1gico-de-%C3%A9bola> Consultado el 16 de junio de 2017.

²⁶⁷ Estatuto del Consejo de Europa, Tratado de Londres, del 5 de mayo de 1949, en vigor desde el 3 de agosto de 1949 de conformidad con el artículo 42.b del mismo. España ratifica dicho instrumento el 24 de noviembre de 1977, «BOE núm. 51/1978, de 1 de marzo de 1978.

internacional consiste en alcanzar “una unión más estrecha entre sus miembros para salvaguardar y promover los ideales y los principios que constituyen su patrimonio común y favorecer su progreso económico y social”²⁶⁸. En este sentido desde una perspectiva regional y consonancia con la labor de Naciones Unidas, el Consejo de Europa trabaja sobre asuntos sociales²⁶⁹ y económicos (educación, juventud²⁷⁰ o salud pública²⁷¹), sobre medio ambiente, sobre asuntos jurídicos, o principalmente, sobre los derechos humanos.

Como se reconoce expresamente en el Estatuto del Consejo de Europa, uno de los propósitos primordiales es la promoción de los derechos humanos y libertades fundamentales²⁷². Con el objetivo de dar cumplimiento a tan ambiciosa aspiración, en 1950 se adopta el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales²⁷³, comúnmente conocido como Convenio Europeo de los Derechos Humanos (en adelante CEDH). Todos los Estados miembros del Consejo de Europa se encuentran obligados por este tratado internacional garantista de los derechos civiles y políticos del hombre.

La nota característica de dicho instrumento es que se encuentra avalado por un efectivo sistema judicial como se determina en el artículo 19²⁷⁴ del CEDH.

²⁶⁸ Artículo 1. a del Tratado de Londres.

²⁶⁹ Por ejemplo, a través de la Carta Social Europea referida a los derechos civiles y políticos. Tratado internacional hecho en Turín el 18 de octubre de 1961. En vigor desde 1973, de conformidad con el artículo 35 del mismo. España la ratifica el 29 de abril de 1980, BOE nº 153, de 26 de junio de 1980.

²⁷⁰ Por ejemplo a través de la creación del Centro Europeo de la Juventud con sede en Estrasburgo y Budapest. Más información en: <https://www.coe.int/es/web/about-us/headquarters-and-offices> Consultado el 16 de junio de 2017.

²⁷¹ Más información en: <http://www.coe.int/t/dg3/health/> Consultado el 16 de junio de 2017.

²⁷² Artículo 3 del Tratado de Londres.

²⁷³ Elaborado en Roma el 4 de noviembre de 1953. En vigor el 3 de septiembre de 1953 de conformidad con el artículo 59 de instrumento. España firma el CEDH el mismo día de su admisión en el Consejo de Europa, el 24 de noviembre de 1977 y lo ratifica el 4 de octubre de 1979, BOE núm. 243, de 10 de octubre de 1979.

²⁷⁴ “Con el fin de asegurar el respeto de los compromisos que resultan para las Altas Partes Contratantes del presente Convenio, se instituyen: a) una Comisión Europea de Derechos Humanos, denominada en adelante «la Comisión»; b) un Tribunal Europeo de Derechos Humanos, denominado en adelante «el Tribunal». El Protocolo número 11 al Convenio Para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales relativo a la reestructuración del

En este sentido el Tribunal Europeo de los Derechos Humanos es un órgano judicial reformado con el Protocolo 11.

En lo relativo al Derecho a la salud, a diferencia de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el CEDH no dedica un artículo específico a tal cuestión. No obstante, se refiere a la protección de la salud en el artículo 8.2 manifestando que:

“No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás”.

El TEDH se ha manifestado en múltiples casos en relación con la salud, las principales líneas de pronunciamiento son con relación a los casos de negligencias médicas, bioética (aborto, pruebas de embarazos, situaciones al final de la vida...), medioambiente (ruido o contaminación), en relación con especiales situaciones personales (inmigrantes o presos) o salud mental, fundamentalmente.

La base desde la que parte dicho Tribunal impedir la vulneración del Derechos a la salud, además de la conexión con otros derechos (esencialmente el derecho a la vida), es la definición de salud dada por la OMS. Por ejemplo, en el Asunto *Hatton y otros contra Reino Unido*²⁷⁵, se hace alusión a que: “health as a state of complete physical, mental and social well-being” is, in the specific circumstances of this case, a precondition to any meaningful privacy, intimacy, etc., and cannot be unnaturally separated from it”.

mecanismo de control establecido por el Convenio, Estrasburgo, 11 de mayo de 1994, suprime la Comisión Europea de Derechos Humanos.

²⁷⁵ *Caso Hatton y otros contra Reino Unido* [GC], nº 36022/97, TEDH de 8 de julio de 2003, párrafo 11.

De acuerdo con su protección, el TEDH se ha manifestado en múltiples casos en relación con la salud. Las principales líneas de pronunciamiento son en relación con:

- Los casos de negligencias médicas por falta de atención médica adecuada, como por ejemplo en el Caso *Center of Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu contra Romania*²⁷⁶ en el que se reconoce la violación de los artículos 2, 13 y 46 por la muerte de un menor discapacitado que no recibe los cuidados suficientes ni el tratamiento más adecuado, o en el Asunto *Šilih contra Eslovenia*²⁷⁷ por violación del artículo 2 como causa de una muerte tras suministrar medicamentos a los que es alérgico debido a una negligencia médica.

Debido a daños causados en la salud, asunto *Otgon contra República de Moldavia*²⁷⁸ a causa de la violación del artículo 8 debido a los daños causados por ingerir agua de un grifo infectado. O por cuestiones de bioética como, trasplante de órganos (*Elberte contra Latvia*²⁷⁹ violación de los artículos 8 y 3 por la extracción de órganos sin consulta), aborto, pruebas de embarazos, situaciones al final de la vida, etc.

- Acceso a tratamiento o medicina experimental. Por ejemplo, asunto *Hristozov y otros contra Bulgaria*²⁸⁰ en éste el TEDH declara que no existe violación del artículo 8 por parte de Bulgaria cuando no permite el uso de medicina experimental contra el cáncer.

- Salud y medioambiente como en los famosos casos contra España *Moreno Gómez*²⁸¹ por contaminación acústica provoca insomnio y graves

²⁷⁶ Caso *Center of Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu contra Romania* [GC], nº 47848/08, TEDH de 17 julio 2014.

²⁷⁷ Caso *Šilih contra Eslovenia* [GC], nº 71463/01, TEDH de 9 abril de 2009.

²⁷⁸ Caso *Otgon contra República de Moldavia* [C], nº 22743/07, TEDH de 25 octubre de 2016.

²⁷⁹ Caso *Elberte contra Latvia* [C], nº 61243/08, TEDH de 13 de enero de 2015.

²⁸⁰ Caso *Hristozov y otros contra Bulgaria* [C], nº 358/12, TEDH de 13 noviembre 2012.

²⁸¹ Caso *Moreno Gómez contra España* [C], nº 4143/02, TEDH de 16 de noviembre de 2004.

problemas de salud o en *López Ostra*²⁸² donde los gases y malos olores provocaban problemas de salud.

- En relación con especiales situaciones personales, por ejemplo, inmigrantes o presos, es peculiar, aunque el asunto se inadmite por falta de consenso de los Estados, en el caso *Koldo Aparicio Benito contra España*, un interno de prisión reivindica espacios para no fumadores en prisión. El TEDH reconoce que el hecho de ser forzado a compartir un ambiente en el que se fuma puede constituir una violación del artículo 8.

- Salud mental.

- Acceso a expedientes médicos personales. Destaca *K.H. y otros contra Eslovaquia*²⁸³ en el que se incurre en violación del artículo 8 por impedir acceder a los expedientes médicos tras un tratamiento ginecológico que les deja estériles.

- Confidencialidad de la información personal relativa a la salud. Por ejemplo *L.L. contra Francia*²⁸⁴, por violación del artículo 8 tras la revelación de información sobre el expediente médico, sin que ello resulte relevante para un procedimiento de divorcio.

- Gastos médicos: *Panaïtescu contra Rumanía*²⁸⁵ en el que se condena al Estado por violación del artículo 2 como causa de la muerte por no haber facilitado el tratamiento correspondiente para el cáncer a una familia sin recursos.

²⁸² Caso *López Ostra contra España* [C], nº 16798/90, TEDH de 9 de diciembre de 1994.

²⁸³ Caso *K.H. y otros contra Eslovaquia* [C], nº 32881/04, TEDH de 28 abril de 2009.

²⁸⁴ Caso *L.L. c. Francia* [C], nº 7508/02, TEDH de 10 de octubre de 2006.

²⁸⁵ Caso *Panaïtescu contra Rumanía* [C], nº 30909/06, TEDH de 10 de abril de 2012.

2. EL MARCO AMERICANO.

Antes de que se configura el sistema de protección europeo, en el marco de la Organización de los Estados Americanos (en adelante OEA)²⁸⁶, se elabora la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre²⁸⁷. Este instrumento regional de derechos humanos fue solo una declaración de intenciones, no vinculante jurídicamente (sobre todo *a priori*), que nace como una manifestación política, sin perjuicio de que con posterioridad los propios Estados hayan incluido su contenido como obligatorios.

En relación con la salud, el artículo 11 se refiere expresamente a este Derecho, reconociendo que “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”. En los mismos términos que lo hace el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En 1969, con propósito de obligatoriedad jurídica se elabora y adopta la Convención Americana sobre Derechos Humanos²⁸⁸ (en adelante CADH) conocido como “El pacto de San José de Costa Rica”. En esta ocasión, como ocurre con el Convenio Europeo de Derechos Humanos, sí es jurídicamente vinculante pero no para todos los miembros de la OEA, sino que solo para los 22 que han prestado su consentimiento²⁸⁹. No obstante, “aquellos países que no han

286 “La Organización de los Estados Americanos es el organismo regional más antiguo del mundo, cuyo origen se remonta a la Primera Conferencia Internacional Americana, celebrada en Washington, D.C., de octubre de 1889 a abril de 1890. En esta reunión, se acordó crear la Unión Internacional de Repúblicas Americanas y se empezó a tejer una red de disposiciones e instituciones que llegaría a conocerse como “sistema interamericano”, el más antiguo sistema institucional internacional. La OEA fue creada en 1948 cuando se suscribió, en Bogotá, Colombia, la Carta de la OEA que entró en vigor en diciembre de 1951”. Disponible en: http://www.oas.org/es/acerca/quienes_somos.asp Consultado el 16 de junio de 2017.

287 Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia, 1948.

288 Suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos San José, Costa Rica, 7 al 22 de noviembre de 1969. Adoptada en San José, Costa Rica el 22 de noviembre de 1969. Entrada en Vigor el 18 de julio de 1978, conforme al Artículo 74.2 de la Convención.

289 Se han obligado 22 de los 34 Estados americanos miembros de la OEA (Por ejemplo, no ratificaron este instrumento Canadá o EEUU). Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-

suscrito la Convención Americana, la Comisión Interamericana tiene competencia para procesar denuncias por la violación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, adoptada en 1948. Por ejemplo, en el caso *Tribu Ache Vs. Paraguay*²⁹⁰, la CIDH consideró la negación de atención médica y medicinas durante epidemias como una violación del derecho a la preservación de la salud y al bienestar establecido en la Declaración Americana”²⁹¹.

El sistema de esta organización regional cuenta con dos órganos principales para la garantía y protección de los derechos humanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos²⁹² y la Corte Interamericana de Derechos Humanos²⁹³.

A diferencia de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la CADH no recoge expresamente el Derecho a la salud. No obstante, si hay referencias indirectas en los artículos 12 (Libertad de Conciencia y de Religión), 13 (Libertad de Pensamiento y de Expresión), 15 (Derecho de Reunión), 16 (Libertad de Asociación), 22 (Derecho de Circulación y de Residencia) en el mismo término y en el Derecho al “Desarrollo Progresivo” que

32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos_firmas.htm Consultado el 16 de junio de 2017.

²⁹⁰ CIDH, *Caso Tribu Ache v. Paraguay*, Sentencia n° 1802, del 27 de mayo de 1977.

²⁹¹ PARRA VERA, O., “La protección del Derecho a la Salud a través de casos contenciosos ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos” en CLÉRICO, L. et al (Ed), *Tratado de Derecho a la Salud*, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2013, p. 764.

²⁹² “La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) fue creada por resolución de la Quinta Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores en Santiago de Chile en 1959. La CIDH fue formalmente establecida en 1960, cuando el Consejo de la Organización aprobó su Estatuto. Su Reglamento, sancionado en 1980, ha sido modificado en varias oportunidades, la última de ellas en 2013. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos es uno de los dos órganos del Sistema Interamericano responsables de la promoción y protección de los derechos humanos”. Disponible en: http://www.oas.org/es/acerca/comision_derechos_humanos.asp Consultado el 16 de junio de 2017.

²⁹³ “La Corte Interamericana de Derechos Humanos es una institución judicial autónoma cuyo objetivo es la aplicación e interpretación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. La Corte ejerce sus funciones de conformidad con las disposiciones de la citada Convención y del presente Estatuto”. Estatuto de la Corte IDH, aprobado mediante Resolución n° 448 adoptada por la Asamblea General de la OEA en su noveno período de sesiones, celebrado en La Paz, Bolivia, octubre de 1979. Para más información: Parte II, capítulo VIII de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José).

recogido en el artículo 26. Además, el Derecho a la salud se reconoce intrínsecamente en artículos como el Derechos a la vida (artículo 4).

Los casos más relevantes y variados sobre el Derecho a la salud se encuentran en conexión con el Derecho al Desarrollo Progresivo, en relación con:

- Efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. Por ejemplo, en el Caso Jorge Odir Miranda Cortez y otros²⁹⁴, la CIDH requirió a El Salvador que adoptara medidas cautelares urgentes para que se distribuyera el tratamiento oportuno a enfermos de VIH quienes no se le habían suministrado. El cumplimiento de esta exigencia permitió que finalmente no se declarara violación del derecho a la salud.
- Derecho a una vida digna, lo cual es explicado por la CIDH en el caso de los “Niños de la Calle”²⁹⁵ en referencia a que: “El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él”²⁹⁶.

²⁹⁴ CIDH, *Caso 12.249, Jorge Odir Miranda Cortez y otros*. El Salvador. Sentencia n° 27/09 de 20 de marzo de 2009.

²⁹⁵ CIDH, *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Sentencia n° 33/96 de 19 de noviembre de 1999.

²⁹⁶ *Ibíd*, párrafo 144.

- Efectividad del derecho a la salud y la prestación de servicios. En el caso *Ximenes Lopes contra Brasil*²⁹⁷, respecto a la muerte de un discapacitado mental “la Corte considera que los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado”²⁹⁸. Por lo que la violación de derechos garantizados en el Convenio, como el Derechos a la salud, puede ser tanto por acciones como por omisiones directamente atribuibles al Estado, o por omisión indirecta que impida la vulneración de derechos humanos de otra entidad.

Igualmente, se pone en entre dicho la garantía de este derecho cuando no se proporciona la debida atención médica. Por ejemplo, en el caso *Rosendo Cantú contra México*²⁹⁹, una menor indígena violada por miembros del ejército mexicano no fue adecuadamente atendida. En este caso la Corte es tajante al reafirmarse en que la violencia contra la mujer no solo constituye una violación de los derechos humanos, sino que es “una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión y afecta negativamente sus propias bases”³⁰⁰.

²⁹⁷ CIDH, *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia n° 43/03 de 4 de julio de 2006.

²⁹⁸ *Ibid*, párrafo 89.

²⁹⁹ CIDH, *Caso Rosendo Cantú Y Otra vs. México*, Sentencia n° 36/09 de 15 de mayo de 2011.

³⁰⁰ *Ibid*, párrafo 108.

- Especial atención a las personas con discapacidad³⁰¹, entre otras materias.

De conformidad con la jurisprudencia de la Corte Interamericana, el Derecho a la vida incluye que se le facilite de manera proporcional el acceso a todas aquellas condiciones que le permitan vivir con dignidad³⁰². Por lo que el propio Estado ostenta una obligación internacional de que se desarrolle un eficiente servicio de salud que no vulnere el Derecho a la vida y a vivir con dignidad³⁰³. La multitud de caso vinculados con salud, en las diferentes perspectivas posibles, ha permitido que en la actualidad dicho derecho esté siendo indirectamente precisado y “protegido a través de interpretaciones amplias”³⁰⁴.

3. OTROS MARCOS REGIONALES (ÁFRICA Y ASIA).

Los derechos humanos, aunque de manera menos perfecta, también son protegidos en los continentes de África y Asia. En las próximas líneas me propongo delimitar las nociones más básicas.

En primer lugar, los Estados africanos garantizan regionalmente la protección de los derechos humanos a través de la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos (en adelante CAFDH)³⁰⁵. Éste es un instrumento jurídico internacional elaborado por la Organización para la Unidad Africana (OUA)³⁰⁶ a través del cual se manifiesta la interiorización del concepto de derechos humanos a la vez que la mayoría de estos Estados alcanzaban su

³⁰¹ CIDH, *Caso Furlan y familiares vs. Argentina*, Sentencia n° 111/10 de 31 de agosto de 2012.

³⁰² CIDH, *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Sentencia n° 33/96 de 19 de noviembre de 1999. CIDH, *Caso Comunidad indígena Yakye Axa Vs. Paraguay*. Sentencia n° 67/02 de 17 de junio de 2005.

³⁰³ CIDH, *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia n° 43/03 de 4 de julio de 2006.

³⁰⁴ Parra Vera, O., *op. cit.*, p. 797.

³⁰⁵ Aprobada el 27 de julio de 1981, durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana, reunida en Nairobi, Kenya. En vigor desde el 21 de octubre de 1986.

³⁰⁶ Organización internacional regional fundada el 25 de mayo de 1963 y remplazada el 9 de julio de 2002 por la Unión Africana.

independencia³⁰⁷. La principal peculiaridad de este tratado es que reconoce la garantía de derechos individuales y colectivos³⁰⁸, por lo que cualquier tipo de derecho deberá hacerse efectivo. “La proclamación tanto de derechos individuales como colectivos refleja valores y la idea de una “civilización africana”. Uno de los argumentos a favor de los derechos de los pueblos es que éstos complementan a los derechos individuales más que excluirlos o limitar su ejercicio, pues en las condiciones actuales de ese continente “el total disfrute de los derechos humanos individuales está inseparablemente condicionado por el respeto y reconocimiento de los derechos de los pueblos a los que pertenecen”³⁰⁹.

La garantía de los derechos reconocidos en el referido tratado es llevada a cabo por la Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. El primero de estos es un órgano judicial creado mediante el Protocolo a la Carta de Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. Mientras que la Comisión es el principal órgano de promoción y protección de los derechos humanos en África³¹⁰. Ambos tienen atribuidas las competencias en materia de aplicación e interpretación de la Carta³¹¹.

La relativa juventud de este sistema de protección justifica que todavía se encuentra en proceso de desarrollo, pero al mismo tiempo explica el grado de concreción de ciertos derechos no contemplados directamente en otros instrumentos regionales.

Al igual que se ha señalado en otros apartados, el Derecho a la salud es reconocido en varios preceptos de la CAFDH. De manera nítida el artículo 16

³⁰⁷ Véase, SAAVEDRA ÁLVAREZ, Y., “El sistema africano de derechos humanos y de los pueblos. Prolegómenos”, en *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, vol. VIII, 2008, pp. 672-675.

³⁰⁸ TARDIF, E., “Acercamiento al sistema africano de protección de los derechos humanos: avances y retos”, en *Anuario de Derechos Humanos*, n° 9, 2013, p. 141.

³⁰⁹ *Ibid*, p. 678.

³¹⁰ Artículo 56 CAFDH.

³¹¹ Para conocer las funciones de estos órganos véase SAAVEDRA ÁLVAREZ, Y., *op. cit.*, pp. 683-709.

declara que “todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible”, lo cual recuerda al concepto amplio de salud determinado en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. E incluso en el siguiente párrafo se incluye cómo y cuándo se deberá garantizar este derecho: “los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos”. Esto es, los Estados obligados por la Carta deberán garantizar al menos la asistencia primaria tanto “física [como] moral”³¹².

También la CAFDH se refiere a la salud en dos otras ocasiones, aunque de manera complementaria. El artículo 11 reconoce que la salud entre otros motivos puede justificar la suspensión del derecho de reunión. Y, en parecidos términos, el apartado 2º del artículo 12, recoge la posible restricción del derecho a salir del país o a retornar por motivos de salud. La pandemia de ébola que se analizara a lo largo de todo el trabajo, permite entender la efectividad de estos artículos a la hora de gestionar la seguridad humana, nacional o internacional.

En este sentido, el Derecho a la salud es garantizado mediante diferentes resoluciones en la región africana y no de manera primaria, sino que ha sido puesto de manifiesto desde diversas perspectivas. Por ejemplo, se ha aludido al derecho a la salud en relación con el acceso a la salud³¹³, la salud materna³¹⁴, el VIH³¹⁵ o la salud mental³¹⁶, entre otros.

³¹² Artículo 18.1 CAFDH: “La familia será la unidad natural y la base de la sociedad. Esta estará protegida por el Estado, el cual se ocupará de su salud física y moral”. Considero que cuando se refiere a moral, la Carta se refiere a la salud psíquica o social.

³¹³ African Commission Resolution about the Health and Reproductive Rights of Women in Africa, 41st Ordinary Session, May 2007, ACHPR/Res 110, 2007.; African Commission Resolution about Access to Health and Needed Medicines in Africa, 44st Ordinary Session, November 2008, ACHPR/Res 141, 2008.

³¹⁴ ACHPR/Res 135, 2008: Resolution on Maternal Mortality in Africa.

³¹⁵ ACHPR/Res 260, 2013: Resolution on Involuntary Sterilisation and the Protection of Human Rights in Access to HIV Services.

³¹⁶ Purohit & Another v The Gambia (2003) AHRLR 96 (ACHPR 2003).

En segundo lugar, a diferencia de que en las anteriores regiones existe un instrumento jurídico que garantiza la protección de los derechos humanos, en la región de Asia-Pacífico la heterogeneidad y clara falta de voluntad política³¹⁷. No obstante, no existe una inactividad absoluta. Los tratados de derechos humanos más relevantes han sido ratificados por numerosos Estados de este continente. Al tiempo de que distintos Estados han conseguido instaurar un estado de paz nacional.

Además, los derechos humanos son promovidos y protegidos por diversas y múltiples actividades. Por ejemplo, a través de comisiones nacionales de derechos humanos³¹⁸, las cuales deben ser “independientes de los gobiernos y que deben tener una composición plural”³¹⁹ o mediante la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (en adelante OACDH)³²⁰ que celebra seminarios y encuentros anuales para la promoción de los

³¹⁷ “Las razones de por qué la región de Asia-Pacífico no dispone de dichos sistemas son diversas. En primer lugar, no ha existido genuinamente una voluntad política a respecto; se trata de una “prioridad menos” para muchos gobiernos. Segundo, la región es tan vasta y heterogénea que probablemente es irrealista aspirar a un tratado (...). Una tercera razón es que el nivel de respecto de los derechos humanos por diversos países deja mucho que desear (...). Diversos gobiernos prefieren invocar la soberanía nacional más que los derechos humanos (...). En cuarto lugar, cuando los gobiernos salen en defensa de los derechos humanos, normalmente existe una tendencia a centrarse en los derechos económicos, sociales y culturales y en el derecho al desarrollo más que en los derechos civiles y políticos. En quinto lugar, mientras que los países tienen la voluntad de cumplir, por lo menos verbalmente, con algunos estándares universales de los derechos humanos, invocan que existen varias “particularidades” en la región que no deben ser olvidadas. (...) Una sexta razón es que diversos gobiernos aún insisten en que los derechos humanos son un concepto occidental. (...) En séptimo lugar, existe un rechazo general (de la región Asia-Pacífico) de la política de “condicionalidad”, condiciones que nominalmente vinculan el comercio y la ayuda con el respeto a los derechos humanos. (...) Finalmente, una última razón es que el debate sobre los derechos humanos toma un aire ambivalente cuando se enfrenta con muchos dobles estándares en la aplicación de los mismos globalmente. Por tanto, diversos gobiernos de esta región perciben un elemento de hipocresía en el discurso de los derechos humanos concerniente a su universalidad e indivisibilidad”. MUNTHARBORN, V., “Hacia un sistema de protección de los derechos humanos en Asia y Pacífico” en GÓMEZ ISA, F., PUREZA, J. M. (coord.), *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*, HumanitarianNet, Bilbao, 2003, pp. 623-624.

³¹⁸ “Actualmente existen comisiones nacionales de derechos humanos en Australia, Nueva Zelanda, Fiji, Indonesia, Filipinas, India, Nepal, Malasia, Sri Lanka, Mongolia, Tailandia y Corea del Sur”. Sistema Asiático de Derechos Humanos, DHpedia. Disponible en: <http://dhpedia.wikispaces.com/Sistema+Asi%C3%A1tico+de+Derechos+Humanos> Consultado el 16 de junio de 2017.

³¹⁹ MUNTHARBORN, V., “Hacia un sistema ...”, *op. cit.*, p. 630.

³²⁰ Organismo especializado de Naciones Unidas, cuyo máximo representante es el Alto Comisionado para los Derechos Humanos y que tiene como objetivo promover y proteger los derechos humanos en el mundo.

derechos humanos³²¹. Asimismo, la Asociación de Parlamentarios Asiáticos para la Paz, en 2001 elaboró una Carta de Derechos Humanos para las Naciones Asiáticas, a pesar de que no es jurídicamente vinculante. Ésta no puede ser confundida con la Carta de Derechos Humanos Asiáticos, de la misma naturaleza, que fue impulsada por organizaciones no gubernamentales³²².

A nivel subregional, también son diversas las iniciativas. No obstante, considero que la Declaración Islámica Universal de Derechos humanos de 1981³²³ es la adaptación, hasta la fecha más perfecta -sin perjuicio de las múltiples críticas-, del Corán y de los derechos fundamentales reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Esta declaración considero que demuestra la universalidad de los derechos humanos sin que se obedezca la línea occidental³²⁴.

Todos estos ejemplos permiten entender que, a pesar de que no existe un instrumento jurídicamente vinculante o un tribunal que garantice el mismo, se promueve y protegen los derechos humanos, aunque no sea con la intensidad y perfección del continente europeo o americano.

³²¹ Uno de los más relevantes fue el Seminario de Teherán en el que se aprobó un marco general y un programa de acción para la región y el Seminario de Islamabad de 2003. Para obtener más información, véase OACDH - Oficina Regional del Sureste, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/Countries/AsiaRegion/Pages/SouthEastAsiaSummary.aspx> Consultado el 16 de junio de 2017.

³²² MUNTARBORN, V., "Hacia un sistema ...", *op. cit.*, pp. 630-631.

³²³ MIKUNDA FRANCO, E., *Derechos Humanos y Mundo Islámico*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2003, pp. 222-227.

³²⁴ La semejanza y distinción entre ambos instrumentos es exhaustivamente analizado por el profesor EMILIO MIKUNDA en MIKUNDA FRANCO, E., *op. cit.*

*Los Estados no estarán nunca seguros si sus ciudadanos no lo están. Comisión sobre seguridad humana*³²⁵

PARTE II: LA SEGURIDAD HUMANA

CAPÍTULO TERCERO: DESDE LAS PRIMERAS TEORÍAS IUS-FILOSÓFICAS HASTA EL ACTUAL CONCEPTO DE SEGURIDAD HUMANA

I. SEGURIDAD HUMANA: IDEAS PREVIAS Y EVOLUCIÓN.

1. IDENTIFICACIÓN DE TÉRMINOS, DELIMITACIÓN Y ALCANCE.

Etimológicamente la palabra **seguridad** proviene del latín *securitas*³²⁶ y viene a referirse a la cualidad de estar seguro, es decir, libre de peligro, daño o riesgo³²⁷. En otras palabras, la seguridad es un valor básico y una meta para todo individuo o grupo social, que ha experimentado una importante evolución y ampliación acorde al propio desarrollo de nuestras necesidades. Esto es, “el concepto de seguridad viene [conformándose] por la posibilidad del surgimiento de un conflicto entre los Estados”³²⁸.

³²⁵ Documento de trabajo “Relación entre Derechos Humanos y Seguridad Humana”, Comisión sobre Seguridad Humana, Instituto Interamericano de Derechos Humanos Reunión de Expertos San José, Costa Rica, 1 de diciembre de 2001.

³²⁶ De *securus*, de la raíz se- (prefijo arcaico latino que significa separar), *curus* (cuidado) y -tas (sufijo que significa cualidad). Diccionario etimológico, disponible en: <http://etimologias.dechile.net/?seguridad> Consultado el 16 de junio de 2017.

³²⁷ Véase Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=DgIqVCc> Consultado el 16 de junio de 2017.

³²⁸ “Informe sobre el Desarrollo Humano 1994, Un programa para la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social”, PNUD, Nueva York, 1994, *op. cit.*, p. 3. Disponible en:

El motivo simple y principal de su existencia es la imperiosa suerte de protección y tregua que los Estados, los pueblos y cada uno de los sujetos anhelamos y precisamos. No obstante, para un análisis realista de este concepto, debemos partir de que la seguridad se determina por nuestra cultura y por nuestra experiencia. Es, por tanto, un acto discursivo. Como se expondrá más tarde con detalle, la seguridad en sus inicios, era tomada y ampliada desde el único enfoque militar, dándose progresivamente paso a la seguridad desde una perspectiva política. En consecuencia, actualmente, comienzan a adquirir cada vez mayor importancia los conceptos de seguridad humana, seguridad económica, seguridad medioambiental, entre muchos otros.

En el más amplio sentido de la palabra, seguridad implica la ausencia de riesgos (o al menos el intento). Esta connotación es válida en el análisis internacional, para la Seguridad Nacional³²⁹ e incluso en el sentido individual.

En definitiva, “el mundo nunca podrá disfrutar de la paz, a menos que los seres humanos tengan seguridad en sus vidas cotidianas”³³⁰. En esencia, coincide con el propósito principal de las Naciones Unidas.

En la actualidad la piedra angular de la seguridad en términos amplios se centra en la **seguridad humana**, la cual puede ser entendida comúnmente y sin especialización académica como.

- “*Seguridad ante el miedo o amenazas*” entendida como la protección o límite de la vulnerabilidad social mediante el combate a la pobreza, el respeto a los derechos humanos y el desarrollo de las políticas de igualdad y equidad. Por

http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

³²⁹ Aunque el concepto de Seguridad Nacional es uno de los más complejos de definir, de forma genérica se puede entender que consiste en palabras de HORARIO TORO ITURRA “en permitir el pleno ejercicio de la autodeterminación como un recurso, junto con el Desarrollo, para alcanzar el mayor Bien Común posible...”. Véase TORO ITURRA, H., “La Seguridad Nacional: Una visión para América Latina” en *Revista del Instituto de Estudios Internacionales de la Universidad de Chile*, Santiago de Chile, 1980, p. 110.

³³⁰ “Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994...” *op. cit*, p. 1. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

ejemplo, la reducción de los peligros a perder o ver dañada la vida por minas personales, armas pequeñas o condiciones naturales que obligan a la población a emigrar.

- “*Seguridad para vivir con dignidad*” que se conseguirá a través de la existencia de un Estado de Derecho, leyes equitativas, un Estado benefactor o de bienestar, participación de género igualitaria o resolución pacífica de conflictos, entre otras muchas.

- “*Seguridad ante desastres naturales*”, la cual consiste en reducir la vulnerabilidad social y la posibilidad de que eventos naturales extremos se conviertan en desastres sociales³³¹.

En definitiva, existen diferentes perspectivas y enfoques según las deficiencias o los problemas a los que se enfrenta el ser humano y en función de las circunstancias existentes. Todo ello permite comprender la amplitud del concepto al que se alude y el cambio de énfasis. Ya no se trata de defender el territorio³³² o el Estado, sino de salvaguardar la seguridad de las personas en todas sus dimensiones³³³. No obstante, antes de ahondar en la noción de seguridad humana, querría matizar -como idea primigenia- que ésta no es más que el conjunto de entornos, contextos y circunstancias que se desprenden del contexto económico, político, social y cultural en el que cada individuo o grupo social se va desarrollando y en el que se adquiere un mínimo de calidad y estabilidad.

La seguridad humana supone la primacía del individuo (también denominado antropo-biocentrismo) centrado en mejorar el respeto por las libertades fundamentales, los derechos humanos y la dignidad, así como la promoción del desarrollo económico y social, la inclusión social, la educación y la lucha contra la pobreza, las enfermedades y el hambre. Como puso de manifiesto

³³¹ Véase OSWALD SPRING, Ú., “Seguridad ambiental: un reto a la supervivencia humana”, disponible en: http://www.afes-press.de/html/download_oswald.html Consultado el 16 de junio de 2017.

³³² La seguridad basada en evitar la amenaza por el uso de la fuerza se hace insuficiente.

³³³ RODRÍGUEZ ALCÁZAR, J., “La noción de “seguridad humana”: sus virtudes y sus peligros”, POLIS, *Revista Latinoamérica*, nº 11, 2005, p. 3.

Naciones Unidas cuando comenzaba a asentarse este concepto, las tornas han cambiado y en la actualidad, desde hace varias décadas, “el sentimiento de inseguridad se debe más a las preocupaciones acerca de la vida cotidiana [nos preocupa,] la seguridad en el empleo, la seguridad del ingreso, la seguridad en la salud, la seguridad del medio ambiente, la seguridad respecto del delito: son éstas las preocupaciones que están surgiendo en todo el mundo acerca de la seguridad humana”³³⁴.

En sentido amplio, existen multitud de problemas que afectan al individuo (aunque con distintas intensidades) tanto en zonas desarrolladas, como en las zonas que luchan por una urgente evolución. De manera simplista, podría pensarse que, en última instancia, todo ello se solventaría con seguridad económica, aunque lo cierto es que previamente es preciso salvaguardar y garantizar una previa seguridad humana.

Consecuentemente la seguridad humana presenta una dimensión cualitativa y cuantitativa, ya que lo primordial es la satisfacción de las necesidades básicas³³⁵ y garantizar el respeto de la dignidad humana.

Por otro lado, un punto de paso obligado para percibir el principal fundamento del concepto de seguridad humana es señalar la primacía que ostentan los **derechos humanos**³³⁶ (aunque previamente ha sido referido en otro ámbito). Para esto, la idea base que se debe tener presente es que los Derechos Humanos no son un concepto intemporal que haya acompañado toda la historia a la

³³⁴ “Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994...” *op. cit.*, p. 3. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

³³⁵ MARTHA CRAVEN NUSSBAUM dedica parte de sus estudios a ello. Véase CRAVEN NUSSBAUM, M., *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*, Paidós, Barcelona, 2012, y CRAVEN NUSSBAUM, M., *Las mujeres y el desarrollo humano: el enfoque de las capacidades*, Herder, Barcelona, 2002.

³³⁶ La Declaración Universal de los Derechos Humanos, declara en su Artículo 3 que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos contempla el derecho a la vida directamente en el artículo 6º y el derecho a la libertad y seguridad de su persona en el 8º. i. Regionalmente, el Convenio Europeo de los Derechos Humanos se refiere a dichos derechos en el artículo 2 y 5. Igualmente estos derechos se encuentran directamente reconocidos en nuestra Constitución Española en el artículo 15 y 17 e indirectamente en relación a los derechos humanos en el 10.2.

humanidad. La universalidad de los derechos humanos es distinta de su eternidad, son el fruto de una continua evolución que, generalmente, ha comenzado a reivindicarse tras las dos guerras mundiales del siglo XX en Occidente. A pesar de esto, siglos atrás autores como Francisco de Vitoria, Francisco Suárez o Bartolomé de las Casas, entre otros, ya comenzaron haciendo importantes aportaciones sobre la dignidad y los derechos inherentes a la persona con el fin de propugnar una defensa clara de la superioridad moral de las personas, individualmente consideradas³³⁷.

Por ello se debe tener presente que los derechos humanos, que en la actualidad se intentan defender y poner en práctica, como sostenía NORBERTO BOBBIO³³⁸, son derechos históricamente relativos, que no pueden gozar de un fundamento absoluto.

Dentro de los propios derechos humanos, los básicos y generales, merecen señalarse aquellos que “no varían de forma continua, sino que se mantienen bastante constantes en cuanto a su contenido”³³⁹, entre los que se deben citar los derechos humanos fundamentales que son derechos de seguridad y autonomía. En definitiva, me refiero a los derechos que proporcionan un mínimo de seguridad a los seres humanos, cubriendo principalmente sus necesidades básicas: valores como la vida, la autonomía personal, la seguridad, la libertad o la igualdad. Y es que “la seguridad humana exige el avance en la satisfacción de los derechos humanos, así como, al menos en su versión amplia, del desarrollo humano. (...) Todo avance en esta dirección exige la implementación de políticas públicas redistributivas que garanticen derechos y un cierto bienestar a la población, lo cual justifica una revaloración del papel del Estado. [Además] se integran tanto

³³⁷ “*Sociedades, patrias y Estados son medios al servicio de un fin que hoy llamamos respeto de la dignidad humana. La dignidad no se adquiere por la pertenencia a ningún grupo social, clase, o raza elegida, país o religión. La dignidad significa humanidad y pertenece a todos los seres humanos sin distinciones que la puedan condicionar*”. Véase FERNÁNDEZ GARCÍA, E., “Los derechos humanos y la historia” en BETEGÓN CARRILLO, J., et al (Ed), *Constitución y derechos fundamentales*, Presidencia del Gobierno, Madrid, 2004, p. 216.

³³⁸ Véase BOBBIO, N., *El tiempo de los derechos*, Editorial Sistema, Madrid, 1991, p. 53.

³³⁹ FERNÁNDEZ, E., “Los Derechos Humanos y la historia”, disponible en: http://orff.uc3m.es/bitstream/handle/10016/8782/derechos_fernandez_2004.pdf?sequence=1 Consultado el 16 de junio de 2017.

derechos humanos como cuestiones de bienestar socioeconómico, [lo cual] puede contribuir a subrayar la importancia que tienen los derechos socioeconómicos”³⁴⁰.

Finalmente parece necesario detenerse en el concepto de **desarrollo sostenible**³⁴¹ antes de proseguir el *iter* de estudio sobre la seguridad humana. En este sentido, se puede entender que se habla de desarrollo sostenible cuando se hace alusión al mecanismo que puede permitir que “todos los individuos aumenten su capacidad humana en forma plena y den a esa capacidad el mejor uso en todos los terrenos, ya sea el económico, el cultural o el político”³⁴².

Como se desprende del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (en adelante PNUD) “el desarrollo humano sostenible valora la vida humana en sí misma”. El objetivo es que exista un desarrollo humano con carácter sostenible, que permita que los individuos puedan desarrollar las capacidades suficientes para poder cubrir sus necesidades básicas de una forma estable en múltiples aspectos y terrenos. Esto es, cuando se habla de desarrollo se alude al método que permite avanzar para garantizar los derechos básicos de todas las personas, tanto del presente como de las generaciones futuras y se califica como sostenible porque, a través de ella, se pretende asegurar la equidad en la distribución de oportunidades (que no logros) presentes y futuras, con las que permitir solventar y cubrir las necesidades y los derechos humanos fundamentales. En palabras del PNUD “el desarrollo humano y carácter sostenible son los componentes esenciales de la misma ética de universalismo de las reivindicaciones vitales”³⁴³.

En cualquier caso, el objetivo básico consiste en la protección del ser humano y en la defensa de los derechos fundamentales inherentes a todos los

³⁴⁰ PÉREZ DE ARMIÑO, K., “El concepto y el uso de la seguridad humana: análisis crítico de sus potencialidades y riesgos”, *Revista CIDOB d’Afers Internacionals*, 76, 2007, p. 68.

³⁴¹ Denominación dada por Naciones Unidas en el Informe sobre Desarrollo Humano de 1994. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

³⁴² “Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994...” *op. cit.*, 15. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

³⁴³ *Ibíd.*

individuos; es decir, el planteamiento teórico de la seguridad humana es puesto en práctica mediante el desarrollo humano. Ya que éste trabaja por que se garantice un nivel mínimo de calidad y sus derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, a la vez que se procura alcanzar un medio ambiente sostenible.

Tras estas notas introductorias, para examinar la seguridad humana parece preciso tener en cuenta relevante acontecimientos en el contexto internacional. En los últimos años de Guerra Fría se planteaba una nueva fórmula que permitía superar los miedos del enfrentamiento bipolar de las últimas décadas del siglo XX y “neutralizar las amenazas que afecten a la vida cotidiana”³⁴⁴. A su vez esto sería seguido por los cambios surgidos en el plano de las ideas que se inician con el auge del liberalismo, de los valores que este pensamiento lleva a coalición y de los inicios de la actual política internacional globalizada³⁴⁵. Por ello lo que se introducía (y en gran medida así ha sido planteado) con esta nueva tipología de Seguridad era:

- “a) Un desarrollo humano que permitiera a la gente elegir libremente entre diversas opciones personales para alcanzar su propio desarrollo,
- b) La garantía por parte de los gobiernos de que se ejercieran y se defendieran los derechos humanos y
- c) Una seguridad humana que permitiera a la población vivir sin temores ni amenazas constantes que frustran tanto el desarrollo como el ejercicio de los derechos humanos”³⁴⁶.

La seguridad humana requiere la más completa garantía de los derechos humanos, así como, y del desarrollo humano, al menos en su versión amplia. De manera que toda evolución exige el avance de políticas públicas redistributivas

³⁴⁴ PERIAGO, M. R., “Seguridad humana y salud pública”, *Revista Panamá de Salud Pública*, núm. 31(5), 2012, p. 351.

³⁴⁵ PÉREZ DE ARMIÑO, K., *op. cit.*, p. 60.

³⁴⁶ PERIAGO, M. R., *op. cit.*, p. 351.

que garanticen derechos y un cierto bienestar a la población. Al mismo tiempo la seguridad humana contribuye a reivindicar la importancia que tienen los derechos socioeconómicos, relegados a un segundo plano teórico institucional por el pensamiento liberal y por el sistema internacional en su conjunto que, en contraposición de lo que se defiende, priorizan los derechos civiles y políticos³⁴⁷.

En definitiva, el estudio de la seguridad humana puede realizarse, en primer lugar, a través del estudio del enfoque de “la libertad frente a la necesidad”, que se refiere al intento de sufragar las necesidades básicas en relación con la formulación del Informe sobre Desarrollo Humano de 1994 y, en segundo, a través del examen del enfoque de “libertad frente al temor” con relación al daño físico³⁴⁸.

El siguiente paso para profundizar en la seguridad humana, es conocer la capacidad de provocar efecto o trascendencia, a la vez que se averigua hasta dónde llega la repercusión de dicho concepto y sus múltiples perspectivas.

Para conocer cuál es el enfoque de “seguridad” enmarcado en las distintas circunstancias y del periodo temporal que lo limita, es preciso plantearse varias cuestiones. Cuál es el objeto de referencia, es decir, hasta qué nivel pretende llegar la protección subjetiva. Qué valores son los que se procuran proteger. Sobre qué amenazas se centra la actuación protectora. Y qué medios o estrategias se utilizarían para ello³⁴⁹.

Desde hace varias décadas con esta nueva tendencia sobre seguridad influenciada por los cambios geoestratégicos y por los propios cambios en cuanto a su objeto, la seguridad alcanza un nivel de protección de amplio particularizado. Esta tendencia va mucho más allá de las agresiones militares en su visión clásica, atendiendo a desastres naturales, crisis alimentarias, económicas, terrorismo, etc. sino que protege al individuo de forma directa. Para todo esto, los medios e instrumentos se refieren al desarrollo humano y sostenible, a la cooperación

³⁴⁷ PÉREZ DE ARMIÑO, K., *op. cit.*, p. 68.

³⁴⁸ *Ibíd*, p. 60.

³⁴⁹ *Ibíd*, p. 61.

internacional o a la defensa de los derechos humanos, entre muchos otros. Esto es, la seguridad humana, tras el proceso de cuestionamiento del contenido y el alcance del mismo, tiene por indudable que la seguridad debe centrarse en las personas y que las amenazas, más allá de que se produzcan por violencia física, pueden estar causadas por la subsistencia indigna.

La garantía de la seguridad (sobre todo seguridad humana) no se consigue solo con el control y la reducción de la violencia, sino que es imprescindible también impulsar el desarrollo vertical del ser humano para que, al tiempo que se consiga la satisfacción de las necesidades humanas, se logre también el bienestar y la libertad del individuo.

Por todo esto, se puede señalar que el verdadero alcance de la seguridad humana es permitir que toda persona pueda tener un nivel de vida aceptable. En otras palabras, en un primer momento, la seguridad, a la vez que defendía el territorio del Estado, se preocupaba por garantizar la vida de los ciudadanos. Con la evolución de la seguridad humana, se le suma un lógico plus, además de garantizarse la vida, se pretende establecer un estándar mínimo o básico de calidad. Esto es, que se amplíen las alternativas para que se desarrolle un entorno donde las personas puedan desarrollar sus habilidades productivas, creativas, etc. así como vivir de forma plena. El propósito al que se aspira, sin depender del Estado y sus circunstancias, es que se pueda tener una vida larga y con garantía de salud, se pueda tener acceso a los recursos necesarios para alcanzar el referido nivel de vida “aceptable”, exista un sistema de enseñanza, bienestar económico, equilibrio ecológico y se pueda participar en una comunidad³⁵⁰.

El análisis sistemático de este asunto requiere tener en cuenta que debido a que vivimos en un mundo interconectado y que estamos inmersos en un continuo cambio, es indudable que al concepto (y otras perspectivas) inicial de seguridad humana le ha afectado el proceso de globalización y desarrollo tecnológico, ya que “las coordenadas de la seguridad (se ven modificadas) por la creciente

³⁵⁰ “Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994...” *op. cit.*, p. 21. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

interdependencia de los Estados en todos los campos, incluido el de la Defensa”³⁵¹.

La globalización que principalmente deriva del progreso tecnológico puede entenderse, de forma muy amplia, como la **integración** de las diversas sociedades internacionales o estados para concentrar los mercados, sociedades y culturas. Dicho fenómeno en el terreno de la seguridad ha incidido en la “disminución del riesgo de que se produzcan conflictos bélicos interestatales, sobre todo entre países desarrollados y, por otro, un incremento de las amenazas transnacionales protagonizadas por agentes no estatales”³⁵². De esta manera todo apunta a que la globalización provoca una disminución de los conflictos estatales, que serán de alcance limitado y en su mayoría internos, ya que el progreso tecnológico impulsa a promover la paz mundial, pero a la misma vez, como se puede observar en la vida diaria, conlleva el incremento de las amenazas transnacionales por agentes no estatales (principalmente el terrorismo³⁵³ o la delincuencia organizada)³⁵⁴.

Todo esto muestra que para que exista seguridad general es preciso que ésta repercuta en cada uno de los individuos, por ello el fin último consistirá en buscar y poner en práctica los mecanismos que permitan hacer realidad la seguridad humana.

2. PRIMERAS TEORÍAS.

Respecto a los estudios iusfilosóficos, el concepto de seguridad humana tiene un origen no muy lejano en el tiempo, pero sustentado por ideas que le

³⁵¹ AVILÉS FARRÉ, J., “Por un concepto amplio de seguridad” en Revisión de la Defensa Nacional, *Monografías del CESEDEN*, nº 55, Ministerio de Defensa, Madrid, 2002, p. 20.

³⁵² *Ibíd*, p. 23.

³⁵³ El PNUD de 1994 realiza dichas referencias antes de que se pensara la posibilidad de que ataques terroristas como los del 11-S. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

³⁵⁴ Estrategia de Seguridad Nacional, Un proyecto compartido, Gobierno de España, 2013, NIPO 002130347, capítulo 3, en concreto las páginas 25 y 27.

antecedentes con manifiesta anticipación. De manera paralela al tradicional contenido de defensa del reino y del territorio, el individuo cobra un trascendental protagonismo de importancia milenaria³⁵⁵, sobre todo en el campo de la lógica y de la filosofía.

La característica principal de la seguridad humana es que sitúa a la persona como centro de todos sus enfoques y actuaciones, es decir, el individuo se convierte en la esencial modular. La propia etimología del término “individuo” nos conduce a la idea común de que nos situamos frente a una entidad “indivisible”. El progresivo perfeccionamiento del término ha permitido desarrollar diferentes perspectivas y cualidades en función del punto de partida analítico. Así las cosas, cuando convergen el estudio del individuo con la lucha por garantizar los derechos inherentes a la persona, brotan el “Ius Natural e Ius gentium, [hoy conocido] como derechos humanos”³⁵⁶.

La noción occidental y moderna de individuo, analizado desde una perspectiva potenciadora de los medios e instrumentos que proporcionan un ámbito buscado de estabilidad y calidad en la vida de las personas, con vocación de permanencia, es la génesis más próxima y directa del concepto de seguridad humana.

Pese a que los primeros acercamientos o aproximaciones respecto a lo que hoy en día se entiende por seguridad humana surgen en la década de los sesenta del siglo XX cuando, es obligada la previa referencia al filósofo INMANUEL KANT. En su obra “Sobre la paz perpetua”, se refiere al concepto general de la seguridad humana cuando declara que “el derecho de ciudadanía debe limitarse a las condiciones de una universal hospitalidad”³⁵⁷. En este sentido, plantea la idea de que el acercamiento entre los Estados para la puesta en común de sus intereses, permite que se generen entre ellos unas prácticas y posteriormente un Derecho, de

³⁵⁵ DUARTE, I., PACHÓN, R., “Entre el altruismo racional y el pragmatismo estratégico: una aproximación a la Seguridad Humana (I)”, *Magazine Seguridad Sostenible*, 2004 y 2005, p. 2.

³⁵⁶ *Ibid*, p. 3.

³⁵⁷ KANT, I., *Sobre la Paz Perpetua*, Biblioteca Virtual Universal, 2003, p. 10 Disponible en: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/89929.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

manera que resulte progresivamente necesaria la utilización del derecho internacional público. Todo ello provoca que, si las relaciones internacionales se rigen por lo jurídicamente establecido a través de la comunidad internacional, sea más sencillo reorganizarse para atajar las inseguridades efectivas y potenciales. De este modo se puede afirmar que la preocupación kantiana por la paz entre las naciones también estaba destinada a solventar la falta de seguridad.

Sin embargo, desde el siglo pasado, prevalece la labor llevada a cabo en este ámbito por el sociólogo y matemático noruego JOHAN GALTUNG, a quien se le atribuye la primera remisión al concepto de seguridad humana y se considera principal creador teórico del término.

“GALTUNG entiende la seguridad a partir de la relación con la paz a través de una noción menos rígida que integra en el ámbito interno elementos como justicia social y en el externo, la importancia de establecer dinámicas de cooperación”³⁵⁸. El maestro del profesor Rodríguez Carrión plantea la investigación desde el sentido humano. Simplifica la contraposición entre paz y violencia en relación con la humanidad, colocando a ésta última en un punto entre ambos antagonismos que permita la estabilidad y la paz, ya que defiende la racionalización y teorización de la ambigua y utópica idea paz³⁵⁹. El gran proyecto de este experto es conseguir el estado de “paz con medios pacíficos”³⁶⁰ partiendo de que el objeto es la consecución del estado más puro de paz, a través de medios pacíficos³⁶¹. A su vez, todo lo señalado debería ser “afrontado con racionalidad y profundo respeto por el hombre (por el hombre o al hombre) y sus necesidades básicas”³⁶².

³⁵⁸ DUARTE, I., PACHÓN, R., “Entre el altruismo...”, p. 4.

³⁵⁹ Véase, GALTUNG, J., *Peace by Peaceful Means, Volume: Peace and Conflict, Development and Civilization* Vol. 14, SAGE Publications Ltd, Thousand Oaks, 1996, pp. 16-20.

³⁶⁰ CALDERÓN CONCHA, P., “Teoría de conflictos de Johan GALTUNG”, *Revista de Paz y Conflictos*, 2, 2009, p. 65.

³⁶¹ CALDERÓN CONCHA, P., *op. cit.*, p. 65.

³⁶² *Ibíd.*

Para poder alcanzarse esta realidad perfecta descrita por GALTUNG, el método directo y pertinente consistiría en la construcción de la paz, mediante estudios e investigaciones a través de los cuales se consiga la paz como “despliegue de la vida”³⁶³. Por lo que, el principal procedimiento para la consecución de este difícil objetivo, -según expone GALTUNG- se lograría a través de la transformación de los conflictos en situaciones de paz. Con esta finalidad se requeriría utilizar diversas técnicas (“creatividad, empatía, no violencia”³⁶⁴) con las que poder alcanzar y mantener la seguridad. Sin olvidar el correlativo desarrollo vertical del ser humano.

Sobre la base de cuanto antecede, asumo y apoyo con la síntesis de la teoría de GALTUNG sobre las alternativas que existen para generar una situación estable, segura y de paz. Consecuentemente, el autor establece una correspondencia del paradigma de seguridad en relación con el de paz, que puede esquematizarse a través del siguiente cuadro³⁶⁵:

<i>Paradigma de la seguridad</i>	<i>Paradigma de la paz</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Hay un Otro que encarna el Mal, con fuertes capacidades y mala intención. - Hay peligro claro y presente de violencia, real o potencial. - Se precisa fuerza para derrotar al Mal y producir... - Seguridad, que es el mejor camino hacia la <paz>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe un conflicto que no ha sido resuelto/transformado. - Hay peligro de violencia para <resolver el conflicto>. - Se precisa una transformación empática-creativa-no violenta del conflicto y así producir... - Paz, que es el mejor camino hacia la <seguridad>.

El contraste entre paz y seguridad permite visualizar las vulnerabilidades de forma más genérica, pero también neutralizarlas, porque la paz y la seguridad

³⁶³ GALTUNG, J., *Paz por medios pacíficos*, Bakaeaz, Centro Documentación Estudios para la Paz, Bilbao, 2003, p. 27.

³⁶⁴ CALDERÓN CONCHA, P., *op. cit.*, p. 67.

³⁶⁵ Cuadro esquemático extraído de Tortosa, J. M., “Inseguridad humana, seguridad nacional: mundo Hobbesiano, discurso Kantiano” en *Seguridad Humana*, Tecno, Madrid, 2013, p. 99.

se retroalimentan y se necesitan mutuamente superando, a modo de “feed-back”, las amenazas que les acechan.

Si bien GALTUNG ha sido el autor que con mayor profundidad desarrolla el concepto de seguridad humana, cuyas tesis se aproximan más a la idea investigadora de este trabajo, no por ello debe dejar de citarse importantes aportaciones en relación con la materia que proceden de estudiosos tan destacados como.

Más reciente en el tiempo, la contribución de CAROLINE THOMAS ahonda en la idea de que la insatisfacción de las necesidades básicas supone una amenaza a la seguridad del individuo³⁶⁶.

En parecidos términos, el Papa Pablo IV en la Encíclica *Populorum Progressio*, asegura que “el desarrollo es el nuevo nombre de la paz. Las diferencias económicas, sociales y culturales demasiado grandes entre los pueblos provocan tensiones y discordias y ponen la paz en peligro”³⁶⁷.

El poso pedagógico, que proporciona la historia y la experiencia permite razonar que, básicamente la búsqueda de seguridad humana efectiva requiere del desarrollo y del cese de la violencia.

³⁶⁶ THOMAS, C., “Global governance, development and human security: exploring the links”, *Third World Quarterly*, 1, vol. 22, 2003, pp. 159-175.

³⁶⁷ “Las diferencias económicas, sociales y culturales demasiado grandes entre los pueblos provocan tensiones y discordias y ponen la paz en peligro. Como Nos dijimos a los Padres Conciliares a la vuelta de nuestro viaje de paz a la ONU, «la condición de los pueblos en vía de desarrollo debe ser el objeto de nuestra consideración, o, mejor aún, nuestra caridad con los pobres que hay en el mundo —y estos son legiones infinitas— debe ser más atenta, más activa, más generosa»[50]. Combatir la miseria y luchar contra la injusticia es promover, a la par que el mayor bienestar, el progreso humano y espiritual de todos, y, por consiguiente, el bien común de la humanidad. La paz no se reduce a una ausencia de guerra, fruto del equilibrio siempre precario de las fuerzas. La paz se construye día a día, en la instauración de un orden querido por Dios, que comporta una justicia más perfecta entre los hombres [51]”. Carta Encíclica *Populorum Progressio* del Papa Pablo VI a los Obispos, Sacerdotes, religiosos y fieles de todo el mundo y a todos los hombres de buena voluntad sobre la necesidad de promover el desarrollo de los pueblos, 26 de marzo de 1967. Disponible en: http://w2.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_26031967_populorum.html Consultado el 16 de junio de 2017.

En este sentido, los autores citados -cada uno desde su perspectiva y en la misma medida-, perseguían, como ulterior fin, alcanzar la paz a través del desarrollo, es decir, conseguir mejorar y desarrollar una seguridad humana.

Frente a las iniciales referencias de Naciones Unidas a seguridad y desarrollo (en los setenta y ochenta), no es hasta 1994 cuando de forma expresa se refiere a la seguridad humana, conceptualizándola y desarrollándola en el Informe sobre Desarrollo Humano 1994 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)³⁶⁸.

El florecimiento de esta nueva noción y, en definitiva, el proyecto de ampliación del enfoque tradicional de seguridad, tiene lugar en los primeros años de la década de los noventa, “momento en el que cobra auge un enfoque liberal en las relaciones internacionales, basado en las ideas de la cooperación pacífica entre los Estados, el refuerzo de las normas e instituciones internacionales, la promoción de los derechos civiles y políticos”³⁶⁹, etc. A todo esto se le suma que, en el contexto histórico, se comenzaba a diluir la confrontación bipolar de la guerra fría, lo cual no solo provocaba el cese del enfrentamiento entre los dos grandes bloques, sino el progreso hacia la universalización de las Naciones Unidas.

Mientras tanto aparece y se desarrolla imparable el fenómeno de la globalización, la cual incide en el conjunto de la sociedad internacional.

De esta forma, en 1994 el PNUD, como ya he dicho, se refiere por primera vez a la necesaria interiorización y actuación a favor de la seguridad humana. El

³⁶⁸ El PNUD es el organismo mundial de las Naciones Unidas, en materia de desarrollo, que promueve el cambio, el progreso y conecta a los países para promover aquellos factores que permitan garantizar a sus ciudadanos el mayor bienestar. Una de las formas de pronunciamiento de este organismo respecto de aquellos problemas que necesitan una rápida y compleja solución, donde se analizan factores, consecuencias, métodos... es a través de sus publicaciones, entre las que se encuentran los Informes de Desarrollo Humano de carácter anual (desde 1990). PNUD, a día 17 de mayo de 2015. Véase: http://www.undp.org/content/undp/es/home/operations/about_us.html Consultado el 16 de junio de 2017.

³⁶⁹ PÉREZ DE ARMIÑO, K., *op. cit.*, p. 64.

Informe de 1994, con el objetivo de “estipular el diálogo internacional”³⁷⁰ sobre el desarrollo, se atreve a marcar el recorrido por el que poder avanzar en las nuevas fronteras de la seguridad humana “en las nuevas vidas cotidianas de las personas; [indicando] señales de alertas tempranas que puedan desencadenar acciones de diplomacia preventiva a fin de que una sociedad no llegue a un punto de crisis; [nuevas fórmulas] de cooperación”³⁷¹ y un plan de actuación como respuesta a los numerosos conflictos, a la pobreza mundial, al aumento de población o al deterioro sin control del medio ambiente, entre otros motivos. Todo ello con el objetivo final de ampliar las opciones, soluciones y oportunidades, ya que sin desarrollo no se puede garantizar la seguridad humana, es decir, sin técnicas que permitan progresar en el desarrollo no se podrá alcanzar la paz, garantizar los derechos humanos, etc.

De esta forma se constata que realmente ha resultado desfasada la gran preocupación por las amenazas extranjeras y la inestabilidad del territorio. El objetivo ahora se centra en desarrollar estrategias que permitan generar seguridad en la vida cotidiana y directa de los ciudadanos, en su sanidad, en la alimentación, en su entorno, en el empleo, en los medios para la subsistencia, etc. Esto es, una vez que se ha logrado estabilizar y frenar el estallido de grandes conflictos, toca elevar a la clave máxima el desarrollo de la seguridad de las personas, que no es que sea secundario a lo primero, sino que durante años ha sido erróneamente desplazado a pesar de que los propios fundadores de la ONU, desde el inicio, ya marcaban ambos objetivos en posiciones paralelas de relevancia. Además, tampoco se puede olvidar que la existencia de seguridad humana y seguridad económica es entendida como base fundamental para que exista una situación de estabilidad y paz³⁷².

³⁷⁰ “Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994...” *op. cit.*, Prefacio, p. iii. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

³⁷¹ *Ibíd.*

³⁷² “Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994...” *op. cit.*, p. 3. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

Llegado a este punto y, en aras de completar el objetivo de este epígrafe, surge el interrogante, a propósito del citado Informe, de saber ¿qué se entiende en el mismo por seguridad humana?

De la forma más simple, en este texto se determina que “la seguridad significa estar libres de las constantes amenazas del hambre, de la enfermedad, del delito y de la represión”³⁷³, en otras palabras, ser preventivos respecto de las amenazas crónicas y de las crisis puntuales que generan inestabilidad. Por lo tanto, la seguridad humana es otorgar estabilidad y bienestar a todas las personas, de forma individual, sin depender del lugar en el que se encuentren. Esto es, la seguridad humana no solo consistirá en resolver las amenazas, crisis, dificultades y epidemias, sino en contemplarlas desde la prevención y disponiendo de una estrategia por evitarlas. Para ello es preciso que se desarrollen indicadores y un sistema de alerta temprana que permitan localizar la amenaza, desarrollar sistemas de rápida respuesta y evitar la crisis³⁷⁴.

En consecuencia, seguridad humana es un concepto integrador ya que reconoce el carácter universal de las reivindicaciones vitales, es decir, lo que permite que el ser humano viva y, además, con un mínimo necesario de calidad.

En síntesis, aunque se teorizaba sobre la importancia de que la seguridad recayera en los sujetos de forma individual (es decir, protegiéndolos de forma particular y singularizada), con motivo del contexto histórico-bélico, (principalmente), no se comienza a concienciar globalmente de esta necesidad hasta la década de los noventa y, sobre todo hasta el Informe de 1994. En cierto

³⁷³ “Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994...” *op. cit.*, p. 4. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

³⁷⁴ “Mortal en el ser humano. El virus se detectó por vez primera en 1976 en dos brotes simultáneos ocurridos en Nzara (hoy Sudán del Sur) y Yambuku (República Democrática del Congo). La aldea en que se produjo el segundo de ellos está situada cerca del río Ébola, que da nombre al virus. El actual brote de ébola en África Occidental (primeros casos notificados en marzo de 2014) es el más extenso y complejo que se produce desde que se descubrió el virus en 1976. Ha habido más casos y más muertes en este brote que en todos los demás juntos. Además se ha extendido a diferentes países. Empezó en Guinea y después se propagó a través de las fronteras terrestres a Sierra Leona y Liberia, por vía aérea a Nigeria y a los Estados Unidos de América (1 viajero), y por tierra a Senegal (1 viajero) y Malí (2 viajeros)”. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

modo la elaboración de este concepto no se lleva a cabo hasta el post-conflicto de la Guerra Fría, aunque como he indicado, los fundadores de las Naciones Unidas ya lo contemplaban. Es por todo ello, que puede ser que la interpretación más justa consista en afirmar que el concepto de seguridad ha sido interpretado de una “forma estrecha durante demasiado tiempo”³⁷⁵.

De este modo, el Informe define la seguridad humana en amplitud y como basamento de otras especificidades de seguridad más concretas. Tanto el concepto general como los subtipos que también comparten las características genéricas de centrarse en el ser humano, de ser universales y de ostentar un carácter preferentemente preventivo. En definitiva, la génesis es la preocupación porque la vida y la dignidad humana no se vean mermadas por el miedo o por la necesidad.

Frente a una opinión bastante generalizada que señala la teorización sobre la seguridad humana como concepto amplio y vago, apoyo la postura de que es necesariamente una idea base muy extensa que engloba múltiples sentidos de seguridad focalizados en problemas más abarcables. La reducción, concentración o simplificación impediría seguir progresando para alcanzar el objetivo terminante de ofrecer una vida con calidad de manera global.

¿Cuál es la evolución de la idea de seguridad hasta el actual concepto de seguridad humana? Como ha sido puesto de manifiesto, la idea de la seguridad humana comenzó a plantearse por pensadores y filósofos en los años sesenta y setenta, pero sin que aún formara parte de los objetivos y expectativas de las relaciones internacionales del momento. En este mismo contexto histórico, las distintas concepciones de seguridad que se utilizaban o desarrollaban consistían en:

Seguridad nacional: se identifica con la responsabilidad de proteger al Estado y, en particular, a sus ciudadanos, de todos los riesgos reales y supuestos³⁷⁶

³⁷⁵ “Informe sobre el Desarrollo Humano 1994...”, *Ibíd*, p. 25. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

³⁷⁶ ECHEVARRÍA JESÚS, C., *Relaciones Internacionales III, Paz Seguridad y defensa en la sociedad internacional*, 1ª Edición, UNED, Madrid, 2011, pp. 108-109.

a través de un “amplio abanico de actividades: militares, paramilitares, policiales, de inteligencia, compañías privadas de seguridad, milicias y estructuras civiles responsables de supervisar y controlar a las fuerzas de seguridad”³⁷⁷. Consiste en un concepto que tiene su antiguo origen en el Derecho Romano, en el que seguridad y defensa de la propiedad se encontraban ya vinculadas³⁷⁸ y que no posee todavía una definición concreta a nivel internacional porque continúa sin ser semejante para todas los Estados. Lo expuesto justifica que los intereses comunes en el contexto internacional se especifiquen en tratados bilaterales y multilaterales³⁷⁹.

Este es uno de los conceptos más complejos porque necesita estar definido en concordancia con los propios y particulares intereses nacionales. Al mismo tiempo es una de las modalidades de seguridad más importante que permite la eficiencia en el territorio nacional y el desarrollo de otras como la seguridad internacional.

Todo cuanto se señala está en relación con una aproximación genérica conceptual, pero si el análisis se centra en el verdadero enfoque de la seguridad nacional durante la segunda mitad del siglo XX, se puede puntualizar que éste era esencialmente estratégico-militar, estaba orientado a aportar seguridad territorial y, necesariamente, liderado por las fuerzas armadas de cada Estado. Como se pone de manifiesto en la Guerra Fría, el conflicto se centraba, principalmente, en la defensa del territorio, de las fronteras, de los ataques de Estados enemigos y, en resumen, en la supervivencia del Estado. En definitiva, supone un concepto estrecho que contempla como premisa la defensa de la agresión exterior y la protección de los intereses nacionales³⁸⁰. No obstante, la seguridad ha ido

³⁷⁷ *Ibíd*, p. 109.

³⁷⁸ *Ibíd*, p. 108.

³⁷⁹ GONZALVO NAVARRO, V., “Una definición jurídica válida de Seguridad Nacional a través de la Estrategia y de distintas cláusulas de los tratados internacionales” en *Instituto Español de Estudios Estratégicos*, nº 94, 2013, p. 4.

³⁸⁰ RODRÍGUEZ ALCÁZAR, J., *op. cit.*, p. 2.

evolucionando hacia un concepto que refleja la creciente multidimensionalidad³⁸¹, la globalización, la asociación entre Estados para luchar, defender o cumplir objetivos comunes, en definitiva, la evolución provoca que se conciban otras necesidades en el plano de la seguridad (sin que se prescinda de manera completa de la anterior).

Seguridad colectiva: en términos muy genéricos, el fin de la Guerra Fría provoca el fraccionamiento y la multiplicación de las amenazas y de los riesgos perceptibles por los Estados y, en consecuencia, se hace necesario la ampliación del concepto de seguridad³⁸², aunque de forma gradual³⁸³. Se evoluciona escalonadamente en la fundamental labor de garantizar seguridad y estabilidad y, en este caso, tras ser superado los conflictos tradicionales, los Estados perciben la conveniencia y oportunidad de relacionarse con aquellos similares para lograr objetivos comunes. Como fin último toda esta actividad se resume en colaborar en aras de la consecución de la paz duradera o, lo que egoístamente puede ser interpretado por los Estados como, vigilar e intervenir para controlar las situaciones o actuaciones que transgredan la estabilidad, seguridad y paz.

Esta ampliación del concepto tradicional de seguridad supone que los Estados interesados en ello se comprometan a seguir un determinado grado de cohesión y alianza, sin reparar en las diferencias obvias.

El objetivo principal en esta ocasión continúa siendo el de salvaguardar el Estado, aunque se comienza a descubrir que la verdadera fuerza se consigue con la unión. Por ello no se debería olvidar que solo es un primer paso en la aproximación, porque para que existiera una integración, es decir, una unión

³⁸¹ Pero no podemos obviar que la “realidad multidimensional de la seguridad ha estado siempre presente, y lo que ha cambiado ha sido el desmenuzamiento de las dimensiones y la creciente importancia real de algunas de ellas. En términos clásicos cualquier estrategia de un Estado en guerra punteaba a destruir el sistema político y la capacidad económica y tecnológica de su enemigo, debilitando con ello y todo lo posible a su sociedad”. ECHEVARRÍA JESÚS, C., *op. cit.*, p. 110.

³⁸² *Ibíd.*, pp. 110-111.

³⁸³ Las necesidades, las amenazas, las capacidades o los objetivos de los Estados no son los mismos en un mismo instante, es por ello por lo que parece obvio entender que el concepto de seguridad irá evolucionando y ampliándose de forma proporcionada a los diversos factores señalados.

completa de intereses y fuerzas, es preciso que se determinen muchos aspectos trascendentales que habiliten para evolucionar de lo colectivo a lo común.

Seguridad global: se origina por la existencia, como su propio nombre indica, de un mundo globalizado donde los actores intervinientes se encuentran en situación de interrelación y dependencia continua.

Globalización, dentro de las múltiples acepciones y enfoques, puede ser definida como una etapa del sistema mundial en la que la sociedad mundial tiende a unificarse de forma intensa. Los intereses y las relaciones están marcados por la interdependencia en los recursos económicos, la actividad comercial, la disponibilidad tecnológica, las desigualdades sociales, el avance de las comunicaciones, etc.

En definitiva, un sistema globalizado necesita de estrategias que permitan dar estabilidad y fiabilidad ante los desafíos universales. El fuerte desarrollo de esta modalidad de seguridad comienza principalmente tras los atentados terroristas de Nueva York en 2001, que aceleran la necesidad de que se confeccione una agenda de seguridad global en la que se integren todos los aspectos y debilidades que tienen incidencia en la comunidad internacional. Y es que “en un contexto de globalización acelerada [se hacen necesarios] los enfoques multilaterales para enfrentarse”³⁸⁴ a toda situación frágil o de peligro.

Como parte integrante de lo que se concibe como seguridad global se deben incluir todos los importantes desafíos, contrariedades y dificultades de ámbito político, económico, cultural, religioso, social, individual, entre otros. En este sentido, se logra ubicar por primera vez la dimensión humana y la defensa de intereses individuales, aunque no desde la máxima expresión.

Seguridad internacional: aunque se abordará de manera específica y detallada en capítulos posteriores, esta noción supone la ausencia de peligro y amenaza en la comunidad internacional. Dicha seguridad junto con la paz

³⁸⁴ ECHEVARRÍA JESÚS, C., *op. cit.*, p. 112.

internacional supone un objetivo primordial de la ONU como se recoge en su propia Carta fundacional.

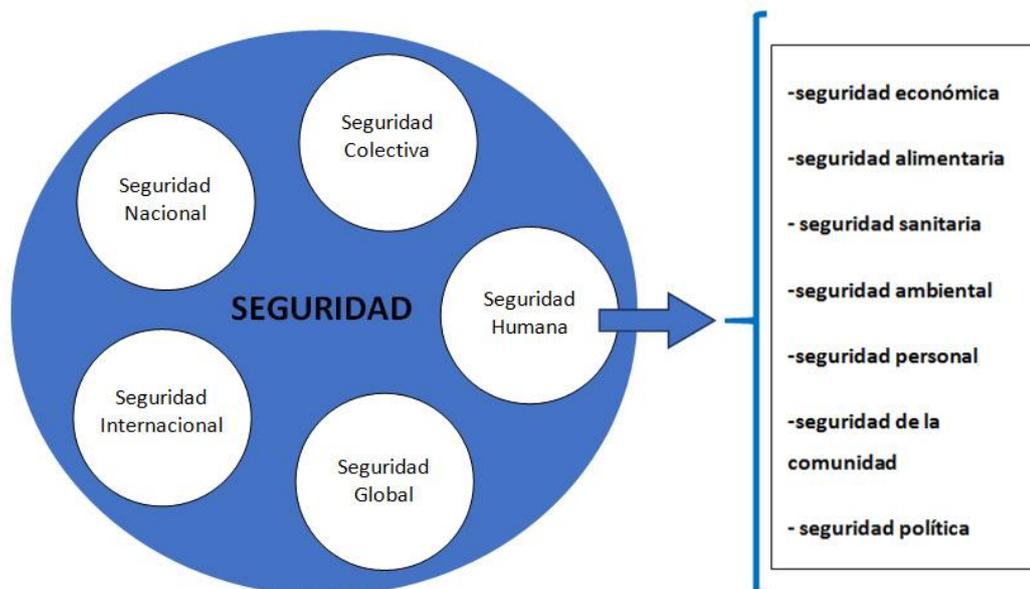
De todo lo expuesto se pueden extraer varias ideas o aproximaciones:

- La seguridad humana no es sinónimo de seguridad nacional, de seguridad colectiva, de seguridad global, etc. Cada una de ellas son distintas concepciones en función del contexto histórico-político-internacional y con distintos objetivos y prioridades, sin perjuicio de que puedan vincularse o complementarse en función de las circunstancias.
- La seguridad global o la seguridad internacional puede vincularse con la seguridad humana, porque contemplan la dimensión más personal, la seguridad humana respecto de este ámbito es, como resulta lógico, mucho más amplia y concreta (ya que resulta su objeto principal) y, por otro lado, la seguridad global e internacional se centran en aspectos que van más allá de lo estrictamente humano. Por lo que no forma parte uno del otra, sino que en determinadas circunstancias conexianan.
- Existen infinitas nociones más de seguridad con objetos concretos, como seguridad interior/exterior, seguridad compartida, seguridad común, seguridad cooperativa, seguridad sostenible, seguridad política, seguridad militar, seguridad económica, seguridad medioambiental, etc. que han tenido mayor o menor relevancia según la circunstancia y que no necesariamente tienen que depender de algunos de los conceptos mencionados.
- En este sentido, el fin último de este apartado es poder explicar que, personalmente, la seguridad humana se concibe como un concepto independiente, fruto del desarrollo que se ha ido exigiendo al concepto tradicional de seguridad, pero con nuevos aspectos y elementos³⁸⁵. Dentro de éste, como se explicará en próximos puntos, se engloban distintas concepciones (seguridad económica, seguridad alimentaria, seguridad en materia de salud, seguridad ambiental, seguridad personal, seguridad de la

³⁸⁵ La Seguridad Humana representa un cambio de énfasis a través del cual se muestra la defensa de la vida y la satisfacción de las necesidades junto a un plus de calidad.

comunidad y seguridad política³⁸⁶) en relación con las necesidades individuales y de su satisfacción, que cada una representan.

- En definitiva, no hay una dispersión total de los distintos conceptos que aluden a cuestiones de seguridad, no hay una relación encadenada, ni relación jerárquica total y completa.



387

II. ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LA SEGURIDAD HUMANA.

1. CONCEPTO.

La evolución que ha sufrido el actual concepto de seguridad humana, como se ha expuesto, está claramente condicionado por la influencia de diversos factores. Se pueden señalar, como causas más significativas de cambio, entre otros, el conflicto bipolar internacional de la Guerra Fría (como elemento más

³⁸⁶ "Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994..." *op. cit.*, p. 28. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

³⁸⁷ Gráfico de elaboración propia.

llamativo³⁸⁸); el creciente número de nuevos conflictos que alteran la seguridad internacional; o el significativo incremento de la manifestación de amenazas, hoy conocidas como “no tradicionales”. Todo ello provoca que exista una justificada urgencia dirigida a conseguir un concepto de seguridad más integral, completo y actualizado para el cambio de circunstancias sobrevenidas, es decir, que englobe estos nuevos factores en este nuevo escenario. Una de las formas, se decanta por confeccionar una nueva ciencia de resolución de conflictos enfocada a satisfacer las necesidades e intereses humanos.

En consecuencia, la importancia de que se desarrolle y se trabaje en la eficacia de este concepto se justifica por la necesidad de que el ser humano sea considerado “el principal objetivo que debe ser protegido, asumiendo la dignidad humana como referente por excelencia, y otorgando prioridad a acciones, reacciones o motivaciones que atañen a la supervivencia y a la convivencia de las personas”³⁸⁹. Si ello fuera posible en términos socio-políticos conllevaría que se modelara la idea de “Estado como actor unitario-racional”³⁹⁰.

Es de este modo que, con el Informe sobre Desarrollo Humano de 1994, parece abandonarse de forma oficial y con alcance internacional el estrecho concepto de seguridad humana que se había venido interpretando con anterioridad, para apostar por la seguridad particular. Como se ha mencionado en apartados anteriores, el Informe recoge que seguridad humana³⁹¹ supone idear estrategias de prevención³⁹² y habilidades resolutivas en relación con las

³⁸⁸ Llamativo por su trascendencia internacional en numerosos aspectos además del geoestratégico. Fue una confrontación ideológica, política, militar y económica.

³⁸⁹ DUARTE, I., PACHÓN, R., “Entre el altruismo...”, *op. cit.*, p. 2.

³⁹⁰ *Ibíd.*

³⁹¹ Se recuerda que, como se definió en anterior el apartado, Seguridad Humana es un concepto integrador que defiende la actuación preventiva ante las amenazas crónicas y las crisis puntuales con el propósito de otorgar estabilidad y bienestar a todas las personas, de forma individual (para garantizar no solo su vida sino una calidad digna), sin depender del lugar en el que se encuentren y utilizándose como principal mecanismo un sistema de indicadores y de alerta temprana que permitan localizar la amenaza, desarrollar sistemas de rápida respuesta y evitar la crisis.

³⁹² Que supone uno de los signos identitarios de mayor relevancia, como expone RODRÍGUEZ ALCÁZAR “además de estar centrada en el ser humano, la seguridad humana constituye una concepción de la seguridad que busca más prevención de los riesgos que la actuación a posteriori”. Véase RODRÍGUEZ ALCÁZAR, J., *op. cit.*, p. 4.

amenazas, crisis, dificultades y epidemias para proteger la existencia y una calidad básica de vida del ser humano, las cuales se encuentran intensamente interconectadas³⁹³. Como pragmáticamente se refiere el Informe:

“La seguridad simboliza la protección contra la amenaza de la enfermedad, el hambre, el desempleo, el delito, el conflicto social, la represión política y los riesgos del medio ambiente. (...) En definitiva, la seguridad humana se expresa en un niño que no muere, una enfermedad que no se difunde, un empleo que no se elimina, una tensión étnica que no explota en violencia, un disidente que no es silenciado. La seguridad humana no es una preocupación por las armas: es una preocupación por la vida y la dignidad humanas”³⁹⁴.

En otras palabras y como la Comisión sobre Seguridad Humana³⁹⁵ expuso:

“La seguridad humana significa proteger las libertades vitales. Significa proteger a las personas expuestas a amenazas y a ciertas situaciones, robusteciendo su fortaleza y sus aspiraciones. También significa crear sistemas que faciliten a las personas los elementos básicos de supervivencia, dignidad y medios de vida. La seguridad humana conecta diferentes tipos de libertades: libertad frente a las privaciones, frente al miedo y libertad para actuar en nombre propio. Para procurar dichas

³⁹³ “La seguridad no es un juego de suma cero, en el que un grupo pueda conseguir la seguridad a expensas del otro (como en la concepción clásica de la seguridad nacional), sino que dibuja un escenario en el que todos ganan o todos pierden”. Véase PÉREZ DE ARMIÑO, K., *op. cit.*, p. 67.

³⁹⁴ “Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994...” *op. cit.*, p. 25. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

³⁹⁵ Órgano subsidiario, selectivo y conformado por expertos independiente de Naciones Unidas que tienen como principal propósito movilizar el apoyo y proporcionar un marco concreto para la aplicación de la seguridad humana. Se confecciona como respuesta al llamado que hizo el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, en el contexto de la Cumbre del Milenio cuando exhortó a la comunidad internacional la consecución de los objetivos del nuevo milenio. Los principales objetivos de dicha Comisión han sido: “a) promover el entendimiento público de la seguridad humana y de los imperativos que esta perspectiva conlleva; b) desarrollar el concepto de seguridad humana como una herramienta operativa para la formulación y aplicación de políticas; y c) proponer un programa de acción con miras a determinar las medidas más convenientes para enfrentar las amenazas a la seguridad humana”. Promover la Seguridad Humana: Marcos Éticos, Normativos y Educativos en América Latina y el Caribe, UNESCO, 2005. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001389/138940S.pdf>. Consultado el 16 de junio de 2017.

libertades se ofrecen dos estrategias generales: protección y realización del potencial”³⁹⁶.

En definitiva, el fin básico de este concepto recae en evitar y solventar aquellas situaciones perjudiciales y ajenas a la voluntad humana.

Así las cosas, me decanto por apoyar la tesis de LEAL MOYA³⁹⁷ cuando, de forma muy sintética, reduce a tres (prevención, reacción y reconstrucción) las características de la puesta en funcionamiento y resultado práctico de la seguridad humana, como se desprende de los distintos instrumentos de seguridad sanitaria que se describirán posteriormente en este trabajo.

Planteada la descripción, me parece oportuno plantearse ¿cuál es el verdadero alcance y utilidad de este concepto?

Sin separarnos de forma radical de la definición y características aportadas con anterioridad, se puede señalar que la mayor contribución de la seguridad humana es que erige como sujeto de la seguridad al propio individuo, es decir, realza su posición, en contraposición con la tradicional postura pro-Estatal o fuertemente estatalista. El desarrollo de dicho concepto puede entenderse que se ha llevado a cabo en planos distintos. De forma más directa y en relación a la utilidad aportada, se puede distinguir³⁹⁸ seguridad humana en su dimensión cuantitativa (“referida a la satisfacción de las necesidades materiales para garantizar la subsistencia física de las personas”, es lo referido a cubrir en la totalidad las carencias más básicas, como los factores que garanticen la salud, la alimentación, la vivienda, etc.) y en dimensión cualitativa (que es el desarrollo de los aspectos relativos a la dignidad humana³⁹⁹ como autonomía, control de la

³⁹⁶ Promover la Seguridad Humana: Marcos Éticos, Normativos y Educativos en América Latina y el Caribe, UNESCO, 2005. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001389/138940S.pdf>. Consultado el 16 de junio de 2017.

³⁹⁷ LEAL MOYA, L., “Seguridad Humana, Responsabilidad de Proteger”, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 114, 2005, p. 1123.

³⁹⁸ Distinción que cabe dentro del concepto amplio de Seguridad Humana que se deduce del Informe sobre Desarrollo Humano de 1994.

³⁹⁹ Bajo mi punto de vista, puede garantizarse una plena seguridad humana sin que exista democracia. Ya que las necesidades básicas del pueblo podrían estar cubiertas sin que el régimen

propia vida y decisiones, etc.). En definitiva, la trascendencia de la aplicación y desarrollo de la seguridad humana incide en el progreso y en la transformación⁴⁰⁰.

Consecuentemente, seguridad humana es un concepto relativamente reciente “de orden polivalente [por contar con un] contenido antropocéntrico, universal, interdependiente, preventivo, democrático, indivisible, global local, integrador y de connotaciones cualitativas y cuantitativas”⁴⁰¹.

En mi opinión, estamos ante un concepto necesariamente amplio, según las pretensiones que en él se depositan con aspectos lógicamente mejorables, pero apto para los objetivos que se han marcado. La lenta y relativa construcción del concepto de Seguridad Humana permite que los distintos autores y estudios de la materia puedan discernir respecto del propio concepto definitorio (aunque no en la esencia ya que ésta sí es generalmente compartida). En este sentido existen dos posiciones generales, quienes solo contemplan la protección ante el daño visible y efectivo (enfoque restringido) frente a la contemplación extensa de las múltiples amenazas (incluso de lista abierta) interrelacionadas con el individuo. Respecto a estas posiciones, me decanto por defender la tendencia más amplia que favorece la inclusión de los más variados y oportunos aspectos para la confección del pensamiento estratégico de Seguridad Humana. En opinión propia esto apoya la continua investigación, beneficia al aumento de la utilidad práctica y, en definitiva, acondiciona para los continuos cambios, más que si fuera cerrado y extremadamente preciso.

Retomando la descripción de dicho concepto, no se puede dejar de lado que es una idea genérica que incluye la bifurcación de otros elementos que requieren la concepción y confección de planes de seguridad más concretos. Esto es, la seguridad humana es el concepto previo para que pueda desarrollarse una estrategia general de seguridad sanitaria o alimentaria, por poner un ejemplo. Tal

político democrático. Generalmente la existencia de un Estado de Derecho democrático incide positivamente en las políticas de estado y en las relaciones con los ciudadanos, pero no es indispensable.

⁴⁰⁰ PÉREZ DE ARMIÑO, K., *op. cit.*, pp. 63-68.

⁴⁰¹ DUARTE, I., PACHÓN, R., “Entre el altruismo...”, *op. cit.*, p. 2.

vez una mayor precisión recortaría el inevitable amplio alcance de su propia naturaleza. No obstante, toda escrupulosidad que la ciencia pueda ir hallando tras el estudio y la experiencia, será oportuna y de estimable valor añadido.

Las críticas que exigen precisión, unanimidad académica y desarrollo exacto de su puesta en práctica, me conducen a la opinión de que son condiciones (en su conjunto y llevado al nivel de perfección) utópicas.

Consciente de los posibles errores que pudiera contener, del Informe sobre Desarrollo de 1994 se extrae una idea y un concepto de seguridad humana bastante pragmático que se ha ido precisando por la doctrina y en otros documentos como el de la Comisión de Seguridad Humana, con los que se hace posible extraer los aspectos positivos⁴⁰² para trabajar en la eficiencia de la necesaria protección del individuo.

Es por ello que, considero que tal y como se ha expuesto, el concepto de seguridad humana se encuentra claramente definido para que se comiencen a elaborar eficientes estrategias en aras de cumplir los objetivos descritos. Se saben cuáles son los propósitos, las debilidades y las amenazas que afecta a la seguridad humana, por lo que solo se requiere voluntad política y su puesta en funcionamiento (además del lógico perfeccionamiento que se pueda ir derivando).

2. ELEMENTOS DE LA SEGURIDAD HUMANA.

Una vez pergeñada la forma general de aproximarse a la seguridad humana, tras haberse analizado las circunstancias que desembocan en esa postura, cabe, para una mayor comprensión y simplificación de la idea, que se desglosen las características esenciales o elementos de dicho concepto.

En el propio Informe sobre Desarrollo Humano se señalan cuatro características que se pretenden ampliar y completar tras el estudio de las diferentes posturas conceptuales y la conclusión a la que se llega en el anterior apartado. De ahí que procede su comentario y enumeración:

⁴⁰² Por ejemplo, se puede utilizar la ambigüedad para consolidar “amplias coaliciones respecto de la lucha contra las minas-antipersonas”. Véase RODRÍGUEZ ALCÁZAR, J., *op. cit.*, p. 10.

- La seguridad humana necesariamente es una “preocupación universal”⁴⁰³, el conjunto de los individuos puede ser perjudicado por amenazas comunes, aunque estas incidan con distinta intensidad o en distintas circunstancias. Como ejemplo de lo que antecede, los riesgos y amenazas a la seguridad sanitaria se ponen de manifiesto en cualquier parte del planeta, incluso de forma completamente opuesta, es decir, se requieren elaborar estrategias para la desnutrición infantil en ciertas áreas frente a las necesarias medidas contra la obesidad y mortalidad en otros muchos Estados del otro hemisferio.
- La finalidad fundamental y básica es proteger y velar por el ser humano, por su vida y porque ésta se desarrolle con un mínimo de calidad. Continuando con el asunto de la sanidad, no solo se deben prevenir las enfermedades infecciosas, sino que se debe abastecer a los pueblos con una asistencia sanitaria básica, no puede permitirse que los niños mueran por infecciones leves.
- Como se explicará con mayor detenimiento en el siguiente punto, la seguridad humana se confecciona por una serie de amenazas respecto a las que hay que elaborar estrategias de prevención y actuación para garantizar la menor incidencia negativa en los seres humanos. Éstas se encuentran, por tanto, interrelacionadas y globalizadas, de manera que difícilmente se podrán aislar de otros factores y del resto de la población como consecuencia negativa de la globalización. Así pues, si comienza una determinada enfermedad infecciosa, el riesgo a la seguridad que se generan por su mala gestión no solo inciden en la seguridad sanitaria, sino que podrá ocasionar problemas alimentarios, económicos, etc. De este modo, como se irá poniendo de manifiesto en este trabajo, virus infecciosos como el VIH, gripe aviar o ébola, entre otros, han demostrado la vinculación de las consecuencias.
- El principal método de actuación es a través de la prevención, es decir, se estructuran mecanismos de acción que permiten evitar las amenazas antes que el problema sea de orden mundial. No obstante, cuando esto no resulte

⁴⁰³ “Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994...” *op. cit.*, p. 25. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

posible, cabe la reacción más inmediata y completa que se traduce en proteger a los individuos vulnerables y afectados por una amenaza en concreto. Para finalmente dar paso a la reconstrucción.

3. PRINCIPALES CATEGORÍAS DE SEGURIDAD HUMANA.

Que los distintos riesgos y amenazas a la seguridad sean tan diversos es uno de los motivos que justifican que la seguridad humana sea un concepto multidimensional. El Informe sobre Desarrollo Humano de 1994, cumpliendo con la función de definir y concretar las bases de la seguridad humana, se detiene en enumerar y desarrollar siete categorías específicas de seguridad que se enfrentan a determinadas amenazas crónicas. En este sentido distingue:

- Seguridad económica: consiste en velar por el acceso a una fuente segura de ingresos de forma genérica, a través de la cual se persigue garantizar el acceso a los recursos, a unos ingresos económicos mínimos (de lo que se deriva la formación a discapacitados, el acceso al mercado laboral de los jóvenes...), seguridad en la intervención estatal, etc.
- Seguridad alimentaria: muy relacionada con la anterior ya que, *a priori*, es la protección de la población para que cuente con los accesos físicos y económicos necesarios para obtener alimentos básicos, de manera que exista suficiente alimento para abastecer a la población mundial y, a la vez, que se respalde el derecho a poder obtenerlo de forma inmediata y suficiente. Estar alimentado no es solo un requisito indispensable para garantizar la vida, sino también para otorgar ese “plus de calidad” por el que lucha el concepto amplio de seguridad humana.
- Seguridad en materia de salud o seguridad sanitaria: al mismo tiempo, de una forma muy paralela, contempla como principal objetivo establecer mecanismos de prevención y una rápida acción para evitar y controlar las enfermedades infecciosas y parasitarias, sobre todo en zonas vulnerables, simultáneamente vela porque exista un acceso mundial a los servicios de salud y por establecer mecanismos para luchar contra otras enfermedades que supongan una amenaza, a la vez que se centra en prestar mayor atención a colectivos vulnerables.

- Seguridad ambiental: encargada de estudiar, adoptar medidas y actuar en contra de las amenazas que dañifican y amagan un ambiente físico saludable, lo cual engloba desde el abastecimiento de agua, control de la deforestación, salinización, contaminación del aire o generar un sistema de alarma ante desastres naturales, entre otros.
- Seguridad personal: comprende todos los factores de riesgos, vulnerabilidades e inseguridades en la sociedad y su impacto sobre grupos vulnerables, como son las amenazas, las torturas, las violencias a gran o pequeña escala (es decir, desde las guerras hasta la violencia doméstica), etc.
- Seguridad de la comunidad: consiste en la salvaguarda de la identidad de los grupos, familias, comunidades, organizaciones o grupos raciales o étnicos, de manera que la modernización respete sus peculiaridades y que no recaiga sobre ellos ataques o discriminaciones.
- Seguridad política: basada en garantizar la estabilidad de los Estados, de los sistemas gubernamentales e ideologías con legitimidad para ejercer el poder, a la vez que se vela porque no se vulneren los derechos humanos en periodos de disturbio político⁴⁰⁴.

Aunque se ha pretendido distinguir las facetas más llamativas y las características de cada categoría, es indudable que entre ellas existe una interdependencia y un vínculo necesario. Por ello toda actuación debe ir dirigida a garantizar cada una de las seguridades particularmente señaladas, para que cualquiera de ellas actúe como sostén, a la vez que contribuya en el respeto y preocupación por la seguridad humana. Esto es, no puede existir seguridad sanitaria sin que la población esté alimentada (seguridad alimentaria), pueda tener un acceso continuo a agua potable y para el regadío (seguridad ambiental), tenga un salario base para continuar subsistiendo (seguridad económica) y el Estado garantice estos mínimos (seguridad política), etc. De esta forma, en mayor o menor medida (ya que se debe ser consciente de las grandes diferencias entre los países ricos y pobres), se verá satisfecha una básica seguridad humana que, en

⁴⁰⁴ “Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994...” *op. cit.*, pp. 28-37. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

último término, garantice la vida (que no mueran, por ejemplo, niños por enfermedades controlables) y un mínimo de calidad (desnutrición o inaccesibilidad a la educación e instrucción).

III. SEGURIDAD HUMANA Y EL PRINCIPIO DE NO INTERVENCIÓN EN LOS ASUNTOS INTERNOS.

Dibujado el marco en el que se despliega el objeto de la seguridad humana y dado que el alcance de sus objetivos y finalidades exige la planificación y ejecución de unas concretas maniobras y estrategias, es preciso estudiar en quién recae dicha responsabilidad, es decir, ¿quién es el sujeto responsable de garantizar la vida y un mínimo de calidad en ella?

Lo primero que debo abordar es el concepto de soberanía que es definido magistralmente por el profesor Carrillo Salcedo, desde el punto de vista del Derecho Internacional como “el conjunto de competencias y derechos de que cada Estado independiente es titular en sus relaciones con otros Estados. Así entendida, la soberanía se nos muestra como un principio constitucional del Derechos internacional”⁴⁰⁵. Asimismo, el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ analizando la idea de soberanía desde la perspectiva “post-moderna” (más allá del concepto tradicional), señala que ésta se caracteriza por ser cooperativa, funcional (porque “los Estados eligen limitar su libertad de acción a través de acuerdos internacionales”) y solidaria, fundamentalmente⁴⁰⁶. En definitiva, comparto la postura del anterior profesor cuando determina que “es un concepto relativo”⁴⁰⁷.

De la propia soberanía y de la responsabilidad que de esta se deriva, el Estado tiene la obligación de proporcionar y prestar con todos los medios disponibles, posibles y necesarios la seguridad humana a los individuos respecto

⁴⁰⁵ CARRILLO SALCEDO, J. A., *Soberanía del Estado y Derechos Internacional*, 2ª ed., Tecnos, Madrid, 1976, p. 83.

⁴⁰⁶ FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “La soberanía poliédrica” en PÉREZ VERA, E., RODRÍGUEZ CARRIÓN, A., (Ed), *Soberanía del Estado y derecho internacional: homenaje al profesor Juan Antonio Carrillo Salcedo*, Universidad de Málaga, Málaga, 2005, pp. 589-590.

⁴⁰⁷ *Ibíd*, p. 590.

de los que responde. Pero ¿qué ocurre si un Estado en concreto no cumple con sus obligaciones? Como explica notoriamente la profesora MÁRQUEZ CARRASCO, “las violaciones graves y masivas o sistemáticas de derechos humanos fundamentales atentan contra una obligación *erga omnes*, y constituyen un crimen internacional”⁴⁰⁸. Esto puede llevar a cuestionarse si, cabe la actuación por parte de otro u otros Estados o de la comunidad internacional en un territorio específico, en el caso de que la consecuencia sea la vulneración grave de los derechos humanos. Esto es, ¿si una determinada zona sufre una profunda hambruna o problemas sanitarios provocando cientos de muertes diarias es posible la intervención internacional sin que el Gobierno del Estado en cuestión lo autorice? En este sentido surge el deber de injerencia humanitaria el cual supone en un imperativo u obligación moral de la comunidad internacional institucionaliza para proteger los derechos humanos de una población víctima de “violaciones graves, masivas o sistemáticas”⁴⁰⁹. “No puede dudarse de que una violación masiva de los derechos humanos representa una agresión contra el interés común de la humanidad”⁴¹⁰.

En este sentido, como continúa explicando la profesora MÁRQUEZ CARRASCO, el “deber de injerencia trata de satisfacer dos necesidades que marchan unidas en este tipo de iniciativas privadas: situar a los valores humanos por encima de los intereses de los Estados y lograr un marco jurídico internacional frente al Estado que proteja y facilite sus actuaciones”⁴¹¹.

Por lo que, ante la innegable responsabilidad del Estado, en caso de que éste no cumpla o le sea imposible llevar a cabo la función que le compete, según el Informe de la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los

⁴⁰⁸ MÁRQUEZ CARRASCO, M. C., “La Injerencia Humanitaria”, en ORTEGA TEROL, J. M., et al (Ed) *Globalización y derecho: reflexiones desde el Seminario de Estudios Internacionales "Luis de Molina"*, Universidad de Castilla-La Mancha, Ciudad Real, 2003, p. 108.

⁴⁰⁹ *Ibid*, p. 107.

⁴¹⁰ AVILÉS FARRÉ, J., *op. cit.*, p. 6.

⁴¹¹ MÁRQUEZ CARRASCO, M. C., “La Injerencia...”, *op. cit.*, p. 109.

Estados⁴¹² (en adelante CIISE), la comunidad internacional institucionalizada tiene el deber de procurar la máxima protección y cese de la situación o amenaza a la seguridad. El fundamento es que la seguridad de los individuos (la seguridad humana) genera un interés que sobrepasa lo fronterizo, por lo que la injerencia se puede justificar por la ayuda humanitaria⁴¹³ o por la intervención para el cese del conflicto o peligro⁴¹⁴.

De esta forma el concepto de seguridad humana provoca que se cuestione el propio principio de no intervención en los asuntos internos de los Estados, ya que al propósito de la seguridad humana se vincula el principio de la responsabilidad de proteger (de que se haga efectivo⁴¹⁵) por parte del Estado y de forma subsidiaria por comunidad internacional institucionalizada. El motivo esencial es que los derechos humanos poseen un valor universal con el que se legitima a la comunidad internacional institucionalizada a protegerlos y velar por ellos en caso de violación o puesta en peligro.

¿Cuándo es posible la injerencia en los asuntos internos? Cuando por crisis sanitarias o cualquier otra emergencia humanitaria se esté cometiendo violaciones sistemáticas de derechos humanos surge una “responsabilidad moral por parte de la comunidad internacional”⁴¹⁶, la cual también puede llegar a ostentar el valor de jurídica, ya que la garantía de los derechos humanos es una obligación internacional general. Además, la responsabilidad de proteger a pesar de

⁴¹² Es un órgano creado en septiembre de 2000, bajo el apoyo de Canadá y con la participación de varios estados, que posee el fin de desarrollar políticas sobre Seguridad Humana y estudiar sobre la relación entre la responsabilidad de proteger y el principio de no intervención en las injerencias internas.

⁴¹³ Surge una necesaria responsabilidad de proteger cuando una población sufre un serio daño o peligro por epidemias, guerras internas, insurgencias, graves crisis alimentarias, por Estados fallidos, etc. y el Estado sobre el que recae la responsabilidad no está dispuesto o sea incapaz de prevenir o detenerlo. En este caso la responsabilidad internacional de proteger se superpone al principio de no intervención.

⁴¹⁴ LEAL MOYA, L., *op. cit.*, p. 1117.

⁴¹⁵ Como se ha mencionado en apartados anteriores, la Seguridad Humana conlleva una función esencial de prevención, en caso de que el daño sea inminente de reacción y una necesaria y posterior reconstrucción.

⁴¹⁶ LEAL MOYA, L., *op. cit.*, p. 1123.

colisionar con el principio de no injerencia en los asuntos internos e incluso con la prohibición del recurso de la fuerza, puede presentarse en distintos supuestos que excepcionen estos límites por mandato del Consejo de Seguridad. Todo ello justificado por dar cumplimiento a los derechos humanos o al derecho internacional humanitario, obligaciones *erga omnes* en situaciones de máxima urgencia.

En resumen, la intervención⁴¹⁷ debe cumplir una serie de requisitos y pautas que garantice que la situación plantee la gravedad suficiente y que exista conformidad por parte de la Organización Internacional (ONU) encargada de delimitar dicha intervención en relación con su finalidad y naturaleza. Para ello parece conveniente, aunque no es el objeto de este trabajo, analizar los precedentes que han puesto de relieve los aciertos y debilidades de operaciones como las de Somalia, Ruanda, Sierra Leona, Bosnia-Herzegovina o incluso Kosovo⁴¹⁸ a pesar de que esta presenta la peculiaridad de estar desplegada desde la OTAN.

Estos ejemplos, con injerencias no impecables, generan un temor generalizado de que el derecho de injerencia se convierta en una justificación que avale y consienta todo tipo de intervenciones armadas cuando realmente no seas imprescindibles y cuando no se haya cumplido estrictamente el proceso de legitimación⁴¹⁹. De forma más directa, se quiere evitar que con el pretexto de salvaguardar “los principios universales y humanistas” ciertos países desarrollados, disfrazados por un mecanismo de seguridad, jueguen con sus intereses geopolíticos.

⁴¹⁷ Además, la intervención armada debe ser siempre el último recurso.

⁴¹⁸ Todas estas operaciones son explicadas por la profesora MÁRQUEZ CARRASCO. Véase MÁRQUEZ CARRASCO, M. C., “La Injerencia...”, *op. cit.*, pp. 119-124.

⁴¹⁹ No se quiere aludir al problema concreto del bloqueo decisorio por el veto de ciertos miembros permanentes del Consejo de Seguridad ante determinados problemas, conflictos o crisis. Solo se realiza una referencia genérica sin cuestionar el funcionamiento del Consejo de Seguridad.

CAPÍTULO CUARTO: LA SALUD Y LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER

I. LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER.

1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN.

Como el profesor DÍAZ BARRADO aclara de manera magistral, la responsabilidad de proteger se ha constituido como “una institución propia⁴²⁰ y autónoma del ordenamiento jurídico internacional”⁴²¹. En los últimos años⁴²² se viene experimentando un nuevo impulso configurador, que está permitiendo confeccionar “*un marco sustantivo* que permita al ordenamiento jurídico internacional contar con normas que reconozcan derechos e impongan obligaciones sobre la base *de principios rectores* que regulan las relaciones internacionales”⁴²³.

En la idea de la responsabilidad de proteger confluyen dos elementos esenciales, que se aproximan al alcance del mismo: la voluntad de los Estados de

⁴²⁰ Aunque los profesores GUTIÉRREZ ESPADA y CERVELL HORTAL hablan de la posibilidad de que esté “apareciendo un principio rector”. GUTIÉRREZ ESPADA, C., CERVELL HORTAL, M. J., *Nacimiento, Auge y Decadencia de la Responsabilidad de Proteger*, Comares, Granada, 2014, p. 11.

⁴²¹ DÍAZ, BARRADO, C. M., “La responsabilidad de proteger en el Derecho Internacional contemporáneo: entre lo conceptual y la práctica internacional”, *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, 2012, p. 4.

⁴²² Aunque ésta no es “una institución (sustancialmente) novedosa en el ordenamiento jurídico internacional”, *Ibíd*, p. 5.

⁴²³ *Ibíd*, p. 2.

que se ponga en práctica dicha protección, así como la necesidad de la comunidad internacional de controlar o enmendar determinadas situaciones a través de la actuación conjunta de proteger. No obstante, antes de precisar la propia noción de este concepto, resulta conveniente advertir que, a pesar de que dichos componentes primarios sobre los que se fundamenta resultan evidentes, “no es tan claro el contenido y el alcance de la responsabilidad de proteger”⁴²⁴. De ahí que se esté hablando de una noción aún en proceso de evolución, a pesar de la manifiesta “vocación de convertirse en *norma consuetudinaria* del ordenamiento jurídico internacional”⁴²⁵ que requiere de concreción.

Desde un primer punto de vista más sencillo, para comprender la responsabilidad compartida hay que partir de la base de que, cada Estado posee una directa y principal responsabilidad (o lo que es lo mismo una obligación) de proteger a su población cuando se produzcan violaciones de sus derechos humanos o situaciones que afecten a su seguridad.

Bajo esta premisa, cuando el Estado en cuestión no pueda o quiera cumplir dicha responsabilidad, que deriva de su soberanía estatal, o el propio Estado aparezca como culpable, entrará en juego la comunidad internacional. Ésta llevará a cabo una intervención internacional, por motivos de urgente necesidad, a través de una acción concertada en la que las normas e instituciones internacionales se ajusten a la necesidad y al requerimiento global⁴²⁶.

El fundamento más básico de este cometido, es la imperiosa necesidad de proteger las vidas humanas⁴²⁷, ante la incapacidad o negligencia del principal

⁴²⁴ AÑAÑOS MEZA, M. C., “La ‘responsabilidad de proteger’ en Naciones Unidas y la doctrina de la ‘responsabilidad de proteger’”, en *UNISCI Discussion Papers*, nº 21, 2009. p. 168.

⁴²⁵ DÍAZ, BARRADO, C. M., *op. cit.*, p. 5.

⁴²⁶ *Ibíd.*, p. 7.

⁴²⁷ “Preeminencia de la dignidad humana sobre la primacía de los Estados”, ZABALETA CATÓN, B., “Naciones Unidas y la Responsabilidad de Proteger: ¿Qué papel debe desempeñar la ONU en los conflictos internos?”, en *Instituto Español de Estudios Estratégicos*, nº 54, 2014, p. 9.

“El *ascenso del individuo* en el plano de la subjetividad internacional y su protagonismo en las relaciones internacionales, así como una *nueva perspectiva de la paz y la seguridad internacionales* vinculadas al concepto de *seguridad humana*, han hecho posible que la “responsabilidad de proteger” intervenga en un marco normativo avalado por normas esenciales

responsable. Esto es, consiste en “la superación de los intereses estatales en virtud de la seguridad humana”⁴²⁸ y, en mi opinión, también de la seguridad internacional.

De este modo, dicha institución, claramente en evolución, va alcanzando el preciso significado normativo, fundamentalmente, tras la incorporación de la misma, por la Asamblea General de la ONU, en los artículos 138 y 139 del Documento Final de la Cumbre Mundial 2005⁴²⁹. Pese a que el propósito de esta reunión internacional iba dirigido a “adoptar medidas acerca de graves amenazas mundiales que exigen audaces soluciones mundiales”⁴³⁰, como interpreta la profesora AÑAÑOS⁴³¹, el objetivo de incluir estos preceptos era simplemente el de recoger el concepto y no una norma.

En este sentido, el artículo 138 detalla que:

“138. *Cada Estado es responsable de proteger a su población del genocidio, los crímenes de guerra, la depuración étnica y los crímenes de lesa humanidad. Esa responsabilidad conlleva la prevención de dichos crímenes, incluida la incitación a su comisión, mediante la adopción de las medidas apropiadas y necesarias. Aceptamos esa responsabilidad y convenimos en obrar en consecuencia. La comunidad internacional debe,*

del derecho internacional. (...) [La razón de ello es que] el individuo es un sujeto más del ordenamiento jurídico internacional y que, por lo tanto, hay que regular las relaciones que mantenga con otros sujetos, en particular, con los Estados. *La soberanía estatal* no sólo se ejercerá en las relaciones con otros Estados sino, también, en las relaciones con los individuos. De ahí, que quepa el surgimiento de nuevas obligaciones o la conformación de otros contenidos de la soberanía de los Estados”. DÍAZ, BARRADO, C. M., *op. cit.*, p. 34.

⁴²⁸ ZABALETA CATÓN, B., *op. cit.*, p. 9.

⁴²⁹ Asamblea General: “Resolución 60/1”, ONU, A/RES/60/1, de 24 de octubre 2005, párrafo 138-140. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UN/UNPAN021757.pdf>. Resolución 1674 (2006), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 5430ª sesión, de 28 de abril de 2006, (S/RES/1674 (2006)). Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4925.pdf> Ambas consultadas el 13 de agosto de 2016. Dicha Cumbre se desarrolló en el marco de una Reunión Plenaria de Alto Nivel del 60º Periodo de Sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas celebrada del 14 al 16 de septiembre de 2005. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/summit2005/documents.htm>. Consultado el 16 de junio de 2017.

⁴³⁰ Cita 3 de ZABALETA CATÓN, B., *op. cit.*, pp. 3 y 4.

⁴³¹ AÑAÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 183.

*según proceda, alentar y ayudar a los Estados a ejercer esa responsabilidad y ayudar a las Naciones Unidas a una capacidad de alerta temprana*⁴³².

En otras palabras, el Estado, como se describía con anterioridad, tiene la responsabilidad principal de prevención y protección, que se compartirá o suplirá por la comunidad internacional cuando sea procedente.

¿Pero con qué fin o término? Como razona el profesor DÍAZ BARRADO, es en el siguiente precepto en el que se delimita el contenido de dicha responsabilidad de proteger al especificarse que la actuación de la comunidad internacional se realizará a través de las Naciones Unidas, poniéndose en práctica distintos medios en el contexto de los capítulos VI y VII de la Carta de las Naciones Unidas. Esto significa que el Consejo de Seguridad ostentará una “obligación específica” a modo de “representante de la comunidad internacional” junto con la colaboración de otros órganos como la propia Asamblea General, otros Estados u Organizaciones Internacionales⁴³³.

Antes de profundizar en el desarrollo que ha ido experimentando dicho concepto a través de los distintos instrumentos, considero oportuno hacer un alto en el camino para profundizar en ciertos términos que permitan una comprensión más completa.

- La Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los Estados, a la que más adelante se hará referencia, interpreta la *responsabilidad* “como ‘deber’ e incluso ‘obligación’ [sin que pueda vincularse a] la ‘responsabilidad internacional por actos o hechos ilícitos de los Estados’⁴³⁴. No obstante, para analizar la naturaleza de dicha responsabilidad es preciso discernir las dos fases ya señaladas. En primer lugar, la responsabilidad que ostenta el

⁴³² Cursiva del autor.

⁴³³ DÍAZ BARRADO, C. M., “La responsabilidad de proteger en el Derecho Internacional contemporáneo: entre lo conceptual y la práctica internacional” en Revista Electrónica de Estudios Internacionales, 2012, pp. 9-10.

⁴³⁴ AÑAÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 171.

Estado de precaver y proteger a su población⁴³⁵, la cual deriva de los propios poderes soberanos, en mi opinión, sería una obligación jurídica, a pesar de que en el Documento Final se evita la referencia en este sentido⁴³⁶. Sin embargo, mi postura podría objetarse si se tiene en cuenta que la consecuencia del incumplimiento de la responsabilidad de proteger nunca será directamente la violación de una norma de derecho internacional (salvo otras vinculadas por el caso en particular), sino la intervención por la comunidad internacional. En segundo lugar, la naturaleza de dicho deber es evidentemente moral y sus consecuencias son políticas, por lo que en ningún caso estaría sujeto al régimen de responsabilidad internacional.

- La responsabilidad de proteger se refiere continuamente al concepto de soberanía⁴³⁷ y al principio de igualdad soberana. Sin excesiva dilación, ya que son materias complejas y amplias, las cuestiones trascendentales son que, la soberanía estatal⁴³⁸ “conlleva claramente *la obligación de los Estados de proteger el bienestar de su población* y de cumplir sus obligaciones con la comunidad internacional en general”⁴³⁹ ya que bajo este principio se salvaguarda la libertad e independencia de los Estados en sus relaciones⁴⁴⁰. Esto es, la responsabilidad de

⁴³⁵ “La responsabilidad de proteger reformula el concepto de soberanía como deber del Estado de proteger a su población”. ROSALES ZAMORA, P. C., “La aplicación de la responsabilidad de proteger al conflicto armado colombiano”, *Pensamiento Propio*, 2012, p. 221.

⁴³⁶ En este mismo sentido AÑAÑOS MEZA añade que “dudas existen en cuanto a su fuerza obligatoria: si se trata de una obligación o de un deber moral con fuerza política. La última opción pare ser pertinente. Una responsabilidad en sentido jurídico se hace mucho más difícil de deducir ya que en el Documento Final se evitó toda referencia a una “obligación””. AÑAÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 171.

⁴³⁷ “Conforma la base constituyente del ordenamiento jurídico internacional. (...) Es el status jurídico fundamental de un Estado”, *ibíd*, p. 179.

⁴³⁸ Concepto que nace con la Paz de Westfalia. “En todo el siglo XX la soberanía ha sufrido crecientes limitaciones a medida que se ha ido expandiendo al campo de regulación del derecho internacional. Con el crecimiento de la regulación internacional, han aumentado también las obligaciones y deberes de los Estados”. AÑAÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 179. En la década de los noventa es nuevo redefinido de manera que en la actualidad “la seguridad se entiende como un concepto que va más allá de los intereses meramente estatales, para hablar de seguridad humana”. ZABALETA CATÓN, B., *op. cit.*, p. 4.

⁴³⁹ *Ibíd*, p. 5.

⁴⁴⁰ Aunque resulta posible una “intromisión en la soberanía de otro Estado” cuando sea declarada una intervención coercitiva que se lleve a cabo “contra su voluntad”. GUTIÉRREZ ESPADA, C., CERVELL HORTAL, M. J., *op. cit.*, p. 33.

proteger se fundamenta en la soberanía estatal de la que se deriva que, el Estado ostentará tanto derechos como responsabilidades u obligaciones que, en este caso, como se determinaba en el apartado anterior, es el deber de proteger a su población⁴⁴¹. Por lo que, la figura del Estado continua y continuará resultando esencial para las “estrategias de prevención sean eficaces y oportunas”⁴⁴². Como ha mencionado reiteradamente FERNÁNDEZ SÁNCHEZ y confirmado DÍAZ BARRADO⁴⁴³, la comunidad internacional necesita que los Estados permanezcan siendo los protagonistas de las relaciones internacionales.

Por otro lado, dicha responsabilidad de proteger se asienta en el principio de igualdad soberana (principio fundamental de derecho internacional⁴⁴⁴ recogido en el artículo 2.1 de la Carta de las Naciones Unidas).

De acuerdo con la evolución de la doctrina tradicional y, sin las innovaciones que formuló la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los Estados, se recoge esta referencia en el Documento Final. La exclusiva alteración de esta nueva visión del principio de igualdad soberana es que la labor de los Estado, puntualmente, puede suplirse o complementarse con la intervención necesaria de la comunidad internacional.

- Finalmente, por comunidad internacional⁴⁴⁵, estrictamente, se puede entender conjunto de Estados e incluso de uniones de estos, que están vinculados

⁴⁴¹ “La responsabilidad de proteger (...) postula una nueva concepción de soberanía que tiene como fin la protección humana”. AÑAÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 178.

⁴⁴² Informe del Secretario General, “Hacer efectiva la responsabilidad de proteger”, A/63/677, párrafo 11.

⁴⁴³ “La sociedad internacional está dispuesta a seguir considerando a los Estados como los principales protagonistas de las relaciones internacionales del siglo XXI”, DÍAZ, BARRADO, C. M., *op. cit.*, p. 22.

⁴⁴⁴ “De este principio emanan otros principios y normas, como el de la no intervención, la prohibición del recurso de la fuerza y el derecho de autodeterminación de los pueblos”. AÑAÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 179.

⁴⁴⁵ Término que como apunta el profesor DÍAZ BARRADO, en pocas ocasiones es utilizado en las resoluciones de Consejo de Seguridad, “aunque (...) implícitamente, el Consejo de Seguridad podría dar a entender que asume esta función”. DÍAZ, BARRADO, C. M., *op. cit.*, p. 25.

entre sí de acuerdo con compromisos que representan⁴⁴⁶. Por lo que como confirma el profesor CARRILLO SALCEDO no se puede confundir el anterior término con las Naciones Unidas, “el error estribaría en pensar que la comunidad internacional es una entidad que hubiera desplazado a los Estados y que únicamente se expresaría en una vertebración política de la humanidad a través de una autoridad mundial para la gestión de los intereses generales”⁴⁴⁷. Por lo que, frente a la comunidad internacional, existe la comunidad internacional institucionalizada en el sistema de las Naciones Unidas que sí que es un sujeto de derecho internacional que ejerce funciones de responsabilidad, en cierto modo debido a que se admite la soberanía de los Estados como “vértebra del sistema internacional”⁴⁴⁸.

¿Cuál es el proceso evolutivo de la idea de responsabilidad de proteger? Las primeras manifestaciones surgen, recientemente, en los últimos años del siglo pasado y, de forma exacta, de acuerdo con la Resolución relativa a la “Declaración sobre el derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos”⁴⁴⁹ de la Asamblea General. En esta se reconoce que la responsabilidad esencial de proteger los derechos humanos recae en cada propio Estado. No obstante, antes de que dicho asunto fuera recogido por la ONU, las bases sobre la responsabilidad de proteger fueron, por primera vez, examinada y divulgada por el Informe que elabora la ya mencionada, CIISE⁴⁵⁰.

⁴⁴⁶ Véase CARRILLO SALCEDO, J. A., “Algunas reflexiones sobre la noción de Comunidad Internacional” en *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, Nº 85, 2008, pp. 373-386.

⁴⁴⁷ *Ibid.*, p. 376.

⁴⁴⁸ DÍAZ BARRADO, C. M., *op. cit.*, pp. 24-25.

⁴⁴⁹ Resolución de la Asamblea General sobre “Declaración sobre el derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos”, Quincuagésimo tercer período de sesiones, de 8 de marzo de 1999, (A/RES/53/144).

⁴⁵⁰ La CIISE es un organismo especializado, independiente de las Naciones Unidas y no gubernamental. La creación de ésta es anunciada a “la Asamblea General en septiembre de 2000”, por iniciativa del “Gobierno del Canadá, junto con un grupo de importantes fundaciones”, como contestación al llamamiento a la comunidad internacional, que realiza en 1999 y en 2000 el Secretario General Kofi Annan, ante la Asamblea General de las Naciones. El objetivo de ello

Con relación al informe es preciso hacer constar que éste ostenta naturaleza declarativa, ya que el trabajo descriptivo realizado en el mismo no tiene como resultado vinculación jurídica. En otras palabras, el asunto desarrollado no tiene mayor pretensión que investigar y esclarecer la cuestión de la responsabilidad de proteger.

En este sentido, en el documento que se comenta, de manera sintética, se reconocen que la misma se fundamenta en dos principios básicos: en primer lugar, como ya se ha descrito, que la soberanía conlleva la responsabilidad esencial de que el ente soberano proteja a la población de su territorio. Y, en segundo lugar, que cuando dicha población se someta a situaciones de inseguridad que no son remediadas por el propio Estado soberano, surgirá una responsabilidad internacional general sin que resulte quebrado el principio de no intervención⁴⁵¹.

De forma más concreta, parece importante conocer que la intención del CIISE, como explica ZABALETA CATÓN, consistiría en definir dicha “responsabilidad de proteger como un principio legal. [Para ello], estableció un marco jurídico para su ejercicio fundamentando las distintas respuestas multilaterales a las violaciones de derechos humanos⁴⁵² en función de tres dimensiones:

- La dimensión preventiva, considerada como <la más importante> (...).

consistía en “preparar un informe que ayudara al Secretario General y a las demás partes interesadas a encontrar” “un nuevo consenso sobre [problemas relativos a la intervención con fines de protección humana], y de “forjar una unidad” respecto de ciertas cuestiones fundamentales de principio y procedimiento”. Informe de la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los Estados, “La responsabilidad de proteger”, 2001. Disponible en: http://www.ceipaz.org/images/contenido/La%20responsabilidad%20de%20proteger_ESP.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

⁴⁵¹ DÍAZ BARRADO, C. M., *op. cit.*, p. 9.

⁴⁵² El CIISE hace reiteradas referencias a la seguridad humana, aunque continuando con la línea general internacionalista no se detiene a su delimitación. Entre muchas de las referencias, los puntos 2 o 7 del texto se detienen especialmente en este asunto sin que ilustre sobre la trascendencia. Informe de la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los Estados, “La responsabilidad de proteger”, 2001. Disponible en: http://www.ceipaz.org/images/contenido/La%20responsabilidad%20de%20proteger_ESP.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

- La dimensión reactiva frente a una crisis emergente (...) ⁴⁵³.
- [Y] la dimensión de reconstrucción tras el conflicto y el proceso de consolidación de la paz” ⁴⁵⁴.

De este modo, comparto la postura de AÑAÑOS MEZA ⁴⁵⁵ cuando señala que la doctrina del CIISE plantea una perspectiva positiva, ya que con el referido informe se muestra que cabe el consenso general y básico en esta materia al asumirse de manera universal el deber de proteger, a pesar de la polémica suscitada tras ciertos acontecimientos varias décadas atrás. En contraposición, siguen generándose teorías opuestas cuando se profundiza en cuestiones más concretas, como el quebrantamiento del principio de no intervención en los asuntos internos o el uso de la fuerza.

Sintetizando, el CIISE elaboró la doctrina de la responsabilidad de proteger que se utilizó como base para las deliberaciones e instrumentos de la ONU sobre dicha temática, con el fin de poder dar respuesta tanto a los tradicionales como a los nuevos desafíos e inquietudes, como pueden ser las contrariedades en cuestiones de salud que puedan suponer un riesgo en la seguridad internacional.

Como ya se adelantaba, la obligación de proteger ⁴⁵⁶ se recoge expresamente en el Informe ⁴⁵⁷ que elabora el Grupo de alto nivel sobre las

⁴⁵³ Como con posterioridad se desarrollará, en mi opinión, como situaciones de crisis podrían considerarse cualquier amenaza a la seguridad sanitaria que afecte a la seguridad internacional.

⁴⁵⁴ ZABALETA CATÓN, B., *op. cit.*, pp. 7-8.

⁴⁵⁵ AÑAÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 183.

⁴⁵⁶ Esencialmente es tratada en los párrafos 201-203 del Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio. Resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

⁴⁵⁷ Titulado: “Un mundo más seguro: la responsabilidad que compartimos”. *Ibíd.*

amenazas, los desafíos y el cambio⁴⁵⁸, en el que se toma como base la doctrina desarrollada por el CIISE.

La principal idea que se señala en este segundo instrumento, que aspira a ser jurídicamente vinculante, se resume en uno de los párrafos dedicado a esta temática:

“Aprobamos la norma que se está imponiendo en el sentido de que *existe una responsabilidad internacional colectiva de proteger, que el Consejo de Seguridad puede ejercer autorizando la intervención militar como último recurso** en caso de genocidio y otras matanzas en gran escala, de depuración étnica o de graves infracciones del derecho internacional humanitario que un gobierno soberano no haya podido o no haya querido prevenir”⁴⁵⁹.

De manera que será sobre dicho instrumento, sobre el que se sostenga cualquier pronunciamiento del Consejo de Seguridad en el que se recoja la aplicación de dicha responsabilidad compartida de proteger. Esto permitirá que se vaya asentando mediante la razonable práctica, la aparición de este nuevo contenido, el cual aspira a tener rotunda naturaleza jurídica tras la persistente y paulatina evolución de la sociedad internacional. Como, de manera clara, ilustra el profesor DÍAZ BARRADO:

“La razón última de la aparición de la ‘responsabilidad de proteger’, con contenido jurídico, habría que encontrarla en la evolución que viene experimentando la sociedad internacional y su ordenamiento jurídico que, a pesar de ser cada vez más heterogéneos, son, al mismo tiempo,

⁴⁵⁸ Grupo de expertos, ad hoc, independiente y encargado de elaborar un informe en el que analicen las amenazas que vulneran la seguridad internacional por encargo de las Naciones Unidas (en concreto la Asamblea General).

* Subrayado de la autora.

⁴⁵⁹ Informe “Un mundo más seguro: la responsabilidad que compartimos”, párrafo 203, resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

portadores de aspectos políticos que tienden a asentar valores que alcanzan significados normativos, con una proyección universal”⁴⁶⁰.

2. NATURALEZA JURÍDICA DE LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER.

En primer lugar y, como premisa esencial, la responsabilidad de proteger, en la actualidad, constituye un concepto únicamente reconocido por la Asamblea General de las Naciones Unidas⁴⁶¹, lo cual impide que pueda ser considerado como norma, aunque cada vez en mayor medida constituya “*un componente necesario en la aplicación de normas esenciales del Derecho Internacional*”⁴⁶².

En realidad, la razón por la que no alcanza el rango jurídico y, por tanto, no es jurídicamente vinculante, es debido a dos razones sustanciales:

Las obligaciones que de este concepto podrían derivarse no se encuentran recogidas en ningún instrumento jurídico vinculante⁴⁶³. Es por ello que, “sus promotores y defensores la consideran como una norma de derecho internacional emergente y que, si no está acabada, está por lo menos en pleno proceso de formación”⁴⁶⁴.

- Y, por otro lado, de momento tampoco podría considerarse que la práctica y las distintas referencias en otros documentos, le atribuya el suficiente

⁴⁶⁰ DÍAZ BARRADO, C. M., *op. cit.*, p. 9.

⁴⁶¹ Como en el apartado anterior se describía el Informe que elabora el CIISE sirve de base al escueto desarrollo de este concepto que adopta la Asamblea General en el Documento Final que como se ha indicado es un instrumento de naturaleza política y no jurídica ni vinculante ya que no puede ser impuesto el obligado cumplimiento para los Estados.

⁴⁶² En este sentido, continúa expresando que “la aceptación de esta noción, aunque sea parcial, supone elegir otra óptica en la percepción política y jurídica de la sociedad internacional en supuestos de conflictos y situaciones que ponen en peligro los derechos humanos y la paz internacional. En verdad, “la responsabilidad de proteger *es un avance normativo* de vital importancia para el debate humanitario y de política exterior actual”. DÍAZ BARRADO, C. M., *op. cit.*, p. 3.

⁴⁶³ Como afirma AÑAÑOS MEZA, la responsabilidad de proteger aspira a “convertirse en norma de derecho internacional, y quizás hasta en una “Carta” o “doctrina normativa multidimensional””. AÑAÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 181.

⁴⁶⁴ *Ibíd.*

grado de consolidación como para que pueda entenderse abiertamente como norma o incluso principio. Como determina GILBERTO RODRIGUES “la naturaleza o condición de norma jurídica o principio del RdeP (sic) no es consenso en la comunidad internacional, de ahí que se habla también de un concepto, doctrina o norma emergente. (...) Todas [las distintas] dificultades y desafíos ponen la RdeP en una situación de expectativa frente a su implementación. (...) [La práctica muestra que] la propuesta de la RdeP es bienvenida, [y que es reconocida por numerosos países] de la comunidad internacional. (...) A partir de ese reconocimiento, (...) queda abierta la posibilidad de acoger la implementación de RdeP, a partir de un debate que incluya toda su multidimensionalidad”⁴⁶⁵.

En mi opinión, no se puede hablar directamente de que la responsabilidad de proteger sea en todo caso vinculante y, aún menos, que se califique como principio. No obstante, si la práctica continúa en la línea que he intentado describir⁴⁶⁶, todo apunta a que el proceder de los Estados y, por supuesto, de la ONU acabe por asentar dicha doctrina en la práctica internacional. De este modo el concepto acabará por cerrarse y constituirá una obligación jurídica. ¿Pero mediante qué figura? Pues, en este sentido cabrían tres opciones a tenor del Artículo 38 del Estatuto de la Corte Internacional de Justicia, como:

- Tratado⁴⁶⁷.
- Costumbre internacional, entendida como una práctica generalmente aceptada como derecho⁴⁶⁸.

⁴⁶⁵ RODRÍGUES, G., “La Responsabilidad de proteger: motivaciones, contenidos y cambios” en *Pensamiento Propio*, n° 35, 2012, p. 174.

⁴⁶⁶ La práctica jurídica es que, como concretiza el profesor Cástor Díaz Barrado, “la “responsabilidad de proteger” está incorporada en instrumentos que si bien tienen, asimismo, un contenido político, son de naturaleza jurídica y que, por lo tanto, *producen ciertos efectos jurídicos*”. DÍAZ BARRADO, C. M., *op. cit.*, p. 12.

⁴⁶⁷ En palabras de ULF LINDERFALK: «My guess is that the rules to be applied for the interpretation of treaties concluded between states Chapter 1 are exactly the same as those to be applied for the interpretation of treaties concluded between states and other subjects of international law, or between other subjects inter se», LINDERFALK, U., *On The Interpretation of Treaties: The Modern International Law as Expressed in the 1969 Vienna Convention on the Law of Treaties*, Springer, Dordrecht, 2007, p. 10.

⁴⁶⁸ Véase TRINIDAD NÚÑEZ, N., “La función de la costumbre en el Estatuto de la Corte Penal Internacional”, en *Anuario Iberoamericano de Derecho Internacional Penal*, Vol. 4, n° 0, 2016.

- Principio general de derecho reconocido por las naciones civilizadas⁴⁶⁹.

A lo que habría que sumarle que se recoja dicha figura en los actos unilaterales de los Estados, es decir, como contenido de cualquier norma interna o incluso que sea reconocida en algún acto normativo de una organización internacional, piénsese en un Reglamento de la UE⁴⁷⁰.

Con relación a la posibilidad de la primera de estas alternativas pueda ser una realidad comparto la postura expuesta por AÑÑOS MEZA. En su opinión, “es muy poco probable que la mayoría de los Estados acepten una ‘responsabilidad de proteger’ en un tratado internacional (...), y es aún más improbable su surgimiento como principio general de derecho, sólo le queda una vía factible de convertirse en norma de derecho internacional: como costumbre internacional. Para que la ‘responsabilidad de proteger’ adquiriera el carácter de norma consuetudinaria de derecho internacional, tendrá que surgir y desarrollarse de la práctica internacional (consuetudo) y ser aceptada por los Estados como norma de derecho internacional (opinio juris)”⁴⁷¹.

Por otro lado, el ejercicio de la responsabilidad de proteger se ve obstruido esencialmente por dos elementos que, en mi opinión, son los que complican y retrasan la evolución que antes se describía. ¿Cuáles son y por qué?

- Principio de no injerencia en los asuntos internos⁴⁷². Éste se asienta en la igualdad soberana, que supone llanamente la independencia de los propios

⁴⁶⁹ Véase PÉREZ GONZÁLEZ, M., “Apuntes sobre los principios generales del derecho en el Derecho internacional” en VARGAS GÓMEZ-URRUTIA, M., SALINAS DE FRÍAS, A. (ed), *Soberanía del Estado y derecho internacional: homenaje al profesor Juan Antonio Carrillo Salcedo*, Vol. 2, Universidad de Málaga, Málaga, 2005, pp. 1021-1036.

⁴⁷⁰ Aunque no es jurídicamente vinculante se contempla que “el jefe de Misión debe recordar a las autoridades de los países de fuera de la UE su responsabilidad de proteger a los defensores de los derechos humanos que estén en peligro” en las “Directrices de la Unión Europea sobre el apoyo a los defensores de los derechos humanos”. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV%3A133601> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁴⁷¹ AÑÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 182.

⁴⁷² Principio de Derecho Internacional General recogido en los artículos 2.4 y 2.7 de la Carta de las Naciones Unidas y declarado en la Declaración sobre principios de Derecho Internacional que rigen las relaciones de amistad y cooperación entre los Estados, Resolución 2625 (XXV) de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la “Declaración sobre principios de Derecho

Estados y con el que se prohíbe “recurrir al uso de la fuerza contra la integridad territorial o la independencia política de cualquier Estado”⁴⁷³. Esto es, se “prohíbe a cualquier Estado intervenir directa o indirectamente en los asuntos internos o externos de otro Estado”⁴⁷⁴, con la excepción de que como determina el artículo 2.7 de la Carta, se lleve a cabo una intervención autorizada por el propio Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, en concordancia con el capítulo VII de la Carta, con la finalidad de velar por el mantenimiento de la paz y seguridad internacionales⁴⁷⁵.

- Prohibición del uso de la fuerza excluyéndose la legítima defensa. Como recoge el artículo 51 de la Carta, el uso de la fuerza en el Derecho Internacional se encuentra exhaustivamente prohibido excepto en caso de legítima defensa. A pesar de que puede considerarse una cuestión controvertida, si se atiende a lo determinado en el Documento Final -en relación con la responsabilidad de proteger-, solo cabe el referido uso de la fuerza a través de la acción militar⁴⁷⁶ del capítulo VII de la Carta. En otras palabras, para que pudiera ser legítimo, se requeriría que el Consejo de Seguridad⁴⁷⁷ (que representa a la comunidad internacional institucionalizada, por ostentar la capacidad y legitimidad de

Internacional que rigen las relaciones de amistad y cooperación entre los Estados” de 24 de octubre de 1970.

⁴⁷³ Artículo 2.4 de la Carta y Declaración sobre principios de Derecho Internacional que rigen las relaciones de amistad y cooperación entre los Estados.

⁴⁷⁴ PASTOR RIDRUEJO, J. A., *Curso de Derecho Internacional Público y Organizaciones Internacionales*, Tecnos, Madrid, 2014, p. 290.

⁴⁷⁵ “La licitud de [una] intervención unilateral estaría sometida a dos requisitos rigurosos: la existencia de una situación extrema (...), en primer lugar, y la inacción de la comunidad internacional organizada, en segundo lugar. Consiguientemente el derecho de intervención se extinguiría en el momento en que el Consejo de Seguridad tomase la decisión de intervenir”. PASTOR RIDRUEJO, J. A., *op. cit.*, p. 293.

⁴⁷⁶ “La CIISE fija y desarrolla criterios materiales de limitación de intervención militar bajo el rubro "principios para la intervención militar”, que no son nuevos, sino ya bastante conocidos en los debates teóricos sobre las doctrinas de la intervención humanitaria y del bellum iustum. Propone, entonces, seis criterios: existencia de autoridad competente, causa justa, intención correcta, último recurso, medios proporcionales y perspectiva (posibilidad) razonable”. AÑÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 187.

⁴⁷⁷ “El Consejo de Seguridad guarda el monopolio del uso de la fuerza según lo estipulado en la Carta, siendo ilegal toda acción coercitiva en virtud de la `responsabilidad de proteger´ que no haya sido autorizada por él. Entonces, los Estados han aceptado una `responsabilidad de proteger´ sin avalar la doctrina del bellum iustum contenida en el informe de la CIISE”. *Ibíd*, p. 181.

emprender acciones militares con el pretexto de salvaguardar la seguridad humana e internacional)⁴⁷⁸ recogiera en una resolución de forma expresa las medidas podrían llevarse a cabo (artículo 42 de la Carta), con la justificación de ser una amenaza a la paz o seguridad internacionales (artículo 39 de la Carta).

Esta actuación se fundamentaría, además de en el propio reconocimiento jurídico, en que cumpliéndose la responsabilidad de proteger por parte de la comunidad internacional, se ejerce la legítima defensa de la propia humanidad, en la medida en la que los intereses humanos que derivan de la seguridad humana o la seguridad internacional⁴⁷⁹, se superponen a los estatales⁴⁸⁰.

3. CONTENIDO Y ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER.

Como se ha puesto de manifiesto, la responsabilidad de proteger incluye dos obligaciones esenciales: en primer lugar, “la soberanía de un Estado conlleva responsabilidades e incumbe al *propio Estado la responsabilidad principal de proteger a su población*”; y, por otra parte, que “cuando la población esté sufriendo graves daños como resultado de una guerra civil, una insurrección, la represión ejercida por el Estado o el colapso de sus estructuras, y ese Estado no quiera o no pueda atajar o evitar dichos sufrimientos, la responsabilidad internacional de proteger tendrá prioridad sobre el principio de no intervención”⁴⁸¹.

Esta idea que se ha ido desarrollando, posee un contenido que se concreta en tres funciones básicas que se corresponden con las acciones de:

⁴⁷⁸ DÍAZ BARRADO, C. M., *op. cit.*, p. 31.

⁴⁷⁹ Esta interpretación ha ido ampliándose por parte del Consejo de Seguridad con el fin de ir autorizando distintas intervenciones correspondientes a la evolución de las amenazas. “Un mundo más seguro: la responsabilidad que compartimos”, recogido en la resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

⁴⁸⁰ “La responsabilidad de proteger se fundamenta en la preeminencia de la dignidad humana [y la seguridad internacional] sobre la primacía de los Estados”. ZABALETA CATÓN, B., *op. cit.*, p. 9.

⁴⁸¹ DÍAZ BARRADO, C. M., *op. cit.*, p. 15.

- Prevenir⁴⁸². La prevención constituye el núcleo esencial en el que se fundamenta la protección, no hay mejor protección que evitar que el riesgo o la amenaza tengan lugar. En la línea que se ha descrito, la función de la prevención la llevará a cabo el propio Estado y, para cuando resulte precedente, se subsidiará mediante “un servicio de ayuda de la ONU” y “un sistema de alerta temprana, también a cargo de la ONU”⁴⁸³.

El propósito de la prevención es preservar la seguridad humana, en concreto, la del Estado en cuestión. Esto se realizará poniéndose en práctica las oportunas medidas (en primer lugar, a nivel nacional) con las que se modere cualquier conflicto de manera que éste no prospere ni se intensifique. Lógicamente dichas medidas deberán caracterizarse por ser pacíficas y resolutivas. Cuando éstas no resulten suficientes o eficientes, entrará en juego la actuación preventiva por parte de la comunidad internacional, de conformidad con las directrices que marque la ONU. Las pautas para seguir en esta segunda fase concretadas en el informe que elaboró el CIISE, consistían en la creación de “un sistema de alerta temprana”, compuesto por un grupo de expertos que examinen y estudien la información de los conflictos. Este comité consistiría en “una dependencia especial de la Secretaría General”⁴⁸⁴.

Como sistema de alerta temprana, se propone la creación de una unión de expertos que reciban y analicen la información sobre los conflictos, y de manera más particular, su descentralización a nivel regional y subregional.

Mientras que en el segundo instrumento que se tiene por referencia, el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, más que unas pautas

⁴⁸² “Eliminar tanto las causas profundas como las causas directas de los conflictos internos y otras crisis provocadas por el hombre que pongan en peligro a la población”. Informe de la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los Estados, “La responsabilidad de proteger”, 2001, Síntesis, p. 13.

⁴⁸³ AÑAÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 168.

⁴⁸⁴ *Ibid*, p. 169. De forma extensa, dicha teoría se desarrolla en el Informe de la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los Estados, “La responsabilidad de proteger”, 2001, pp. 21-32.

para llevar a cabo dicha función, lo que se establecen son los requisitos esenciales para que este objetivo pueda cumplirse, es decir, para que las medidas de prevención puedan resultar “apropiadas y necesarias”⁴⁸⁵.

- Reaccionar⁴⁸⁶. Cuando las actuaciones enfocadas a la prevención no resulten suficientes, se adoptarán “medidas coercitivas” en el Estado en cuestión, con la intención de poner en práctica la responsabilidad de proteger que lleva aparejada “una responsabilidad de reaccionar” que no imprescindiblemente tendrá que tener naturaleza militar⁴⁸⁷.

Esta segunda función recogida en el Documento Final⁴⁸⁸ contempla que cuando entre en juego dicha obligación, “se utilizarán los medios diplomáticos, humanitarios” u otros de carácter pacífico “de conformidad con los capítulos VI y VII de la Carta”.

- Reconstruir⁴⁸⁹. En última instancia, cuando no se ha podido prevenir la crisis, una vez que ésta ha cesado, comienza la oportuna labor de reconstrucción.

Aunque resulta evidente esta tercera fase o función, existe dicotomía a la hora de que sea aceptada por los Estados. Motivo de ello es que, aunque el Informe del CIISE lógicamente hace específica mención a la misma (como una obligación internacional⁴⁹⁰), el Documento Final no

⁴⁸⁵ Párrafo 138.

⁴⁸⁶ “Responder a las situaciones en que la necesidad de protección humana sea imperiosa con medidas adecuadas, que pueden incluir medidas coercitivas como la imposición de sanciones y las actuaciones legales en el plano internacional, y en casos extremos la intervención militar”. Informe de la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los Estados, “La responsabilidad de proteger”, 2001, Sinopsis, p. 13.

⁴⁸⁶ Párrafo 5.1.

⁴⁸⁷ DÍAZ BARRADO, C. M., *op. cit.*, p. 18.

⁴⁸⁸ Párrafo 139.

⁴⁸⁹ Se entiende por “reconstruir”, la capacidad de “ofrecer, particularmente después de una intervención militar, plena asistencia para la recuperación, la reconstrucción y la reconciliación, eliminando las causas del daño que la intervención pretendía atajar o evitar”. Informe de la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los Estados, “La responsabilidad de proteger”, 2001. Sinopsis, p. 13.

⁴⁹⁰ Párrafo 5.1.

se pronuncia, ni tan siquiera colateralmente, al respecto. Como señala AÑAÑOS MEZA, la ONU reconoce esta obligación porque se vincula con el concepto de “consolidación de la paz”⁴⁹¹.

En cuanto a la praxis, la primera referencia directa a la doctrina de la responsabilidad de proteger de manera fáctica, tiene lugar con la Resolución 1973⁴⁹². En ella se exhorta a las autoridades de un Estado, en particular, a que cumpla con las obligaciones del Derecho Internacional y que se adopten “todas las medidas necesarias para proteger a los civiles, satisfacer sus necesidades básicas y asegurar el tránsito rápido y sin trabas de la asistencia humanitaria”⁴⁹³, en consonancia con la obligación directa que ostenta cualquier Estado respecto de su población, en virtud del principio de soberanía.

Al mismo tiempo, se abre la opción a que otros Estados, mediante la responsabilidad compartida -ya explicada-, y de acuerdo con las pautas especificadas en la propia resolución⁴⁹⁴, puedan adoptar medidas de protección ante la crisis que se reconoce en la resolución.

En definitiva, esta resolución verifica las aproximaciones teóricas que se han ido realizando en las dos últimas décadas en relación con este nuevo concepto y permite comprobar que para que éste pueda plantearse por el Consejo de Seguridad, se debe asentar en los capítulos VI y VII de la Carta de las Naciones Unidas.

⁴⁹¹ AÑAÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 170.

⁴⁹² Resolución 1973 (2011), adoptada por el Consejo de Seguridad en su 6498ª sesión, de 17 de marzo de 2011, S/RES/1973 (2011).

⁴⁹³ S/RES/1973 (2011), párrafo 3.

⁴⁹⁴ “Autoriza a los Estados Miembros que hayan *notificado previamente al Secretario General* a que, actuando a título *nacional o por conducto de organizaciones o acuerdos regionales* y en cooperación con el Secretario General, *adopten todas las medidas necesarias*, pese a lo dispuesto en el párrafo 9 de la resolución 1970 (2011), para proteger a los civiles y las zonas pobladas por civiles que estén bajo amenaza de ataque en la Jamahiriya Árabe Libia, incluida Benghazi, aunque excluyendo el uso de una fuerza de ocupación extranjera de cualquier clase en cualquier parte del territorio libio, y solicita a los Estados Miembros interesados que informen al Secretario General de inmediato de las medidas que adopten en virtud de la autorización otorgada en este párrafo, que serán transmitidas inmediatamente al Consejo de Seguridad”. S/RES/1973 (2011), párrafo 4. Cursiva de la autora.

En esta línea, aunque no con tanta trascendencia, el afianzamiento del concepto que se trata, también se ha producido con otras Resoluciones, aunque no fuera de manera tan directa y evidente. Se mencionan sucintamente, algunas de ellas:

- Resolución 1674⁴⁹⁵ en la que se reafirmaron los párrafos 138 y 139 del Documento Final ya descrito (párrafo 4)⁴⁹⁶.
- Resolución 1975⁴⁹⁷ que insiste en la responsabilidad de protección primordial que ostenta cada Estado, al mismo tiempo que el resto de sujetos parte en el conflicto o crisis debe adoptar todas las medidas posibles para que no repercuta el mismo en la población.

En resumen, la responsabilidad de proteger, como se ha intentado describir, es una doctrina asentada por la necesaria existencia, porque se ha recogido en distintos instrumentos (aunque no alcancen la categoría jurídica) y porque la práctica así ha ayudado a demostrarlo.

Una de las más básicas consecuencias del asentamiento de este concepto es que es una prueba más de que el Estado ya no es el único protagonista en la escena internacional, aunque al mismo tiempo, la existencia de este concepto refuerce las funciones que se derivan del principio de soberanía estatal. La causa primaria de ello es que, como es sabido, la seguridad humana, es decir, la seguridad de la población constituye el foco de interés del “nuevo” Estado. Superada la antigua concepción de seguridad tradicional, las obligaciones esenciales que recaen en el Estado se centrarán en la salvaguarda de su ciudadanía. Por lo que, es tal la importancia que, cuando dicho Estado no proteja diligentemente a su población, entrará en juego la comunidad internacional, aunque ello suponga establecer ciertas excepciones a principios generales del derecho internacional. De este modo, lo que comenzaba siendo una

⁴⁹⁵ Resolución 1674 (2006), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 5430ª sesión, de 28 de abril de 2006, S/RES/1674 (2006).

⁴⁹⁶ En esta línea se publican la Resolución 1706 (2006), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 5519ª sesión, de 31 de agosto de 2006, S/RES/1706 (2006).

⁴⁹⁷ Resolución 1975 (2011), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 6508ª sesión, de 30 de marzo de 2011, S/RES/1975 (2011).

responsabilidad del Estado acaba recayendo en el resto de la comunidad internacional cuando así se reconozca y permita por el Consejo de Seguridad. El ejercicio de esta responsabilidad de proteger resulta categórico para que, junto a otros mecanismos, se garantice el mantenimiento de la paz y seguridad internacionales.

II. LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER LA SALUD EN EL MARCO DE LAS NACIONES UNIDAS.

Como MARGARET CHAN reconocía a colación de la Gripe pandémica H1N1⁴⁹⁸, “the world is better prepared for an influenza pandemic than at any time in history, thanks, in part, to your vigilance and diligence”⁴⁹⁹.

Sin embargo, ¿hasta qué grado es verídica esta declaración? y, ¿qué provoca la preparación o de forma contraria el aumento de riesgos o amenazas?

Como es manifiestamente evidente, el proceso de globalización, cada vez más intenso, es un factor multiplicador de las amenazas a la seguridad sanitaria,

⁴⁹⁸ “Virus de origen animal que combina de forma singular genes de virus de la gripe porcinos, aviares y humanos. La composición genética de este virus es muy diferente de la de los virus H1N1 que vienen causando epidemias estacionales desde 1977. (...). Las primeras infecciones humanas por el nuevo virus H1N1 se confirmaron en abril de 2009. El análisis de las muestras de laboratorio mostró que el nuevo virus no había circulado nunca antes en la especie humana. (...). Conforme se fue propagando, el virus mostró una actividad epidemiológica distinta de la habitual de las epidemias de gripe estacional. De forma generalizada, se observaron altos niveles de infección por el nuevo virus durante el verano en el hemisferio norte en numerosos países, seguidos de niveles aún más altos durante los meses de otoño e invierno. En los países de clima templado, las epidemias estacionales suelen remitir en primavera y terminan antes del verano. El perfil de morbilidad y mortalidad que causa el virus H1N1 difiere muy marcadamente del provocado por la gripe estacional. Durante las epidemias estacionales, más del 90% de las defunciones se dan en personas mayores débiles. El virus H1N1 afectó a un grupo de edad más joven cualquiera que fuese el criterio considerado: mayor frecuencia de infección, necesidad de hospitalización, necesidad de cuidados intensivos, y fallecimientos a causa de la infección”. Respuesta internacional a la pandemia de gripe: la OMS responde a las críticas. Gripe pandémica (H1N1) 2009 - nota informativa nº 21. Disponible en: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100610/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.

⁴⁹⁹ CHAN, M., “Address to ASEAN+3 Health Ministers Special Meeting on Influenza A (H1N1)”, World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/dg/speeches/2009/asean_influenza_ah1n1_20090508/en/ Consultado el 16 de junio de 2017.

que nos puede retractar de la idea que la Directora General de la OMS transmitía años atrás. De esta manera, frente a los copiosos elementos y circunstancias que acometen contra la seguridad (sanitaria), resulta preciso converger hacia instrumentos de reacción. Esto es, a través de la responsabilidad de proteger y, esencialmente, mediante la prevención, puede existir un mayor control y seguridad, siempre que ello sea eficiente. Ya que cualquier infección, en cuestión de horas puede alcanzar una repercusión universal.

En este sentido y, en concordancia con la noción de responsabilidad de proteger que se ha descrito anteriormente, aunque no haya sido reconocido⁵⁰⁰ por el Grupo de Alto Nivel ni por el Secretario General de las Naciones Unidas en los instrumentos o referencias descritas, frente a amenazas a la sanitaria surge una responsabilidad de proteger la salud pública que promueve en el mismo grado - individual y colectivo-, acciones que derivan de la teoría y práctica de la salud pública. Todo ello motivado por la necesidad de que las cuestiones de salud suponen uno de los asuntos centrales de las actividades de la ONU⁵⁰¹. Piénsese que, analógicamente, con las cuestiones de salud pública ocurre como con la economía, éstas siempre acaban manifestándose en cualquier decisión o crisis, aunque fuese indirectamente. Por ello se puede entender que la protección de la salud es un objetivo esencial y primario. Como directamente señala el profesor FIDLER, “the strategic importance of global public health and the brutal realities of disease on the ground in the world today point to the need to formulate a specific responsibility to practice public health”⁵⁰².

Para que esta necesaria responsabilidad de proteger la salud pública adquiera sustantividad propia, las dos funciones⁵⁰³ básicas serán:

⁵⁰⁰ Recuérdese que una de las carencias que representaba el concepto asumido por el Secretario General de las Naciones Unidas, era que era breve y conciso, aún más en comparación con el trabajo que realizó el CIISE.

⁵⁰¹ FIDLER, D. P., “The UN and the Responsibility, to Practice Public Health” en *Journal of International Law & International Relations*, vol. 2 (1), 2005, p. 48.

⁵⁰² FIDLER, D. P., “The UN and the Responsibility...”, *op. cit.*, p. 48. *Ibíd*, p. 50.

⁵⁰³ *Ibíd*, p. 50

- La vigilancia⁵⁰⁴ de todas las cuestiones en materia de salud. Como se ha hecho referencia en otros apartados, la información y la conexión que permite el conocimiento global es la gran arma para prevenir y actuar contra crisis sanitarias.

- En segundo, lugar, a través de la intervención o participación que permita impedir o gestionar la propagación de las enfermedades en la sociedad. Esto es, para prevenir o abordar las amenazas o crisis sanitarias.

Tal y como se describía en la noción general, la intervención podrá realizarse en tres fases distintas:

“Prevention interventions prevent health risks from reaching populations. Treatment of water supplies to eliminate pathogens or contaminants and disease eradication campaigns are examples of prevention interventions⁵⁰⁵. Protection interventions protect populations from health risks that will reach human populations. The idea behind protection interventions is to ‘harden the target’ —strengthen a population’s resilience against health risks. A classical example of a protection intervention is vaccination, such as vaccination against childhood diseases or seasonal influenza. Response interventions are actions taken to control the impact on population health from risks that do affect people. Such interventions can involve treating sick individuals (e.g. antiretrovirals for people infected with HIV) or containing the sources of the health risks (e.g. isolation or quarantine of contagious persons or addressing the source of toxic pollutants)”^{506*}.

⁵⁰⁴ “However, whether a surveillance response to infectious disease is the best response, and whether it accurately reflects the threat of infectious disease compared to other global health concerns (primarily poverty), continues to be widely debated. (...) Even the WHO has repeatedly warned that states should not attempt to conduct their own surveillance and border control measures against the threat of infectious disease, but should instead support the WHO in providing a global surveillance programme”. DAVIES, S. E., “Securitizing infectious disease” en *International Affairs*, vol. 84, 2, 2008, p. 309.

⁵⁰⁵ For example, “During the SARS outbreak, many states were not quick enough in diagnosing outbreaks of the disease and containing it in time to prevent its international spread”. *Ibid*, p. 306.

⁵⁰⁶ FIDLER, D. P., “The UN and the Responsibility...”, *op. cit.*, pp. 50-51.

* Subrayado de la autora.

Lo referido se podrá hacer efectivo a través de la epidemiología⁵⁰⁷, la cual aboga por las técnicas ya descritas, de la vigilancia e intervención para poder progresar en la prevención y gestión de la salud pública, en primer lugar, nacional y, en extensión, de la global. Como especifica el referido profesor FIDLER, las señaladas funciones de vigilancia e intervención que se aplicarán, si la cuestión es de orden interno y, por tanto, solo afecta jerárquicamente a un Estado, o también cuando incumba a varios de estos, desde una perspectiva positivamente acrática⁵⁰⁸. No obstante, él no utiliza dichos términos, sino que califica las funciones de “transarchical”⁵⁰⁹, vocablo sin traducción exacta que viene a aludir a la amalgama entre lo jerárquico y lo anárquico, capaz de adaptarse a distintas situaciones de manera eficiente.

Sin embargo, en este intento de trasladar la postura del profesor FIDLER, me propongo interpretar la incidencia de las dos funciones señaladas como “positivamente acrática”. A pesar de que es cierto que el orden real es el producido en la jerarquía nacional, cuando sea de incumbencia internacional, también está programado un sistema de actuación, que como es más que sabido y ya he explicado, es el relativo al reconocimiento por el Consejo de Seguridad de que, en este caso, existe peligro o un patente brote de enfermedad infecciosa⁵¹⁰.

⁵⁰⁷ Según describe la OMS, “epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes”. Disponible en: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁰⁸ Como se explica a continuación FIDLER lo denomina “anarchical”.

⁵⁰⁹ “These functions are transarchical because they apply whether the political context is hierarchical, as prevails within states, or anarchical, as exists among states”. FIDLER, D. P., “The UN and the Responsibility...”, *op. cit.*, p. 51.

“...it has emerged as a transarchical value defined as a value that influences the substantive nature of hierarchical politics within states and anarchical politics between states”. FIDLER, D. P., “Health as Foreign Policy: Between Principle and Power”, *The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, Maurer School of Law, Indiana University, 2005, p. 187.

⁵¹⁰ Consecuencias más evidentes de estas situaciones son: muertes, fuerte impacto económico, disturbios e inestabilidad civil, sociales y políticas tensiones que afecta interna e internacionalmente, restrictivas medidas de control, etc. LUCA BURCI, G., QUIRIN, J., “Ebola, WHO, and the United Nations: Convergence of Global Public Health and International Peace and Security”, en *American Society of International Law*, vol. 18, nº 25, 2014. Disponible en: <http://www.asil.org/print/2195> Consultado el 16 de junio de 2017.

Ante esta situación, la declaración del Consejo de Seguridad puede abrir la posibilidad para que el resto de Estados, obviamente con comunicación, actúe en favor de la protección del Estado o Estados afectados, de manera individual o a través de otras organizaciones. Más concretamente la actuación sería coordinada desde la OMS, pero también puede intervenir otras organizaciones internacionales distintas de la ONU.

Por ejemplo y, sin perjuicio de que esta resolución será analizada más intensamente en apartados posteriores, en la Resolución 2177⁵¹¹ del Consejo de Seguridad se reconoce que el brote del ébola en África constituye una amenaza para la paz y la seguridad internacionales (especialmente los Estados de Liberia, Guinea y Sierra Leona), y asimismo se determina que dicho brote amenazador de enfermedad infecciosa “rebasa la capacidad de los gobiernos afectados para responder”, por lo que entra en juego la responsabilidad de proteger⁵¹² por parte de la comunidad internacional. Es por ello, que “exhorta a los Estados Miembros⁵¹³, especialmente a los de la región, a que faciliten la prestación de

⁵¹¹ Resolución 2177 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268ª sesión, de 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014).

⁵¹² “*Foundations of the responsibility to practice public health.*

The foundations of the responsibility to practice public health, as a requisite principle for the international community of states and non-state actors, stem from:

1. The obligations to populations inherent in the concept of sovereignty.
2. The necessity for public health, as a “public good”, to be the primary responsibility of governments.
3. The obligations concerning international cooperation for health found in the *UN Charter*.
4. The responsibilities linked to human health expressed by the WHO Constitution.
5. Specific legal obligations related to the protection of human health found in international legal instruments.
6. The developing practice of states, regional organizations, the UN (especially WHO and including the Security Council), and international non-governmental organizations with respect to health promotion and protection”. FIDLER, D. P., “The UN and the Responsibility...”, *op. cit.*, pp. 51-52.

⁵¹³ “Así como a los asociados bilaterales y las organizaciones multilaterales, como la Unión Africana, la CEDEAO y la Unión Europea, a que movilicen y proporcionen inmediatamente a los países afectados, y a los que les prestan asistencia, especializada técnica y capacidad médica adicional, incluso para el diagnóstico rápido y la capacitación de los trabajadores sanitarios a nivel nacional e internacional, y a que sigan intercambiando conocimientos especializados, experiencias y mejores prácticas y maximicen las sinergias para responder de manera eficaz e inmediata al brote del ébola y proporcionar recursos esenciales, suministros y asistencia coordinada a los países afectados y a los asociados en la ejecución, y exhorta a todas las instancias pertinentes a que cooperen estrechamente con el Secretario General en las actividades de asistencia a la respuesta”. Párrafo 8.

asistencia a los países afectados” y a que “proporcionen urgentemente recursos y asistencia”⁵¹⁴.

En este sentido, la responsabilidad de la comunidad internacional y, por supuesto del Estado particularmente, consiste en una obligación de resultado. Por lo que, se entiende que incurre en responsabilidad cuando dicho sujeto internacional no logra el resultado esperado, es decir, no protege la salud de los individuos o, en definitiva, no impide la vulneración de los derechos humanos de estos. Que la obligación sea de resultado y, no de comportamiento⁵¹⁵, no proporciona una completa libertad de selección de los medios. En términos generales, el sentido de este tipo de obligación es que, en vez de focalizar el cómo se cumple con una obligación internacional, se pueden seleccionar los medios -de manera más o menos limitada-. La capacidad de selección puede llegar a permitir que se pueda escoger otro mecanismo o recurso, siempre que la violación no sea irremediable, con el que se intente prevenir la violación absoluta⁵¹⁶. Por lo que el Estado y, en última instancia (y de manera subsidiaria) la comunidad internacional, incumpliría una obligación de resultado en caso de que no garantice

⁵¹⁴ Párrafos 4-9, S/RES/2177.

⁵¹⁵ “Artículo 20.-Violación de una obligación internacional que exige observar un comportamiento específicamente determinado Hay violación por un Estado de una obligación internacional que le exige observar un comportamiento específicamente determinado cuando el comportamiento de ese Estado no está en conformidad con el que de él exige esa obligación. Artículo 21.-Violación de una obligación internacional que exige el logro de un resultado determinado 1. Hay violación por un Estado de una obligación internacional que le exige el logro, por el medio que elija, de un resultado determinado si el Estado, mediante el comportamiento observado, no logra el resultado que de él exige esa obligación. 2. Cuando un comportamiento del Estado haya creado una situación que no esté en conformidad con el resultado que de él exige una obligación internacional, pero la obligación permita que ese resultado o un resultado equivalente pueda no obstante lograrse mediante un comportamiento ulterior del Estado, sólo hay violación de la obligación si el Estado tampoco logra mediante su comportamiento ulterior el resultado que de él exige esa obligación”. Anuario de la Comisión de Derecho Internacional, 1999, volumen II, primera parte, documentos del quincuagésimo primer periodo de sesiones, Naciones Unidas, A/CN.4/SER.A/1999/Add.1 (Part 1).

⁵¹⁶ “La base fundamental de la distinción es que las obligaciones de comportamiento, aunque conlleven una finalidad o resultado, determinan con precisión los medios que han de emplearse. Por eso se las llama a veces obligaciones de medios. En cambio, las obligaciones de resultado dejan librada al Estado la determinación de los medios que se han de emplear¹⁰⁶. Esto no significa que el Estado pueda elegir libremente los medios. Su elección puede ser más o menos limitada, pero tendrá cierto grado de elección y, ciertamente, en algunas ocasiones, puede tener la opción adicional de rectificar la situación si el fracaso de los medios inicialmente escogidos no ha causado un daño irreparable”. Anuario de la Comisión de Derecho Internacional, 1999, volumen II, primera parte, documentos del quincuagésimo primer periodo de sesiones, Naciones Unidas, A/CN.4/SER.A/1999/Add.1 (Part 1).

la salud de una forma básica o, de manera genérica, no garantice los derechos humanos de sus ciudadanos.

PARTE III: LA SEGURIDAD SANITARIA INTERNACIONAL

CAPÍTULO QUINTO: LA SEGURIDAD SANITARIA INTERNACIONAL

I. EL DESARROLLO DEL CONCEPTO DE SALUD EN LA SEGURIDAD HUMANA.

Progresar en la noción de salud obliga a volver hacia atrás y retomar la idea de seguridad humana. En páginas anteriores éste último ha sido definido como un concepto amplio e integrador (aunque no por ello impreciso), que defiende la actuación preventiva ante las amenazas crónicas y las crisis puntuales con el propósito de otorgar estabilidad y bienestar a todas las personas, individualmente consideradas, y con la aspiración de garantizar la vida y, no con menor intensidad, la dignidad de los seres humanos⁵¹⁷.

Esto es, cuando exista tensión entre la seguridad de un Estado, la de una comunidad o la de un individuo, (lo cual hoy en día resulta inevitable en cualquier punto del planeta, porque los riesgos son comunes como fruto de la globalización), los distintos desafíos que se presentan incidirán directamente en la seguridad del individuo o de la comunidad en la que se integra. Ello justifica que la perspectiva desde la que se construye la estrategia de seguridad, sea tomando

⁵¹⁷ Véase apartado II del capítulo III, página 317.

como punto de partida el elemento principal y más vulnerable⁵¹⁸, que es el ser humano.

En este sentido, desde esta visión amplia que se comenta, coincido plenamente con los cuatro elementos comunes que para SABINE ALKIRE Y MELI CABALLERO-ANTHONY⁵¹⁹ presenta la noción de Seguridad Humana:

“1) la presentación de la seguridad como una preocupación de carácter universal; 2) el carácter interdependiente de las diferentes dimensiones (...); 3) la mayor efectividad de la prevención frente a la intervención (...) y 4) la centralidad de las personas.”

Al mismo tiempo y de forma menos abstracta, la seguridad humana, como ya he comentado, implica velar porque los distintos individuos puedan desarrollar una vida libre, digna y en la que puedan disfrutar de todos sus derechos desde una perspectiva cualitativa y cualitativa. En otras palabras, la finalidad es que no se encuentre mermado el desarrollo de su dignidad ni la satisfacción de las necesidades materiales, los cuales garantizan la subsistencia física, como pueden ser los factores que avalan y hacen posible la salud, la alimentación, la vivienda, etc.

En este sentido, es la salud el elemento sobre el que focalizaré mi análisis, sin perder de vista la interconexión y la interacción (incluso hasta confundirse) que puedan ejercer otros componentes.

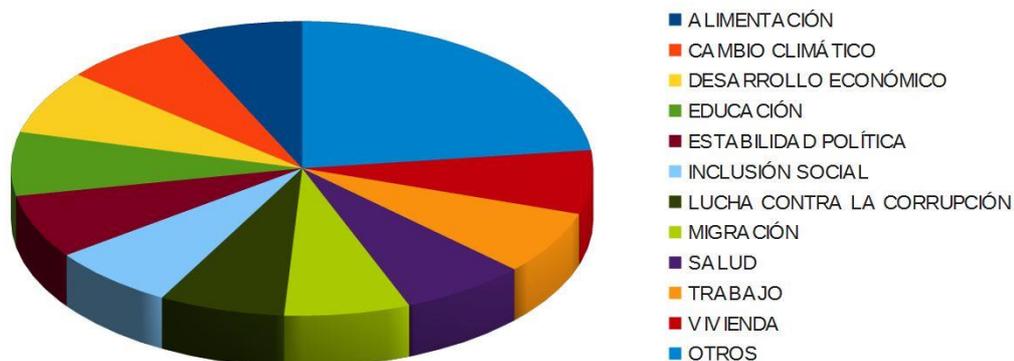
Como también ha sido puesto de manifiesto, la salud es un derecho fundamental que ostenta todo ser humano y, por tanto, un objetivo trascendental a alcanzar por la comunidad internacional, en general, y por las políticas de cada Estado de forma individual.

La consecución de un básico nivel de salud, implica trabajar para que se garanticen unas condiciones óptimas que permitan prevenir, combatir y asumir la presencia de la enfermedad de la forma más digna y sencilla posible. En el sentido

⁵¹⁸ Reflexión construida bajo los tres rasgos definitorios principales de Seguridad para PAUL M. EVANS, PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, pp. 86-87.

⁵¹⁹ *Ibíd.*

material, el objetivo básico es asegurar ausencia de afecciones o enfermedades y, aún de forma más completa, un estado de completo bienestar físico, mental y social en la población. En definitiva, la salud (es decir, garantizar la salud como componente de la seguridad de cada individuo) permite avanzar en el objetivo máximo de paz y seguridad⁵²⁰.



521



Consecuentemente, salud y seguridad humana son dos conceptos, sumamente amplios⁵²², que encuentran un fuerte punto de intersección. Esta conexión se fundamenta porque la salud es un integrante esencial de la seguridad sanitaria y, al mismo tiempo, la seguridad sanitaria, constituye una de las secciones de la propia seguridad humana.

II. LA SEGURIDAD SANITARIA COMO CONCEPTO PROPIO.

⁵²⁰ Como expone la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en los mismos términos que ya ha sido señalado con anterioridad.

⁵²¹ Gráfico de elaboración propia.

⁵²² Véase CHEN, L. C., “Health as a Human Security Priority for the 21st Century”, *Paper for Human Security Track III*, Helsinki Process, 2004, p. 3. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.176.681&rep=rep1&type=pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

1. CONCEPTO DE SEGURIDAD SANITARIA.

1.1. Primera definición oficial de seguridad sanitaria:

Desde hace algunas décadas, cuando el mundo comenzó a estar tan interrelacionado que se empezó a hablar de un mundo globalizado, en materia de salud, la intensificación de los movimientos de personas y el comercio de bienes y servicios, provocaron también un incremento de los riesgos en relación con las enfermedades. Es evidente que cuando una travesía intercontinental duraba semanas, era fácil detectar y aislar al viajero vector de una enfermedad contagiosa y las personas con las que había entrado en contacto. Sin embargo, cuando ese trayecto se puede recorrer en horas, la dificultad es mucho mayor. La galopante propagación revela la urgencia para que se desarrolle y perfeccione un sistema de alerta y respuesta a nivel mundial con el que gestionar dichos riesgos y amenazas.

Es en el contexto señalado, en el que se define por primera vez, en 1994⁵²³, el concepto de seguridad sanitaria. El PNUD describe la seguridad humana en los términos de una seguridad focalizada en el individuo, la cual puede ser condicionada o limitada mediante siete categorías de riesgos⁵²⁴ –entre ellos seguridad sanitaria–.

Esta primera descripción del concepto, a pesar de ser sólo una aproximación, más que una concisión técnica o definitoria, se dedica en mayor medida a mencionar de una forma más práctica y mediante ejemplos⁵²⁵, el objetivo de esta parcela de la seguridad humana.

⁵²³ Hasta 1994, Naciones Unidas no se refiere de forma expresa a la Seguridad Humana, conceptuándola y desarrollándola, en el Informe sobre Desarrollo Humano 1994 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Es en este mismo en el que se enumeran y desarrollan las siete específicas categorías de seguridad (seguridad económica, seguridad alimentaria, seguridad en materia de salud o seguridad sanitaria, seguridad ambiental, seguridad personal, seguridad de la comunidad y seguridad política) que se enfrentan a determinadas amenazas crónicas. Véase, los apartados II.2 y III.3 del capítulo III de este trabajo.

⁵²⁴ “This report began the process of inking health concerns to human security...”. ALDIS, W., “Health security as a public health concept: a critical analysis”, *Health Policy and Planning*, 23, 2008, p. 270.

⁵²⁵ “Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994...” *op. cit.*, p. 31-32. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

Como deduce MOLOEZNIK el “componente de seguridad en la salud” deducido del Informe sobre desarrollo humano, se refiere a:

“la situación de las enfermedades infecciosas y parasitarias en las zonas más deprimidas del mundo, así como padecimientos propios de países altamente desarrollados”⁵²⁶.

Como ya he mencionado, la seguridad en materia de salud o seguridad sanitaria es entendida como una estrategia enfocada a erradicar o, al menos, reducir los riesgos y amenazas de contenido sanitario. Esta referencia contempla como principal objetivo el establecimiento de mecanismos de prevención, así como la necesidad de una rápida acción con la que evitar y controlar las enfermedades infecciosas y parasitarias, sobre todo en zonas vulnerables. Simultáneamente la seguridad sanitaria vela porque exista un acceso mundial a los servicios de salud, por establecer sistemas que permitan luchar contra otras enfermedades que supongan una amenaza y se centra en prestar mayor atención a aquellos colectivos vulnerables⁵²⁷.

Como ha sido puesto de relieve, el fundamento esencial de la vinculación *de facto* entre seguridad y salud es que, la paz y la seguridad internacionales se ven salvaguardadas ante el máximo control y prevención de las cuestiones en materias de salud. Esto es, desde hace siglos⁵²⁸, evitar y gestionar las epidemias ha sido una prioridad de la seguridad del Estado.

Los problemas de salud son graves riesgos para la vida humana en el mismo grado que los conflictos armados, el hambre, los graves problemas ambientales, etc. Ante riesgos y amenazas tan palpables que se constituyen causas de reducción de la seguridad, sólo queda elaborar estrategias y programas en los

⁵²⁶ MOLOEZNIK, M. P., “La Seguridad Humana, un nuevo enfoque impulsado por la ONU” en *Renglones, revista del ITESO*, n° 51, 2002, p. 46.

⁵²⁷ Consideración extraída de la práctica expuesta en el PNUD de 1994 y de los textos relacionados con la salud internacional y con el derecho a la salud hasta ese momento, publicados, como era la Constitución de la OMS, entre otros.

⁵²⁸ Piénsese en las declaraciones de cuarentenas y otras medidas adoptadas por los viejos estados de los siglos XIV y XV. Véase, PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 93.

que se planifiquen actuaciones encaminadas a evitar su desarrollo y a aumentar la seguridad.

1.2. Evolución de la definición:

Los problemas de salud radican en vulnerabilidades que afectan directamente a la vida (o en su caso, evitan alcanzar el más alto nivel posible de salud) del ser humano, así como a la estabilidad de la sociedad y del Estado. De esta manera, son cuestiones que merman la seguridad y que, por ese motivo, deben ser tratados desde un punto de vista táctico, con el propósito de poder evitarlos y gestionarlos de la forma más eficiente posible.

La idea de seguridad sanitaria, de forma muy abstracta y como primera aproximación, corresponde a las actividades y maniobras enfocadas a evitar o reducir todo aquello que ocasione peligro en la salud individual y, fundamentalmente, colectiva. A ello se deben adicionar dos elementos que recrudecen el anterior planteamiento: los distintos problemas en cuestión de salud afectan de manera conjunta a los Estados (sobre todo a los países en desarrollo, en los que se ponen de relieve las deficiencias de los sistemas sanitarios) y las amenazas, en ocasiones, suelen presentarse de manera conjunta complicando la gestión de las mismas.

Respecto a la idea de seguridad sanitaria, como se ha referido ésta se describe por primera vez en 1994. Como ocurrió con la seguridad humana, el concepto de seguridad sanitaria ha ido conformándose paulatinamente⁵²⁹, aunque no se habla con firmeza hasta el Informe Sobre el Desarrollo Humano del expresado año.

A pesar de que los problemas relativos a la sanidad han acaecido a lo largo de toda la historia del ser humano, desde que se comienza a describir la seguridad sanitaria en la década de los noventa, hemos asistido a distintas crisis, epidemias y contrariedades sanitarias que han incidido fuertemente en la evolución y asentamiento del concepto tratado.

⁵²⁹ Por ejemplo, se podría apoyar que con la Constitución de la OMS se atisbaba su esencia.

El nivel de globalización al que pueden acceder individuos, bienes y servicios, incide negativamente en la propagación de enfermedades. Por lo que ha sido esencial la creación de mecanismos de control y avance con los que frenar y gestionar las amenazas de gran alarma y peligro social. En este sentido, se procede a la enumeración de los acontecimientos más influyentes en el concepto:

Desde el año 2000, los Estados asociados a la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN)⁵³⁰ llevan a cabo investigaciones y estrategias de prevención y respuestas frente a eventos de importancia internacional, en un “marco operacional y de coordinación para tener acceso a conocimientos teóricos y prácticos”⁵³¹.

En 2001, la Asamblea Mundial de la Salud publica la resolución 54.14⁵³² en la que se pone de relieve que, en base al concepto de seguridad sanitaria se desarrolle una estrategia global de prevención. Dicha estrategia, fundamentada en la colaboración⁵³³, pretende neutralizar los riesgos que surgen por los nuevos cambios y la intensificación de los movimientos en general⁵³⁴.

⁵³⁰ “La Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) es un mecanismo de colaboración técnica entre instituciones y redes ya existentes que aúnan sus recursos humanos y técnicos para identificar, confirmar y responder rápidamente a brotes epidémicos de importancia internacional. La Red brinda un marco operacional para reunir esos conocimientos especializados con el propósito de mantener a la comunidad internacional continuamente alerta ante la amenaza de brotes epidémicos y lista para responder”, La naturaleza jurídica de este mecanismo es que consiste en un órgano subsidiario de la OMS, mixto y de gestión. Disponible en: <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵³¹ *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, p. XIV. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵³² Asambleas Mundiales de la Salud, Resolución sobre “Global health security: epidemic alert and response”, 54º sesión, de 21 de mayo de 2001, WHA54.14.

⁵³³ Además, “this resolution supported the revision of the IHRs, and was the first step in associating “global health security” with IHR compliance...”. ALDIS, W., *op. cit.*, p. 270.

⁵³⁴ “Mindful of the globalization of trade and of the movement of people, animals, goods and food products, as well as the speed with which these take place”, Asambleas Mundiales de la Salud, Resolución sobre “Global health security: epidemic alert and response”, 54º sesión, de 21 de mayo de 2001, WHA54.14.

En el año 2003, se continúa profundizando sobre el concepto de salud, cuando la Comisión de Seguridad Humana⁵³⁵ elabora un artículo titulado “Seguridad Humana Ahora” para la Secretaría General de las Naciones Unidas. Lo relevante de este documento es que de las distintas recomendaciones que formula, una de ellas –el capítulo 6⁵³⁶– versa sobre seguridad sanitaria, en concreto sobre salud y seguridad humana. En ésta se recoge, entre otras recomendaciones, la de trabajar por conseguir un sistema universal de atención primaria⁵³⁷.

Sin ánimo de despreciar otros hechos, el siguiente acontecimiento primordial fue la actualización del RSI⁵³⁸, directamente enfocado en conseguir la máxima seguridad sanitaria. Éste “abandona el énfasis [sobre] las barreras⁵³⁹ pasivas de las fronteras” y apuesta por la seguridad a través de la “solidaridad mundial”⁵⁴⁰. Asimismo se defiende la idea de que “la seguridad sanitaria internacional es tanto una aspiración colectiva como una responsabilidad mutua”⁵⁴¹.

⁵³⁵ Grupo de expertos independientes a iniciativa de Japón en 1991. BAIN, W., *The Empire of Security and the Safety of the People*, Routledge, 2006, p. 155 (nota 3) y Commission on Human Security, *Human Security Now*, Grundy & Northedge, New York, 2003, p. IV.

⁵³⁶ Chapter 6 “Better health for human security” include: The links between health and human security; Adopting a human security approach; and Policy conclusions.

⁵³⁷ ALDIS, W., *op. cit.*, p. 270.

⁵³⁸ “El RSI (2005) supone un gran cambio respecto del RSI (1969). No sólo el Reglamento se ha actualizado y adaptado a fin de dar cabida a más enfermedades y nuevos adelantos técnicos, sino que se han introducido también nuevos conceptos, con lo cual el anterior Reglamento más pasivo se ha transformado en un conjunto de reglas proactivo, en el que se definen los procedimientos y las responsabilidades que competen a la OMS y a los Estados Partes en virtud del Reglamento revisado”. “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007, p. 9. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵³⁹ Se comienza a percibir que las barreras no sostienen la propagación, sino que es preciso remediar dichos problemas desde el inicio.

⁵⁴⁰ Lo cual supone un ideal pero que si se analiza la esencia de la razón que lo impulsa es apostar por la propia seguridad ya que cualquier elemento que suponga un riesgo es una amenaza global.

⁵⁴¹ *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, p. VII. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

Por tanto, el RSI es el principal instrumento de la seguridad sanitaria que tras su modificación ofrece un marco suficiente para mejorarla, ya que se insta a que se fortalezca la estructura nacional de salud pública con la intención de que cuando un determinado evento pueda ser considerado como una emergencia⁵⁴² de salud pública internacional, se ponga en conocimiento para planificar una actuación conjunta o en colaboración, en función de la concreta circunstancia que se produzca.

Otro hecho a destacar es que el día Mundial de la Salud del año 2007, se centró en la seguridad sanitaria. En concreto además de analizarse la creciente interdependencia entre salud y seguridad, se focalizó en considerar la necesidad de “invertir en salud para forjar un porvenir más seguro”⁵⁴³. En definitiva, el informe fruto de esta iniciativa recogió el concepto y extensión de la seguridad sanitaria global o internacional⁵⁴⁴.

Del mismo modo influyó sobre el concepto la creación de la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial (Global Health Security Agenda –en adelante GHSA–) en 2014, la cual es una asociación de Estados y organizaciones internacionales con objetivos, directos o indirectos en materia de seguridad sanitaria⁵⁴⁵. El propósito es la prevención, localización y respuesta efectiva a las

⁵⁴² “Formally, a health emergency is defined by a mortality rate of more than 1 death per 10,000 people per day. This corresponds to 3 deaths per 1,000 people per month”. AGER, A., “Health and Forced Migration” en FIDDIAN-QASMIYEH, E. et al (Ed), *The Oxford Handbook of Refugee and Forced Migration Studies*, Oxford University Press, Oxford, 2014, p. 435.

⁵⁴³ “Mejorar la seguridad sanitaria internacional” es el tema específico sobre el que se desarrolló el debate de alto nivel en Singapur el 2 de abril de 2007. Éste se centró en analizar las distintas amenazas que afectan al panorama sanitario mundial caracterizado por la interconexión que en última instancia necesita de la cooperación como medio de resolución. En este sentido el mensaje que se difundió a la comunidad consistió en: “Invertir en salud para forjar un porvenir más seguro”.

⁵⁴⁴ “Significantly, this report addresses only ‘global public health security’, which is defined as ‘...the activities required ...to minimize vulnerability to acute public health events that endanger the collective health of populations living across geographic regions and international boundaries’. The report makes a distinction between ‘global public health security’ and ‘individual security’, which will be addressed in a subsequent report. Thus the 2007 WHR focuses only on ‘specific issues that threaten the health of people internationally’, with emphasis almost exclusively on global compliance with the revised IHRs, which came into force in June 2007”. ALDIS, W., *op. cit.*, p. 271.

⁵⁴⁵ En febrero de 2014 a la iniciativa de Estados Unidos se habían unido 26 estados (aunque se preveían una próxima ampliación a treinta) y tres organizaciones internacionales (la Organización Mundial de la Salud, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la

amenazas generadas por enfermedades infecciosas⁵⁴⁶ como una prioridad de la seguridad internacional.

En resumen, lo expuesto son simples muestras de pasos que van cimentando un necesario concepto de seguridad sanitaria (internacional) que permite evitar y combatir aquellos riesgos y amenazas que inciden negativamente sobre la salud. Pero, ¿por qué se ve alentada y, a veces, casi forzada, la construcción de este concepto?

Un importante elemento de peso, que ha provocado en gran medida la situación actual es, una vez más, la globalización. La interrelación entre seguridad y salud se refuerza de forma formidable con la evolución de la globalización, fundamentalmente porque las fronteras poco sirven ya de barreras al existir los flujos masivos de personas, bienes y servicios. Esto es, la globalización nos ha aportado eficiencia en el transporte y en el comercio, pero del mismo modo, la propagación de enfermedades, antes reducidas a un pequeño espacio o con extensión muy lenta, ahora se pueden incluso ver expandidas en cuestión de horas.

De manera que, para reparar un problema global, se hace necesaria una contestación también global, es decir, en colaboración conjunta por la comunidad internacional igualmente amenazada⁵⁴⁷.

Además, la definición y evolución en estos años del concepto y alcance de Seguridad Sanitaria se ve influenciada por distintos episodios de riesgos y amenazas que han ido redefiniendo al mismo. Entre las innumerables epidemias y enfermedades infecciosas que afectan diariamente a los seres humanos, como

Agricultura y la Organización Mundial de Sanidad Animal). La GHSA es cuerpo asesor de la OMS. Véase: <http://iipdigital.usembassy.gov/st/spanish/article/2014/02/20140220293690.html#axzz3rsZ7SIMM> Consultado el 16 de junio de 2017. La última reunión ha sido en septiembre de 2015, en Seúl, República de Corea.

⁵⁴⁶ Para más información véase: “Global Health Security Agenda, Toward a World safe & Secure from Infectious Disease Threats”, disponible en: <http://www.globalhealth.gov/global-health-topics/global-health-security/GHS%20Agenda.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁴⁷ “Ninguna institución ni país posee toda la capacidad necesaria para responder a las emergencias de salud internacional causadas por epidemias, desastres naturales y emergencias ambientales, o por las enfermedades infecciosas nuevas y emergentes. Véase: http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/files/issuespaper_final_es.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

“crudo recordatorio de la amenaza que suponen para la humanidad, los grandes brotes”⁵⁴⁸, en las últimas décadas, por su gran repercusión destaca: el brote de síndrome respiratorio del Oriente Medio (SROM)⁵⁴⁹, SARS⁵⁵⁰ en 2002, la gripe H1N1⁵⁵¹, la Gripe A o aviar⁵⁵² o el ébola⁵⁵³.

La globalización obliga a que se hable de una seguridad sanitaria de carácter internacional, aunque la cooperación en salud es un objetivo primordial y general, la salvaguarda en última instancia, recae en la actuación diligente de la comunidad internacional.

En conclusión, la seguridad sanitaria se ve influenciada por el desarrollo de los propios Estados, los cuales podrán canalizar las contribuciones técnicas y económicas para potenciar este aspecto de la seguridad. No hay que olvidar que los riesgos y amenazas repercuten directamente en la merma de la salud y del bienestar de la población, pero también tiene un efecto perjudicial en la economía al existir un mercado global y una interconexión en todos los niveles.

⁵⁴⁸ Informe del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias, “Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias”, Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, 9 de febrero de 2016, A/70/723.

⁵⁴⁹ Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). Más información en: http://www.who.int/csr/don/archive/disease/coronavirus_infections/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁵⁰ Síndrome respiratorio agudo severo. Más información en: <http://www.who.int/csr/sars/en/#> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁵¹ Más información en: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/faq/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁵² Gripe H5N1. Más información en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁵³ Esta enfermedad infecciosa será numerosamente mencionada en este trabajo. No obstante, se puede consultar más información en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

1.3. Concepto general:

En la actualidad la inexistencia de un concepto generalmente aceptado de seguridad sanitaria⁵⁵⁴, provoca la inevitable presencia de varias e incluso opuestas interpretaciones.

En el intento por conceptualizar y delimitar esta noción, el primer paso, como hizo WILLIAM ALDIS, es plantearse: ¿Qué es la seguridad sanitaria?⁵⁵⁵

La OMS, máxima interesada y ocupada en avanzar en la extensión y protección de dicho concepto, a través de la Secretaría emitió un Informe⁵⁵⁶ del que se puede extraer (aunque no de manera expresa) que, la seguridad sanitaria consiste en actuar para evitar y contener la propagación internacional de las enfermedades infecciosas y otras amenazas que incidan en la salud. Para ello se potencian los mecanismos jurídicos y técnicos, se elaboran tácticas de información a la comunidad afectada e impulsa la cooperación internacional en materia de alerta y respuesta⁵⁵⁷.

De nuevo la OMS en 2007 en el correspondiente “Informe sobre la salud en el mundo” define la seguridad sanitaria como:

“Se entiende por seguridad en materia de salud pública el conjunto de actividades proactivas y reactivas necesarias para reducir al mínimo la vulnerabilidad a los eventos agudos de salud pública que ponen en peligro la salud colectiva de las poblaciones nacionales. El concepto de seguridad mundial en materia de salud pública, o seguridad sanitaria mundial, amplía esa definición para incluir los eventos agudos de salud pública que ponen en peligro la salud colectiva de poblaciones que se

⁵⁵⁴ “... ‘health security’ and ‘global public health security’, there is no universally agreed definition”. ALDIS, W., *op. cit.*, p. 270.

⁵⁵⁵ “What is ‘health security’?” *Ibíd.*

⁵⁵⁶ Informe de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud sobre “Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias”, Consejo ejecutivo, 107ª reunión, de 28 de noviembre de 2000, EB107/5.

⁵⁵⁷ *Ibíd.*, pp. 1-2.

extienden por diversas regiones geográficas y a través de las fronteras internacionales. Como muestra el presente informe, la seguridad sanitaria mundial, o su ausencia, también puede repercutir en la estabilidad económica o política, el comercio, el turismo y el acceso a bienes y servicios, y si falta reiteradamente, en la estabilidad demográfica. La seguridad sanitaria mundial abarca una amplia gama de cuestiones complejas y abrumadoras, que se extienden del plano internacional al ámbito familiar, en particular las consecuencias sanitarias del comportamiento humano, los eventos relacionados con el clima y las enfermedades infecciosas, y las catástrofes naturales y los desastres causados por el hombre, todos los cuales se examinan en el presente informe^{558*}.

Doctrinalmente, el profesor y experto en esta materia, LINCOLN C. CHEN sin ofrecer una definición directa, realiza determinadas aproximaciones que permiten reconocer su idea a cerca de la seguridad sanitaria.

En primer lugar, considera que el sistema de seguridad sanitaria debe promoverse desde dos premisas:

- Salud de y para todos;
- Salud global es indivisible e interdependiente⁵⁵⁹.

Coincido plenamente con este autor, cuando determina que el concepto amplio sobre seguridad sanitaria debe elaborarse desde una posición fuerte y no como una noción débil⁵⁶⁰.

⁵⁵⁸ *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, Capítulo I: “Evolución de la Seguridad Sanitaria”, Recuadro 1.1, p. 1. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

* Subrayado de la autora.

⁵⁵⁹ CHEN, L. C., *op. cit.*, p. 3.

⁵⁶⁰ “The concept’s breadth should be seen as a strength, not a weakness”. *Ibíd*, p. 4.

En este sentido, su aportación al esclarecimiento de la seguridad sanitaria lo hace desde una perspectiva analítica, distinguiendo hasta tres niveles de problemas de salud que originan la aceptación de un concepto general. En primer lugar, situaciones en las que predomina una vinculación con la seguridad militar (que personalmente traduzco como aquellas controversias en materia de salud enfocadas desde la propia seguridad internacional). En segundo, procesos en materia de salud aceptados. Y, en tercero, las condiciones de salud estrechamente relacionadas con la seguridad humana y que muestran el desarrollo de estas últimas⁵⁶¹. En mi opinión, con esta clasificación se hace alusión a las distintas perspectivas desde las que se puede conocer la seguridad sanitaria, como parte de la seguridad internacional, como medidor de la seguridad humana o como cuestiones puramente de salud, así aceptadas. De este modo, si se apuesta por la existencia de un concepto firme, la realidad es que la oposición o el desconocimiento de alguna de estas vertientes, impide la conformación de la necesaria noción general y primaria.

Por otro lado, el RSI, el instrumento principal de Derecho Internacional – de 2005- con el que cuenta la seguridad sanitaria, define a ésta última como:

“...uno de los principales desafíos que se plantean en el nuevo y complejo panorama de la salud pública”. Seguridad Sanitaria tiene por objetivo “prevenir, detectar y evaluar aquellos eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional y darles una respuesta coordinada”, ya que “compartir vulnerabilidad implica compartir también la responsabilidad”⁵⁶².

⁵⁶¹ “In considering this Track’s recommendations on health and human security, which health problems should be prioritized, which down-graded? Not all health problems carry the same political acceptability or salience. I believe there are three tiers of health problems that face increasing difficulty in political acceptance. The first are health process so tightly linked to military security that they are easily accepted by the security community; the second are health processes that are being increasingly accepted; and the third are the most difficult, yet most important, health conditions deserving of human security prioritization. Let me address these in this paper’s closing”, *Ibíd.*

⁵⁶² “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007, p. 4. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

En otras palabras, la seguridad sanitaria internacional tendrá como propósito gestionar los riesgos y amenazas para la salud pública, en función de la capacidad de los Estados y de la colaboración internacional. Para ello, como ya se aludía, el RSI es el instrumento jurídico internacional más oportuno⁵⁶³.

Frente a estas principales referencias, procedo a expresar mi particular postura conceptual, con pretensión de generalidad.

En primer lugar y antes de adentrarme completamente en la definición *stricto sensu*, de la seguridad sanitaria considero que se debe discernir si el enfoque se plantea⁵⁶⁴ desde la perspectiva de la seguridad humana y en línea de lo ya determinado en el Informe de Naciones Unidas de 1994, o desde la visión de la seguridad internacional, como la seguridad que tiene por objetivo la paz internacional. Esta generalmente va a discrepar en mayor o menor medida con la propia seguridad nacional y contempla el objetivo primordial de prevenir y responder los riesgos y amenazas que pongan en peligro la seguridad y la estabilidad internacional.

De este modo, respecto al enfoque humano, se puede entender por seguridad sanitaria como “la primera línea de defensa contra crisis sanitarias⁵⁶⁵ que pueden devastar pueblos, sociedades y economías en todo el mundo”⁵⁶⁶. Frente los riesgos y amenazas provocados por la “propagación de enfermedades, los desastres naturales, los cambios ambientales, los actos de bioterrorismo, los derrames de sustancias químicas”⁵⁶⁷... En definitiva, la seguridad sanitaria combatirá las amenazas a la salud “derivadas de acciones o causas humanas, de la

⁵⁶³ “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007, p. 4. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/areassofworkES.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017. *Ibid.*

⁵⁶⁴ En este sentido se pronuncia, ALDIS, W., *op. cit.*, p. 273.

⁵⁶⁵ Crisis sanitarias: situación de alarma o peligro sobre una o varias zonas pero que puede extenderse de manera global. Dichas amenazas a la población pueden ocasionarse por: epidemias, falta de alimentos, escasez o ineficiencia de medicamentos o sistemas médicos, desastres naturales, etc. Concepto de elaboración propia.

⁵⁶⁶ <http://www.who.int/world-health-day/previous/200/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁶⁷ Mensaje del Director General de las Naciones Unidas, Disponible: http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/activities/un_sg_message/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.

interacción del hombre con el medio, o de eventos súbitos relacionados con productos químicos o materiales radiactivos”⁵⁶⁸. Esto es, la seguridad sanitaria aspirará a realizar una estudiada y oportuna actuación preventiva y a otorgar una respuesta exacta para cada amenaza a la salud pública (“en vez de recurrir a medidas predeterminadas que pueden ser ineficaces o inapropiadas”⁵⁶⁹).

Seguridad sanitaria desde la perspectiva de la seguridad humana, consiste en responder de forma coordinada y colectiva⁵⁷⁰ a los desafíos que van presentándose, con los pros y contras de la globalización. Para este fin se deben utilizar los nuevos instrumentos y conocimientos que permitan “detectar, evaluar y responder con celeridad a eventos que puedan representar una amenaza sanitaria internacional”⁵⁷¹.

A pesar de que en sí misma, la conceptualización tiene una importancia relativa, la inquietud por definir esta idea no tiene más pretensión que delimitar, con la mayor exactitud, la parcela de los riesgos y amenazas a los que dicha seguridad sanitaria se enfrenta, como paso previo, a concretar la misión o función que debe desempeñar.

En definitiva, seguridad sanitaria es la pretensión amplia de erradicar los peligros, los riesgos o los daños sobre la salud humana, a través de la más completa actuación preventiva, mediante desarrollados sistemas de detención y, cuando se requiera, con la intervención directa de los poderes públicos para controlar y erradicar las enfermedades infecciosas y el resto de amenazas consideradas con un obstáculo para la buena salud. No obstante, dicho concepto

⁵⁶⁸ *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, p. XVI. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁶⁹ “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007, p. 25. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁷⁰ El fundamento de esta actuación en conjunto es que “cuando el mundo sufre un riesgo colectivo, la defensa se convierte en una responsabilidad compartida de todas las naciones”, “Mejorar la seguridad sanitaria internacional”, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr11/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁷¹ *Ibíd.*, p. 9.

posee dificultades más allá del propio propósito de alcance casi utópico. El actual mundo globalizado, cada día más interrelacionado, presenta la complicación de que los peligros para la salud, del mismo modo, se esparcen raudamente, provocando que lo que podría ser un problema cuasi local, en varios días e incluso horas, constituya una amenaza de orden internacional (convirtiéndose en una amenaza desde la perspectiva de la seguridad internacional). Esto es, a todos los individuos y a todos los Estados nos preocupa y nos conviene contar con los suficientes planes, mecanismos y estrategias de salud, propios y de los vecinos. Porque una mala gestión por cualquier sujeto, se convierte en una amenaza real para cualquiera otro con el que tenga conexión. Es por ese motivo, que cualquier riesgo (de cierta relevancia) es una amenaza global que, con los nuevos mecanismos de actuación, puede declararse como emergencia a la salud pública. Por lo que la capacidad para dar una respuesta adecuada por cada sujeto implicado depende del nivel de desarrollo del sistema de salud que posea. Esto supone, sin duda alguna, otro obstáculo añadido.

Desde el punto de vista conceptual, también puede considerarse una dificultad adicional la tendencia generaliza de hablar de seguridad sanitaria cuando, en realidad, implica un alcance internacional, por lo que puede resultar más apropiado hablar de seguridad sanitaria internacional. Sostiene WILLIAM ALDIS, que existe una extensa literatura referida a los conceptos de seguridad, seguridad humana, seguridad sanitaria, salud y seguridad, seguridad sanitaria individual y seguridad pública sanitaria global o internacional⁵⁷², en muchos casos compartiendo un similar objetivo, aunque sin que exista una común definición y, ni siquiera, una aceptada concepción particular de cada uno, lo cual justifica la fácil confusión.

Para distinguir las diferentes ideas es oportuno distinguir entre la perspectiva nacional (la seguridad nacional es la que protege los intereses del propio Estado) y la salud global o internacional, que presenta el objetivo de

⁵⁷² “Stimulated by the work of UNDP, the Commission on Human Security and others, an extensive and rapidly expanding literature on human security and health security has emerged. This literature is extraordinarily diverse, reflecting a lack of common definition and understanding of ‘security’, ‘human security’, ‘health security’, ‘health and security’, ‘individual health security’ and ‘global public health security’”. ALDIS, W., *op. cit.*, p. 271.

mejorar la salud a mundial. Obvia apreciación, pero al mismo tiempo necesaria para ir asentando el alcance de cada noción⁵⁷³.

Por lo que, ¿cuál es la verdadera distinción entre seguridad sanitaria y seguridad sanitaria internacional?

En mi opinión, más que diferencia tajante, existe un camino bifurcado con motivo de la evolución del concepto y de la globalización. Oficialmente se comienza a hablar de seguridad sanitaria, como ya se ha mencionado con el PNUD de 1994, hasta que la vinculación a todos los niveles –por la globalización⁵⁷⁴– que se experimenta en las décadas de los noventa y en el siglo XXI, se hace más evidente con la mención expresa a la seguridad sanitaria global⁵⁷⁵ que se recoge en el RSI. En éste se define que la seguridad sanitaria internacional⁵⁷⁶ posee el fin supremo de lograr “un mundo más seguro, [estar] alerta y preparado para responder colectivamente a la amenaza de epidemias y otras emergencias de salud pública que supongan una amenaza grave a la seguridad en ese ámbito, una línea continua de defensa dotada de personal altamente calificado y en la que se utilizan con eficacia las modernas tecnologías”⁵⁷⁷.

Así las cosas, se recoge en este instrumento internacional, que el principal objetivo que se pretende conseguir (y se debe ya estar cosechando) es:

⁵⁷³ Alcance que, aunque no sea específico por la falta de concepción generalmente aceptada, sí que permite una utilización más precisa y minorar las confusiones.

⁵⁷⁴ La globalización entendida como ese progreso de tecnología y política, en el que también se “reconfigura la geografía social”. De esta manera “la influencia entre globalización y salud es mutua”. PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 92.

⁵⁷⁵ Se habla de seguridad sanitaria global porque se traduce del inglés “Global health Security”, pero realmente el adjetivo “global” puede ser traducido como global o internacional.

⁵⁷⁶ Aunque en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) se utiliza la expresión “seguridad sanitaria mundial” como textual traducción de la versión inglesa, el trabajo “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación” se refiere a la “seguridad sanitaria internacional”. Esto reafirma la posición de que se utilizan como sinónimos ya que se describe la misma idea.

⁵⁷⁷ “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007, p. 11. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

“Un sistema mundial de alerta y respuesta fundado en las alianzas, la calidad y la transparencia, y sustentado en dos componentes esenciales:

1. Sistemas sanitarios nacionales sólidos, capaces de mantener una activa vigilancia de las enfermedades y los eventos de salud pública, e idóneos para, con rapidez, analizar los informes recibidos, evaluar los riesgos para la salud pública, compartir la información y aplicar medidas sanitarias de control.

2. Un sistema internacional eficaz, que preste apoyo a los programas de lucha contra las enfermedades a fin de contener amenazas sanitarias concretas, sea capaz de evaluar en forma continua el panorama mundial de riesgos para la salud pública (evaluación mundial de riesgos), y esté en condiciones de responder rápidamente a eventos imprevistos que se propaguen internacionalmente”⁵⁷⁸.

En definitiva, la seguridad sanitaria (internacional o global) ostenta las señaladas pretensiones, de tener un carácter internacional y, al mismo tiempo, la aspiración de evitar y controlar cualquier amenaza o riesgos sobre materia de salud. Todo ello sin perjuicio de la particular política que cada Estado programe, y en función del nivel de desarrollo⁵⁷⁹.

Por lo que los conceptos de seguridad sanitaria y de seguridad sanitaria internacional presentarán particularidades propias, aunque si se tiene clara la extensión y el contexto, no lleva a la confusión, sino que pueden incluso ser utilizados como sinónimos.

Tras esta exposición, *a priori* casi miscelánea, en la que pretendo acercarme con la mayor precisión al concepto más completo y real, considero que

⁵⁷⁸ “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007, p. 11. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁷⁹ “The global public health community has unprecedented support to respond to global pandemics and public health emergencies of international concern. Efforts to strengthen national capacity to respond are essential and must continue well into the future”. KIM ANDRUS, J. *et al.*, “Global health security and the International Health Regulations”, *BMC Public Health* 2010, 10, p. 5. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/S1/S2> Consultado el 16 de junio de 2017.

debo mostrar, aunque sin excesiva profundidad, los más expresos obstáculos a los que se enfrenta el intento de definición. Estos son:

El primero y más importante, es la falta de definición universalmente aceptada⁵⁸⁰ que, como ya he apuntado, impide que “este problema global” sea afrontado al unísono o, al menos, con unos objetivos concretos comunes (más precisos de los existentes)⁵⁸¹ que sirvan de base de partida. El motivo de ello es la carencia de voluntad política⁵⁸². Prueba de ello es que las estrategias en materia de salud más completas son los programas de seguridad relativos a los posibles problemas de orden atómico, químico, etc., porque son los riesgos más graves, sin casi opción de respuesta y detención.

El segundo obstáculo, de forma muy vinculada con lo anterior, es la existencia de una relativa falta de claridad y aplicación del concepto y de los objetivos de seguridad sanitaria por la distorsión de las prioridades en el desarrollo de los sistemas de salud de los Estados y, en ocasiones, una inestable cooperación global⁵⁸³.

⁵⁸⁰ About “‘health security’ and ‘global public health security’, there is no universally agreed definition”. ALDIS, W., *op. cit.*, p. 270.

⁵⁸¹ “A more specific rejection of the ‘global health security’ rationale came in November 2007, at WHO’s Intergovernmental Meeting on Influenza Viruses and Benefit Sharing. This meeting attempted to resolve the crisis that followed Indonesia’s refusal to share virus isolates from human cases of H5N1 influenza A infection (avian influenza), on the grounds that Indonesia was unlikely to receive any benefits including vaccines or technology transfer (Enserink 2007). During a long and heated debate, Portugal, then president of the European Union, attempted to introduce the term ‘global health security’ into a draft statement. Portugal stated that ‘global health security’ should prevail over other laws. This was vigorously opposed by Indonesia, Brazil, Thailand and India; with Brazil stating that it was not committed to working under the security concept. The meeting ended with no agreement (Shashikant 2007)”. *Ibid*, p. 372.

⁵⁸² “Developing countries are unlikely to accept a ‘global health security’ justification for international agreements which are not perceived to benefit all countries. This is well demonstrated by the reactions of WHO member states Brazil, India, Thailand and Indonesia in recent WHO negotiations cited above (Shashikant 2008)”. *Ibid*, p. 373.

⁵⁸³ “Fundamentally absent from the ‘health security’ concept are processes that lead to the cultivation of trust and the promotion of dialogue. Further, the lack of clarity and misapplication of concept will lead to: (1) a distortion of priorities within developing country health systems, leading to their further deterioration and fragmentation; and (2) a breakdown in global cooperation. But are these consequences inevitable, or can we by-pass an intractable debate on health security and move directly toward health systems strengthening and health diplomacy goals? What other trends in global and regional cooperation must be taken into consideration?” BOND, K., “Health security or health diplomacy? Moving beyond semantic analysis to strengthen health systems and global cooperation”, *Ibid*, p. 376.

En resumidas cuentas, estas trabas se superarán cuando se desarrolle una completa lucha contra las enfermedades transmisibles y otras amenazas, desde una táctica progresiva y, a ser posible, en la más armónica coordinación. De manera que se pueda cumplir el objetivo último de vencer y aminorar la dinámica mundialización de las enfermedades infecciosas agravadas, aún más por cambios ambientales, climáticos, por falta de información, falta de mecanismos jurídicos o técnicos, etc.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA SEGURIDAD SANITARIA.

2.1. Vinculación con otras materias:

De forma concisa, el objetivo primordial de mantener la paz y seguridad internacional exige, entre otras, la garantía de la seguridad sanitaria. Particularmente, el concepto de salud, al poseer un fuerte carácter intersectorial, se ve expuesto al peligro, minoración o debilitamiento, a través de la incidencia de multitud de factores, causas y circunstancias, incluso procedentes de materias *a priori* ajenas. De la misma forma, la seguridad sanitaria se ve reforzada si los elementos y factores conexiónados y vinculados son positivos y favorecedores. Esto es, un Estado con estabilidad económica, con un sistema adecuado de alimentación, con altos niveles de salubridad e higiene, en el que un alto porcentaje de la población tenga unos niveles básicos de formación, que controle moderadamente la degradación del medio ambiente en el que se ubica, la calidad de los alimentos, etc., inevitablemente, incluso sin una política muy avanzada en seguridad sanitaria, podrá existir un adecuado o medio grado de seguridad en la salud de su población.

En otras palabras, la seguridad sanitaria se puede ver envilecida por factores o circunstancias como: “fragmentación social, declive económico, polarización política, debilitamiento de los ejércitos, inestabilidad política (o) retraso en el desarrollo de la democracia”⁵⁸⁴. Por ello los propios programas e iniciativas focalizadas en desarrollar un completo derecho a la salud, en gran

⁵⁸⁴ PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 97.

medida, señalan como factores motivadores: la educación, la estabilidad social, la información, etc.⁵⁸⁵.

Por otro lado, como se señalaba con anterioridad, las diversas materias que inciden en el propio concepto de seguridad sanitaria internacional y, en consecuencia, incluso la falta de consenso sobre éste, también alteran la consecución de los objetivos. Toda complejidad es una razón de obstáculo para el logro del mismo⁵⁸⁶. No obstante, lo que en mayor medida parece afectar al óptimo desarrollo de la seguridad sanitaria son las situaciones donde no rige una oportuna seguridad económica⁵⁸⁷. Especialmente en situaciones de gravedad, el desarrollo económico es prácticamente el primordial instrumento para el progreso y poder garantizar seguridad sanitaria⁵⁸⁸.

2.2. Cooperación internacional para hacer frente a los riesgos comunes:

Las vitales peculiaridades del “panorama sanitario mundial [estriba] en un mundo cada vez más interconectado, enfermedades que se propagan con rapidez [sin reparar en las] fronteras”, es decir, la “globalización ha aumentado la vulnerabilidad y la interdependencia de los países”⁵⁸⁹ provocando que elevar la seguridad sanitaria y la correcta gestión de los problemas sanitarios constituyan “los grandes retos [los cuales pueden resolverse a través de] un enfoque

⁵⁸⁵ Por ejemplo, se contempla dichas instrucciones en el “El derecho a la salud”, Folleto Informativo sobre Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, nº 31, 2008.

⁵⁸⁶ ALDIS, W., *op. cit.*, p. 273.

⁵⁸⁷ “Estabilidad económica: las amenazas para la salud pública tienen consecuencias tanto económicas como sanitarias. Frenar las amenazas internacionales es algo deseable para el bienestar económico. Con menos de 10 000 casos, sólo en el segundo trimestre de 2003 el brote de SRAS les costó a los países asiáticos unos US\$ 60 mil millones en concepto de gastos brutos y pérdidas empresariales”. “Invertir en salud para forjar un porvenir más seguro”, OMS, Marzo de 2007, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr11/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁸⁸ No se puede eludir el elevado costo que conllevan los medicamentos, de las situaciones de discapacidad, de las altas tasas de enfermos que conllevan una disminución sustancial de la productividad, entre otros muchos ejemplos.

⁵⁸⁹ Palabras del Primer Ministro LEE HSIEN LOONG en el “Debate de alto nivel para mejorar la seguridad sanitaria internacional”, “Invertir en salud para forjar un porvenir más seguro”, OMS, Marzo de 2007, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr11/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

estratégico más rotundo y una mayor cooperación internacional”⁵⁹⁰. Por ello los riesgos y amenazas para la seguridad sanitaria internacional deben ser gestionados de forma urgente y coordinada para su resultado eficiente y satisfactorio⁵⁹¹.

Frente a vulnerabilidades colectivas, la solución más satisfactoria es la cooperación efectiva⁵⁹², o lo que es lo mismo “una respuesta coordinada oportuna y eficaz a los riesgos para la salud pública internacional y a las emergencias de salud pública de importancia internacional”⁵⁹³. El fundamento de ello es que “ningún país, por más preparado que esté, o por más rico o tecnológicamente avanzado que sea, puede prevenir, detectar y dar respuesta por sí solo a todas las amenazas para la salud pública. Las amenazas emergentes pueden pasar inadvertidas desde una óptica nacional, requerir un análisis mundial para evaluar adecuadamente el riesgo, o exigir una coordinación eficaz a nivel internacional”⁵⁹⁴. Esto mismo justifica el sistema del RSI “dado que no todos los países podrán afrontar el reto de inmediato”⁵⁹⁵ por lo que es oportuno desarrollar un régimen de colaboración que permita suplir las distintas carencias. Esto es, el Reglamento crea el “marco jurídico mundial” a través del cual se desarrolla el

⁵⁹⁰ Palabras del Ministro de Relaciones Exteriores de Noruega, Sr. JONAS GAHR STORE, en el “Debate de alto nivel para mejorar la seguridad sanitaria internacional”, “Invertir en salud para forjar un porvenir más seguro”, OMS, Marzo de 2007, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr11/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁹¹ Como se refirió el Secretario general de las Naciones Unidas, Sr. BAN KI-MOON, “la propagación de enfermedades, los desastres naturales, los cambios ambientales, los actos de bioterrorismo y los derrames de sustancias químicas pueden tener efectos importantes en las personas, las sociedades y las economías de todo el mundo”. Disponible en: http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/activities/un_sg_message/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁹² Para más información, véase BOND, K., *op. cit.*, p. 377.

⁵⁹³ “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007, p. 21. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁹⁴ *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, p. XXII. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁹⁵ *Ibíd.*

indispensable “sistema de alerta, preparación y respuesta” con el que identificar diligentemente los riesgos que inciden en la seguridad sanitaria internacional⁵⁹⁶.

Lo cierto es que la cooperación ideal debería desarrollarse mediante alianzas⁵⁹⁷ globales, es decir, agrupándose a todos los países del mundo, porque, en definitiva, a todos les afecta por igual está problemática y falta de seguridad. Además de que mediante la cooperación se puede reunir “la mejor asistencia técnica”⁵⁹⁸ para prevenir o gestionar las distintas amenazas.

⁵⁹⁶ “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007, p. 21. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁵⁹⁷ “Las alianzas son decisivas para conseguir una cooperación eficaz en todo el mundo con miras a detectar y contener con prontitud los brotes”, Informe de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud sobre “Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias”, Consejo ejecutivo, 107ª reunión, de 28 de noviembre de 2000, EB107/5, punto 10.

⁵⁹⁸ *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, p. XII. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

CAPÍTULO SEXTO: LOS RIESGOS SANITARIOS QUE PUEDEN AFECTAR A LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES

I. EPIDEMIAS Y PANDEMIAS.

En múltiples ocasiones se utilizan indistintamente los conceptos de epidemia y pandemia, aunque se refieren a situaciones diferentes pero vinculadas. Comenzando por la definición del Diccionario de la Real Academia Española⁵⁹⁹, epidemia consiste en la “enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas”, es decir, aquella alteración de la salud que se extiende de manera indistinta por un territorio nacional y, en concreto, afectando a un elevado número de personas. Mientras que pandemia es la “enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región”. Esto es, cuando la epidemia se extiende afectando a la mayoría de un territorio delimitado o se expande internacionalmente. Por lo que, la diferencia base es en relación con la propagación humana y, esencialmente, a la propagación geográfica de la enfermedad de graves consecuencias⁶⁰⁰.

⁵⁹⁹ Consulta realizada el 8 de noviembre de 2016 en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>

⁶⁰⁰ “When clusters of cases are seen this is called an epidemic. This term can cover a handful of cases or population-wide outbreaks. When the disease spreads across the world this is called a pandemic”. FITZSIMONS, D.W. and WHITESIDE, A.W., “Conflict, war and public health”, *Research Institute for the Study of Conflict and Terrorism*, 1994, London, p. 14.

¿Qué tipo de enfermedad? De acuerdo con la distinción binaria realizada por la OMS sobre enfermedades transmisibles⁶⁰¹ o no transmisibles⁶⁰², las enfermedades que originan epidemias y pandemias son las susceptibles de propagación, indiferentemente si son por causas de ingestión, inhalación, inoculación o por contacto próximo (especialmente mediante contacto sexual)⁶⁰³ del factor contaminante.

Los motivos por los que una epidemia alcanza relevancia para la comunidad internacional institucionalizada son especificados por la OMS. Concretamente ha determinado que “las epidemias pasan a ser acontecimientos de carácter urgente de importancia para la salud pública internacional como consecuencia de una combinación de factores, entre ellos los siguientes: falta de información correcta⁶⁰⁴, desinformación e incongruencia de la información de que disponen los gobiernos nacionales -factores que pueden dar lugar a reacciones exageradas frente a la cobertura de prensa y éstas, a su vez, pueden llevar a que en los países se ejerzan presiones sobre los gobiernos para que respondan- capacidad insuficiente a nivel de país para reconocer oportunamente y contener los acontecimientos de morbilidad; temor de las posibles repercusiones costosas de la

⁶⁰¹ Por ejemplo, cólera, disentería, peste, tifoidea, tifus, infección del aparato respiratorio, sarampión, tuberculosis, enfermedad neumológica, malaria, sida, dengue, hepatitis, lombrices intestinales, meningitis, infecciones cutáneas, infecciones oculares y fiebre amarilla. Para conocer brevemente los principales riesgos y amenazas que conllevan estas enfermedades véase: FITZSIMONS, D.W. and WHITESIDE, A.W., *op. cit.*, pp. 16-20.

⁶⁰² “- Enfermedad transmisible: (...) infección del VIH/sida, la tuberculosis, el paludismo, enfermedades tropicales desatendidas [, etc.].

- Enfermedades no transmisibles: (...) las cardiopatías, el cáncer, las neumopatías, la diabetes, los trastornos mentales, la discapacidad, traumatismos [, etc.]”. Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, Duodécimo Programa General de Trabajo”, “No solo la ausencia de enfermedad”, 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, 19 de abril de 2013, A66/6.

⁶⁰³ FITZSIMONS, D.W. and WHITESIDE, A.W., *op. cit.*, pp. 14-15.

⁶⁰⁴ Las normas de comunicación básicas para el control de brotes pueden verse en: OMS, “Normas de comunicación de brotes epidémicos de la OMS”, 2005, CDS/2005.28.

notificación de los acontecimientos de morbilidad, y falta de mecanismos jurídicos y técnicos⁶⁰⁵ para dar una respuesta internacional general apropiada”⁶⁰⁶.

En este mismo sentido la OMS es más que consciente de que “la mundialización de las enfermedades infecciosas (esto es, de las epidemias que alcanzan el grado de pandemia) no es un fenómeno nuevo”. por ello “los acontecimientos infecciosos que se manifiestan en un país constituyen un motivo potencial de preocupación para todo el mundo”⁶⁰⁷, con pretexto de la rápida propagación y posible conversión en pandemia que suponga un peligro internacional.

Por tanto, cuando este alto grado de vulnerabilidad es una realidad y se puede considerar una epidemia, por claras razones de seguridad, tiene que ser declarada como tal de acuerdo con el procedimiento internacional de alerta. La OMS será la encargada de, tras evaluar la incidencia de la enfermedad (por un comité de emergencia), considerar que debe ser tratada como pandemia⁶⁰⁸. La Declaración de una pandemia debe analizarse caso por caso, *a posteriori*, para que los Estados lleven a cabo las medidas médicas oportunas con las que se frene la transmisión de la enfermedad⁶⁰⁹ para que el control de la misma pueda ser viable.

⁶⁰⁵ Los cordones sanitarios, que se tratan más adelante, consistirían un ejemplo de estos mecanismos jurídicos y técnicos para cuando la gravedad sea susceptible de considerarse una amenaza o quebrantamiento de la paz y seguridad internacionales.

⁶⁰⁶ Informe de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud sobre “Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias”, Consejo ejecutivo, 107ª reunión, de 28 de noviembre de 2000, EB107/5.

⁶⁰⁷ *Ibíd.*

⁶⁰⁸ Ejemplo de pandemia de nivel 6 fue la Gripe pandémica (H1N1) de 2009. Véase el comunicado:

http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/es/
Consultado el 16 de junio de 2017. Para más información véase: LISTER, S. A., REDHEAD, C. S., “The 2009 influenza pandemic: an overview” en MASSARI, M., LUTZ, K. (Ed), *Globalization: trade agreements, global health and United Nations involvement*, Nova, New York, 2012, pp. 75-116.

⁶⁰⁹ “Pandemic Declaration needs to be analyzed ex post on a country-by-country basis, given that States are in charge of implementing the medical measures directed at slowing the transmission of the disease”. VILLAREAL, P. A., “Pandemic Declarations of the World Health Organization as an Exercise of International Public Authority: The Possible Legal Answer to Frictions Between Legitimacies”, *Goettingen Journal of International Law*, 7, 2016, 1, p. 118.

Asimismo, la OMS también ha señalado que las causas que amenazan la seguridad sanitaria corresponden a:

“Los crecientes movimientos de población, bien sean por razones turísticas o de migración como resultado de desastres; el crecimiento del comercio internacional de alimentos y productos biológicos; los cambios sociales y ambientales asociados a la urbanización, a la deforestación y a las alteraciones climáticas, así como la modificación de los métodos de elaboración y distribución de alimentos y evolución de los hábitos de los consumidores (...)”. A lo que recientemente, ha añadido “políticas de energía y transporte (...), nutrición, acceso a agua potable y saneamiento”, ampliando de manera abierta con un “y otras muchas”.

En definitiva, causas medioambientales, sociales, culturales, económicas, políticas o militares, que producen los efectos que a continuación son tratados de manera más particularizada.

II. ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR “EL MUNDO ACTUAL”.

1. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS COMO CONSECUENCIAS DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS.

La movilidad humana ha sido tradicionalmente reconocida como un factor que provoca la transmisión de enfermedades⁶¹⁰. En función de las condiciones migratorias, el proceso migratorio puede derivar en distintos problemas de salud (físicos, psíquicos o sociales)⁶¹¹.

⁶¹⁰ “Human mobility has traditionally been acknowledged by the health community as a factor related to the possible transmission of disease and the need to recognise, identify and manage specific diseases, illnesses or health concerns in mobile populations at the time and place of their arrival”. Kotsioni, I., “Irregular migration and health challenges”, *Routledge handbook of immigration and refugee studies*, Routledge, Taylor and Francis Group, 2016, p. 371.

⁶¹¹ PACE, P., *op. cit.* p. 5.

Los motivos de ello es que, cuando la inmigración es irregular⁶¹², la principal razón que empuja al cambio es la urgencia o necesidad por la previa existencia de un conflicto⁶¹³, de una persecución, de un desastre natural o por cualquier situación que ponga en peligro la propia seguridad. La urgencia y, generalmente, una situación de precariedad, provoca que el inmigrante se someta a graves riesgos en su travesía. Por ejemplo, peligrosos modos de transporte (uso de pateras, estar escondidos en camiones, etc.), el riesgo del propio escenario natural en el que se desarrolla (como atravesar desiertos, cruzar mares), el sufrimiento de violencia física y psíquica, inaccesibilidad o inexistencia de los servicios sanitarios o servicios sociales⁶¹⁴, vulnerabilidad frente a riesgos socio-económicos (como ser objeto de tráfico de personas), etc.

En definitiva, los movimientos masivos de personas, generalmente por conflictos o desastres, son especialmente sensibles a los distintos peligros y las condiciones de insalubridad, aglutinamiento, precariedad económica, etc., hasta el punto de que lo convierte en el escenario idóneo para el desarrollo de una epidemia. Así ocurrió en los desplazamientos masivos huyendo de la Guerra de Ruanda, donde se engendró una pandemia de Cólera. Del mismo modo, en estos momentos la población de Haití, tras numerosos desastres naturales que retrasan e imposibilitan su desarrollo socioeconómico, por causa del último terremoto de 2016, vuelve a enfrentarse al peligro de que se desarrolle otra epidemia de cólera como la de 2010.

⁶¹² Es más que sabido que los inmigrantes bajo ninguna circunstancia pueden calificarse como ilegales, en todo caso la referencia correcta sería la de inmigrantes en situación de ilegalidad. “Illegality as an expression of juridical status and social relation to the state’ (...) Migrants with irregular status are therefore not at higher risk of health only because they are poor (...)”. *Ibíd*, p. 374.

⁶¹³ “Iraq’s health and humanitarian crisis results from decades of war and occupation, most recently the take over of territory by the Islamic State of Iraq and the Levant (ISIL) and the counter-insurgency launch by the government and its allied forces. Since January, 2014, 2,9 million people have fled their homes and presently 8,2 million people in Iraq require immediate humanitarian support. 6,9 million Iraqis need immediate Access to essential health services and 7,1 million Access to water, sanitation, and hygiene assistance”. “Iraq’s neglected health and humanitarian crisis”, Editorial, *Lancet*, vol. 385, 2015, p. 2324.

⁶¹⁴ “Inadequate vaccinations, nutritional deficiencies, infectious diseases (...), dental disease. (...) Structural factors that restrict access to health services (...)”. AGER, A., *op. cit.*, p. 439.

Todo esto que describo induce a que se llegue a hablar de *migrantes sanitarios*⁶¹⁵, estatuto que podría ser atribuido por las causas comentadas sin que éstas sean exclusivas.

2. ENFERMEDADES COMO CONSECUENCIA DEL CAMBIO CLIMÁTICO.

El régimen institucional en materia de cambio climático⁶¹⁶ se estructura a través de los instrumentos jurídicos de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático⁶¹⁷, el Protocolo de Kyoto⁶¹⁸ y por el Acuerdo de París⁶¹⁹. Como señala la profesora ROSA GILES de manera genérica, “estos tratados internacionales han construido una estructura jurídica y orgánica en la que se sostiene y desarrolla la gestión internacional específica en materia de cambio climático, componiendo un sistema evolutivo en el que diseñar una estrategia permanente y continuada con la que enfrentar esta amenaza global”⁶²⁰.

⁶¹⁵ “Healthy migrant”. AGER, A., *op. cit.*, p. 438.

⁶¹⁶ Definido por la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio climático como “un cambio de clima atribuido directa o indirectamente a la actividad humana que altera la composición de la atmósfera mundial y que se suma a la variabilidad natural del clima observada durante periodos de tiempo comparables”, artículo 1.2.

⁶¹⁷ Instrumento elaborado por las Naciones Unidas, el 9 de mayo de 1992.

⁶¹⁸ Protocolo de Kyoto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, de 11 de diciembre de 1997, (BOE n. 33, de 8 de febrero de 2005).

⁶¹⁹ Acuerdo de París para el Cambio Climático, adoptado y firmado en la COP de Paris en noviembre de 2015. En vigor desde el 4 de noviembre de 2016.

En relación a este, considero importante señalar el razonamiento de María Neira y Elena Villalobos señalan que en relación al nuevo Acuerdo de París “cuando los países vayan actuando y cumpliendo los compromisos alcanzados, se convertirá en un tratado de salud pública. Tal y como recoge el acuerdo, “el derecho a la salud”, será un tema central en las acciones que los países tomen para combatir el cambio climático y esto representa una oportunidad histórica, no solo para la Organización Mundial de la Salud (OMS), sino para tod(o) el sector de la salud y los sectores que más emisiones de gases de efecto invernadero emiten”. NEIRA, M., VILLALOBOS, E., *op. cit.*, p. 65.

⁶²⁰ GILES CARNERO, R., “Cambio climático y Derecho Internacional” en FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., et al (Ed), *Seguridad medioambiental y orden internacional: IV Encuentro Luso-Español de Profesores de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales*, Atelier, Barcelona, 2015, p. 45.

Desde el interés de la seguridad sanitaria, el cambio climático constituye una amenaza para la humanidad y el ecosistema⁶²¹ ya que el calentamiento global y otros riesgos ya que el calentamiento global y otros riesgos inciden negativamente en la salud pública.⁶²².

Correlativamente, el cambio climático repercute en la salud de la población directamente por el deterioro de la capa de ozono, lo cual puede provocar la pérdida de la calidad del aire urbano o que se ocasionen fenómenos meteorológicos extremos, entre otros. Por un lado, la disminución de la capa de ozono incide en el aumento de enfermedades no transmisibles, como cánceres o enfermedades dermatológicas. Mientras que, por otro, el calentamiento global, que se encuentra relacionado con la mayor incubación de virus y bacterias, junto con las consecuencias del cambio climático, como tornados, inundaciones u otros fenómenos meteorológicos extremos, pueden provocar insalubridad general.

Frente a estos riesgos -frutos de las amenazas y vulnerabilidades- que de manera tan elemental son descritos, sucintamente la resolución podría encaminarse fortaleciéndose la capacidad de enfrentar los riesgos climáticos en la salud y consolidándose estables estructuras de salud⁶²³.

⁶²¹ “La intervención humana está alterando la capacidad de los ecosistemas para proporcionar sus bienes y servicio, y esto puede repercutir en la salud de la población en distinto grado, según sea su dependencia de dichos bienes y servicios y también de otros determinantes de la vulnerabilidad, tales como la pobreza, la disponibilidad de atención sanitaria y la exposición al riesgo”. NEIRA, M., VILLALOBOS, E., *op. cit.*, p. 64.

⁶²² “The WHO estimates that climate change since the 1970s has already been responsible for 150,000 deaths each year through increasing incidence of diarrhea, malaria and malnutrition predominantly in Africa and other developing regions”. HUNT P., KHOSLA, R., “Climate change and the right to the highest attainable standard of health” en HUMPHREYS, S., *Human rights and climate change*, Cambridge University Press, Geneva, 2009, p. 45.

⁶²³ ROGER FEW estima que la resolución debe encaminarse desde “tres formas de acción: a) fortalecer la capacidad de enfrentar los riesgos climáticos en la salud; b) fortalecer la salud pública, especialmente para atender a los sectores de bajos ingresos y c) difundir conocimientos al respecto, principalmente en las regiones donde pueda haber riesgos a la salud como resultado del cambio climático”. GRANADOS, A. et al, “Relatoría del seminario ‘Cambio climático, amenazas naturales y salud’” en *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 23, n° 1, 2008, p. 181.

III. ENFERMEDADES INTENCIONADAS.

1. ENFERMEDADES COMO MEDIOS O MÉTODOS DE COMBATE.

El Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales de 1977 dedica el título III a los medios y método de guerra. La primera idea base es que “en todo conflicto armado⁶²⁴, el derecho de las Partes en conflicto a elegir los métodos o medios de hacer la guerra no es ilimitado”⁶²⁵. Estos deben dirigirse a un objetivo militar concreto⁶²⁶, su empleo debe estar permitido por los Convenios de Ginebra o cualquier otra norma de Derecho Internacional⁶²⁷ y no pueden aterrorizar o dañar a la población civil⁶²⁸.

¿Podría ser una enfermedad infecciosa un instrumento de ataque en un conflicto armado? ¿Podría suponer un riesgo y amenaza para la seguridad sanitaria internacional?

El medio de combate⁶²⁹, al igual que ocurre con el método, aunque no es definido por el Protocolo I, puede entenderse como todo el conjunto de recursos

⁶²⁴ Como es más que sabido, no existe una definición sencilla de conflicto armado de conformidad con lo determinado por el propio Derecho internacional humanitario, el Department of Peace and Conflict Research de la Universidad de Uppsala proporciona una concisa noción: “An armed conflict is a contested incompatibility that concerns government and/or territory where the use of armed force between two parties, of which at least one is the government of a state, results in at least 25 battle-related deaths”. Department of Peace and Conflict Research, Uppsala University. Disponible en: <http://www.pcr.uu.se/research/ucdp/definitions/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶²⁵ Artículo 35.1 del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 8 de junio de 1977.

⁶²⁶ *Ibid*, artículo 51.4.b.

⁶²⁷ *Ibid*, artículo 36.

⁶²⁸ Esto es, queda prohibido amenazar u ordenar que no haya supervivientes, así como hacer padecer hambre a los civiles, como método de guerra, artículo 40 y 54 del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 8 de junio de 1977, respectivamente.

⁶²⁹ Los medios de combate se clasifican en “armas de destrucción masiva y armas convencionales”. DOMÍNGUEZ MATÉS, R., “La represión judicial de los atentados contra el medio ambiente como crimen de guerra, con especial atención al desarrollo del ordenamiento jurídico español en la materia” en *Boletín de la Facultad de Derecho de la UNED*, nº 27, 2005, p. 125.

disponibles (ya sean humanos o materiales), con los que se lleva a cabo la ejecución del combate y también las diferentes escenas en los que se desarrolla el mismo (por ejemplo, el medio acuático o el medio nocturno, entre otros). En este sentido se distinguen entre armas prohibidas (minas, armas trampa y otros⁶³⁰, armas químicas⁶³¹, armas biológicas⁶³², gases asfixiantes, tóxicos o similares⁶³³, armas láser cegadoras⁶³⁴, principalmente) y armas permitidas por el derecho interno e internacional (como los carros de combates, piezas de artillería, fusilería, armas contra carros, etc.).

Por otro lado, el método hace referencia a los procedimientos que se dirigen a un objetivo militar en concreto. Por lo que en ningún caso pueden ser actos o amenazas de violencia que aterroricen o dañen a la población civil (de acuerdo con el artículo 51 del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949).

En este sentido y, como respuesta a la pregunta anterior, la enfermedad infecciosa puede llegar a utilizarse como un medio de combate, aunque no como un método.

⁶³⁰ Protocolo sobre Prohibiciones o Restricciones del Empleo de Minas, Armas Trampa y Otros Artefactos según fue enmendado el 3 de mayo de 1996 (Protocolo II según fue enmendado el 3 de mayo de 1996). España lo acepta el 27 de enero de 1998, BOE núm. 269, de 10 de noviembre de 1998.

⁶³¹ Convención sobre la Prohibición del Desarrollo, la Producción, el Almacenamiento y el Empleo de Armas Químicas y su Destrucción, firmado 13 de enero de 1993, en vigor desde el 29 de abril de 1997. Firmado por España el 22 de julio de 1994, BOE nº 300 del 13 de diciembre de 1996.

⁶³² La Convención sobre la prohibición del desarrollo, la producción y el almacenamiento de armas bacteriológicas (biológicas) y toxinas y sobre su destrucción. Abierta a firma desde el 10 de abril de 1972 en Londres, Moscú y Washington. En vigor desde el 26 de marzo de 1975. Para España en vigor desde el 20 de junio de 1979, fecha de depósito del instrumento de ratificación, de conformidad con el artículo XIV, 4., de dicho convenio, BOE nº 165, de 11 de julio de 1979.

⁶³³ Protocolo sobre la prohibición del uso en la guerra, de gases asfixiantes, tóxicos o similares y de medios bacteriológicos, Ginebra, 17 de junio de 1925. Asumido por España en el Real Decreto 663/1997, de 12 de mayo, por el que se regula la composición y funciones de la Autoridad Nacional para la Prohibición de las Armas Químicas.

⁶³⁴ Protocolo Adicional a la Convención sobre prohibiciones o restricciones del empleo de ciertas armas convencionales que puedan considerarse excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados, hecho en Viena el 13 de octubre de 1995. España presta su consentimiento el 19 de enero de 1998 y lo ratifica el 30 de julio de 1998, BOE nº 114, de 13 de mayo de 1998.

El uso de virus como instrumento y arma de guerra ya fueron utilizados por los hititas⁶³⁵ (población indoeuropea ubicados en la península de Anatolia entre los siglos XVII y XII adC) y en la Edad Media por el Kanato de Crimea⁶³⁶. Estos utilizaban a los enfermos, cadáveres, ropas e incluso animales infectados para extender la grave enfermedad de peste por los soldados y por el pueblo enemigo. Asimismo, a lo largo de la historia, se han contaminado pozos, se han utilizado veneno y han utilizado distintos medios para propagar las epidemias⁶³⁷ y provocar infecciones.

En la actualidad, cualquier virus o patógeno puede ser utilizado como medio de combate, es decir, como arma biológica, aunque como anteriormente se ha mencionado ésta es una de las armas específicamente prohibidas⁶³⁸ a nivel internacional (además de la referencia más o menos directa en función de la temática que se realiza en los Convenios de Ginebra).

A todo lo expuesto hay que añadir que indirectamente, como el Consejo de Seguridad “las guerras y conflictos armados contribuyen a extender la epidemia. Dondequiera que haya ejércitos en marcha, campamentos atiborrados de

⁶³⁵ “¿La guerra biológica es un invento moderno?”. Disponible en: <http://elbustodepalas.blogspot.com.es/2011/04/la-guerra-biologica-es-un-invento.html> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶³⁶ ALONSO FERNÁNDEZ, R., BOUZA SANTIAGO, E., “Guerra biológica”, en AUSINA RUIZ, V., MORENO GUILLEN, S., (ed), *Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 2º edición, Panamericana, Bogotá, 2006, p. 1563.

⁶³⁷ Por ejemplo, “Uno de los intentos de guerra biológica más potentes y despiadados fue el que realizó el general inglés Jeffrey Amherst contra los nativos americanos entre los años 1754-1767. Con el objetivo de (según sus propias palabras) "extirpar a esta raza execrable", le repartió a modo de regalo las mantas que habían usado los ingleses enfermos de viruela (por supuesto, los nativos creían que eran mantas en perfecto estado que se daban como muestra de paz). Dado que los americanos carecían de anticuerpos contra esta enfermedad, fue cuestión de días que se propagara una epidemia que acabó con la vida de más de 100000 personas. La idea de este plan está perfectamente reflejada y bien documentada en unas cartas que Jeffrey Amherst intercambió con el coronel Henry Bouquet”. “¿La guerra biológica es un invento moderno?”. Disponible en: <http://elbustodepalas.blogspot.com.es/2011/04/la-guerra-biologica-es-un-invento.html> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶³⁸ Véase el pie de página 631.

refugiados y mujeres sexualmente asaltadas, aumentan las probabilidades de difusión de la enfermedad”⁶³⁹.

2. ENFERMEDADES COMO CONSECUENCIAS DE ATAQUES TERRORISTAS.

Cuando el uso de patógenos se utiliza para el ataque contra la sociedad de manera indiscriminada, con el objetivo de infundir terror o crear alarma social y, no en el seno de un conflicto armado, como en la sección anterior se describía, la enfermedad se considerará un medio para producir un ataque terrorista.

El terrorismo tiene dos formas de manifestarse⁶⁴⁰, en relación con la salud. En primer lugar, como consecuencia, es decir, tras un ataque terrorista. Además de daños económicos, sociales o políticos, es claro que se produce una grave alteración de los servicios de salud, lo cual incide esencialmente en la seguridad sanitaria desde la perspectiva de la seguridad humana. Por ejemplo, el ataque terrorista en la maratón de Boston en 2013, exigió una rápida respuesta sanitaria ante la gravedad de los hechos, además de la rápida gestión para que el colapso de los servicios de salud no agravara las consecuencias del propio acto terrorista⁶⁴¹.

Y, en segundo lugar, el ataque terrorista puede utilizar como instrumento y fin el ataque infeccioso de la población de manera directa. Esto es, en lugar de utilizar armas para disparar o hacer detonar⁶⁴² un explosivo, en vez de utilizar un avión⁶⁴³, un automóvil⁶⁴⁴ o cualquier otro artilugio capaz de producir daño, cabe la

⁶³⁹ Comunicado oficial de la 4259ª sesión del Consejo de Seguridad, 19 de enero de 2001, S/PV. 4259, p. 2.

⁶⁴⁰ ARCOS GONZÁLEZ, P. *et al*, “Terrorismo, salud pública y sistemas sanitarios”, en *Revista Española de Salud Pública*, vol. 83, nº.3, Madrid, 2009, pp. 19-20.

⁶⁴¹ KHAN, A. S., LURIE, N., “Health security in 2014: building on preparedness knowledge for emerging health threats” en *The Lancet*, vol. 384, 2014, p. 93.

⁶⁴² Por ejemplo, así ocurre en París, cuando el 13 de noviembre de 2015, mueren 130 civiles y 7 terroristas yihadistas en varios ataques simultáneos por tiroteo y explosión.

⁶⁴³ Los atentados suicidas del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Virginia provocan 3016 muertos utilizando como armas 4 aviones por Al-Qaeda.

posibilidad de que se empleen armas biológicas que provoquen directos efectos negativos en la salud⁶⁴⁵ o simplemente que se provoque el contagio de una enfermedad⁶⁴⁶.

Las formas específicas de ataque, fundamentalmente, consistirían en el terrorismo químico y el terrorismo biológico⁶⁴⁷, entendiéndose de forma muy básica que el bioterrorismo es el uso de microorganismos con la intención deliberada de causar una infección⁶⁴⁸. De manera que, en este caso, los riesgos y amenazas a la seguridad sanitaria sí que podría incidir directamente en la seguridad internacional por ser un acto directo de terrorismo.

IV. NUEVAS FORMAS.

⁶⁴⁴ En Niza, el 18 de julio de 2016, es utilizado un camión para cometer un ataque terrorista que provoca la muerte de 84 personas. Periódico El País. Disponible en: http://internacional.elpais.com/internacional/2016/07/15/actualidad/1468534360_045217.html Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁴⁵ El 20 de marzo de 1995 tiene lugar en Tokio un ataque terrorista mediante gas sarín que ocasiona además de 13 muertos, 1100 heridos lo cual permite considerarlo como un ataque directo a la salud. Periódico ABC, hemeroteca. Disponible en: <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1995/03/21/033.html> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁴⁶ Por ejemplo, el 18 de septiembre de 2001, en Nueva York un ataque bioterrorista, mediante esporas de B. anthracis considerado como agentes de guerra biológicos, provoca la muerte de 5 personas y 17 heridos. CNN library. Disponible en: <http://edition.cnn.com/2013/08/23/health/anthrax-fast-facts/> Consultado el 16 de junio de 2017. “A final threat to health security is bioterrorism, shown to be a reality in 2001 in the USA where anthrax spores were distributed through the postal system to place the health security of targeted individuals, and whole populations in contact with the postal system and infected letters, at risk”. HEYMANN, D. *et al.* “Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic”, *The Lancet*, vol. 385, 2015, p. 1885.

⁶⁴⁷ AGINAM, O., “Bio-terrorism, human security and public health: can international law bring them together in an age of globalization?”, *Medicine and Law*, 455, 2005, p. 1.

⁶⁴⁸ Consúltese: LUCEY, D. R., et al, “Smallpox and Bioterrorism” en LUTWICK, L. I., LUTWICK, S. (Ed), *Beyond anthrax: the weaponization of infectious diseases*, Springer, New York, 2009, pp. 17-54.

1. BIOSEGURIDAD.

A pesar de que no existe una definición oficial se puede entender que, desde una perspectiva básica, la bioseguridad⁶⁴⁹ es el sistema de normas⁶⁵⁰ y medidas con las que se intenta garantizar la ausencia de riesgos o amenazas procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos. La seguridad biológica (o bioseguridad) se encuentra directamente vinculado a la seguridad ambiental y plantea el objetivo de prevenir la infección de agentes patógenos y de gestionar, si así ocurriera, el contacto con él. Esto es, dicho mecanismo se propone evitar los efectos nocivos que inciden en la salud y seguridad de la población.

Bioseguridad es un concepto especialmente amplio pero que en los últimos años va siendo más integrador. Como cataloga MELLADO RUIZ, “atendiendo al objeto de regulación, se habla así, de bioseguridad agropecuaria, bioseguridad farmacéutica, bioseguridad industrial, bioseguridad hospitalaria, etc. Atendiendo al lugar de experimentación, de seguridad medioambiental, bioseguridad de laboratorios, bioseguridad en invernaderos, bioseguridad de centros o instalaciones de investigación, etc. Atendiendo a las técnicas o mecanismos utilizados, de bioseguridad frente a riesgos biológicos, bioseguridad frente a riesgos de infección hospitalaria, etc.”⁶⁵¹. Por lo que la seguridad biológica es vigilante de la fase de diseño, protección y gestión de los riesgos ambientales, sanitarios o alimentarios⁶⁵².

⁶⁴⁹ Para el Servicios de atención sanitaria bioseguridad: “es serie de medidas orientadas a disminuir el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. El primer principio de Bioseguridad es la contención. El término contención incluye la sustitución, siempre que sea posible, del instrumental cortopunzante por otro material exento de agujas. Guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios de España”. Guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2015, p. 23. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/guiabioseseg.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁵⁰ “Normas sobre sanidad vegetal, sanidad animal, seguridad alimentaria, salud y seguridad humana, seguridad ambiental y protección de la biodiversidad”. MELLADO RUIZ, L., “La bioseguridad como concepto jurídico” en *Revista Catalana de dret públic*, nº 36, 2008, p. 22.

⁶⁵¹ MELLADO RUIZ, L., *op. cit.*, p. 22.

⁶⁵² *Ibíd*, p. 23.

La bioseguridad pretende evitar la “difusión natural, accidental o intencional de los agentes biológicos de alto riesgo para la salud (seres humanos y animales) y el medio ambiente”⁶⁵³. Para ello resulta imprescindible desarrollar programas de bioseguridad para los laboratorios y las instituciones del sector de salud en general.

Los planes y programas de bioseguridad que permiten el funcionamiento más ordenado y de calidad, son elaborados tanto en los planos internacionales como nacionales. La OMS, en la 58 Asamblea Mundial de la Salud, aprobó la Resolución sobre el “Reforzamiento de la bioseguridad en el laboratorio”⁶⁵⁴. En la misma línea se han elaborado distintos documentos técnicos sobre bioseguridad en el laboratorio⁶⁵⁵, sobre el transporte de sustancias infecciosas⁶⁵⁶, sobre bioseguridad en el laboratorio de tuberculosis⁶⁵⁷ y sobre transporte de sustancias infecciosas⁶⁵⁸. Previo a todos los señalados y vinculado con las prácticas biotecnológicas, se elaboró el Convenio sobre la Diversidad Biológica⁶⁵⁹ en el que

⁶⁵³ Bioseguridad y mantenimiento, Organización Panamericana de Salud (en adelante OPA) y OMS. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5460%3A2011-bioseguridad-mantenimiento&catid=3612%3ALaboratory-services-contents&Itemid=3952&lang=es Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁵⁴ 58ª Asamblea Mundial de la Salud, el 25 de mayo de 2005, Resolución WHA58.29.

⁶⁵⁵ OMS, Manual de bioseguridad en el laboratorio, 3a ed., Ginebra, 2005. Disponible en: http://www.who.int/topics/medical_waste/manual_bioseguridad_laboratorio.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁵⁶ WHO, “Guidance on regulations for the Transport of Infectious Substances 2013–2014”, Geneva, 2012, WHO/HSE/GCR/2012.12. Disponible en: [file:///C:/Users/Ana/Downloads/Regulations-Transport-2013-2014-Eng%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Ana/Downloads/Regulations-Transport-2013-2014-Eng%20(2).pdf) Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁵⁷ OMS, Manual de bioseguridad en el laboratorio de tuberculosis, Ginebra, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92661/1/9789243504636_spa.pdf?ua=1 Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁵⁸ OMS, Guía sobre la reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas 2015, Ginebra, 2016, WHO/HSE/GCR/2015.2. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149288/1/WHO_HSE_GCR_2015.2_eng.pdf?ua=1&ua=1 Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁵⁹ Convenio sobre la Diversidad Biológica adoptado Río de Janeiro el 5 de junio de 1992 y en vigor desde el 29 de septiembre de 1993. Fue ratificado por España el 16 de noviembre de 1993, BOE n.º. 27, de 1 de febrero de 1994.

se recogieron unos procedimientos base en relación con el desarrollo biotecnológico.

Asimismo, tanto la UE⁶⁶⁰ como España⁶⁶¹ establecen sus propios sistemas de protección.

Los riesgos y amenazas de origen biológico pueden tener como origen el accidente o el terrorismo o bioterrorismo⁶⁶². El principal acuerdo con el que se intenta evitar el desarrollo de agentes biológicos o toxinas es la Convención sobre la prohibición del desarrollo, de la producción y del almacenamiento de armas bacteriológicas (biológicas) y tóxicas y sobre su destrucción⁶⁶³. En esta misma línea, la Resolución 1540 del Consejo de Seguridad⁶⁶⁴ insta a los Estados a que se adopte y aplique normativa interna para prevenir que se desarrollare, adquiriera, fabrique, posea, transporte, transfiera o se empleen armas nucleares, químicas o biológicas.

Todo esto por el simple hecho de que “las armas biológicas recombinadas genéticamente (...) poseen un alto poder destructivo (...) que superarían en

⁶⁶⁰ Véase COMMISSION REGULATION (EC) No 616/2009 of 13 July 2009 implementing Council Directive 2005/94/EC as regards the approval of poultry compartments and other captive birds compartments with respect to avian influenza and additional preventive biosecurity measures in such compartments.

⁶⁶¹ Guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2015, p. 23. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/guiabioseseg.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017. Ley 9/2003, de 25 de abril, por la que se establece el régimen jurídico de la utilización confinada, liberación voluntaria y comercialización de organismos modificados genéticamente. BOE nº 100, de 26 de abril de 2003.

⁶⁶² “Por bioterrorismo se entiende el uso ilegítimo, o la amenaza de uso, de microorganismos o toxinas obtenidas de organismos vivos, para provocar enfermedades o la muerte en humanos, animales o plantas, con el objeto de intimidar a gobiernos o sociedades para alcanzar objetivos ideológicos, religiosos o políticos. [Las] armas biológicas (...) basan su potencial en la capacidad de infectar y causar enfermedades mediante el empleo de microorganismos o toxinas derivadas de ellos”. PEREIRA HERNÁNDEZ, C., “Bioterrorismo” en *Boletín de Información*, nº 298, 2007, p. 50.

⁶⁶³ Convención sobre la prohibición del desarrollo, de la producción y del almacenamiento de armas bacteriológicas (biológicas) y tóxicas y sobre su destrucción, hecho en Londres, Moscú y Washington el 10 de abril de 1972, en vigor desde el 26 de marzo de 1975. Ratificada por España el 1 de junio de 1979 y en vigor desde el 20 de junio de 1979, BOE nº 165, de 11 de julio de 1979.

⁶⁶⁴ Resolución 1540 (2004) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 4956ª sesión, de 28 de abril de 2004, S/RES/1540 (2004).

efectividad a las nucleares [porque] afectaría a la población humana”⁶⁶⁵. No obstante, ¿a qué nos enfrentamos cuando se habla de agentes biológicos? Según el impacto en la población se pueden diferenciar tres tipologías:

“- Categoría A: Agentes de fácil diseminación o que se transmiten persona a persona, causando una alta mortalidad y cuyo impacto en la salud pública es alto. Por ejemplo: Virus de la viruela; *Bacillus anthracis*, (ántrax o carbunco); *Yersinia pestis*, (peste); la toxina de *Clostridium botulinum* causante del botulismo; *Francisella tularensis*, (tularemia) y otros virus como por ejemplo los filovirus (Ébola y Marburgo) o arnavirus causantes de la fiebre de Lassa o la fiebre hemorrágica argentina (virus Junin)⁶⁶⁶.

- Categoría B: Agentes con capacidad moderada para su diseminación e inducción de cuadros mortales precisando métodos especiales para su diagnóstico: *Coxsackievirus burnetti* (Fiebre Q), *Brucella* spp., *Burkholderia mallei*, enterotoxina B de *Staphylococcus*, Alfa virus como encefalitis venezolana y encefalitis equina. Agentes susceptibles de diseminación vía hídrica o alimentaria como por ejemplo las bacterias *Salmonella*, *Vibrio cholerae*, *Shigella dysenteriae*, *Escherichia coli* O157:H7 y el parásito *Cryptosporidium parvum*.

- Categoría C: Agentes que pueden ser modificados o creados mediante ingeniería genética. Por ejemplo: los virus Nipah, Hanta, de la fiebre

⁶⁶⁵ MACHÍN, N., “Las armas biológicas. Perspectivas de futuro”, en *UNISCI Discussion Papers*, nº 35, 2014, p. 211.

⁶⁶⁶ Respecto al Zika el profesor SEATZU considera que: “In fact, unlike in the case of Anthrax, the dynamic of this disease does not suggest that the Zika virus can be assimilated to a biological weapon (germ weapon), a weapon capable of causing mass deaths that was intentionally created as such in laboratory. To say it differently, it does not suggest that the rapid spread of this epidemics in the Americas and Asia (Singapore) can be described in international legal terms as a threat to international security and peace posed by an actual or imminent act of bioterrorism, that is by a terrorist action involving the intentional release or dissemination of a biological warfare agent. On the contrary, it is not hard to find some reasons directly connected to the practice and dynamic of the Zika outbreak that definitively exclude this conclusion. At this regard, it is worth recalling in particular the scientific evidence that from the circumstance that it is impossible to tell exactly whether a mosquito is carrying the Zika virus (the genus *Aedes*) or not excludes the possibility of a manipulating use of this virus”. SEATZU, F., “The ‘Zika Lost Generation’ and International Law, en SÁNCHEZ PATRÓN, J. M., GARCÍA SAN JOSÉ, D. (eds.), *International Biolaw in Times of Crisis: Progress and Challenges*, Routledge, London, 2017. Pendiente de publicación

amarilla y los causantes de encefalitis transmitida por garrapatas, además de cepas de tuberculosis multirresistentes”⁶⁶⁷.

La incidencia de dichos agentes en el ser humano u otros seres vivos será a través de la piel, por inhalación o mediante ingestión⁶⁶⁸. Y el motivo, como se ha señalado, puede ser el accidente o el acto intencionado como instrumento para realizar un acto terrorista o incluso de una guerra bacteriológica⁶⁶⁹.

Por tanto, ¿qué puede y debe hacer la bioseguridad? De manera simple, el primordial objetivo de la seguridad biológica consiste en la prevención⁶⁷⁰ coordinada, es decir, se deben controlar en general las actividades de investigación y, en particular, la seguridad de los laboratorios, el transporte, la accesibilidad al conocimiento, etc. Ya que todo lo señalado puede ser utilizado para la creación de armamento biológico o puede concadenar un accidente que supongan una amenaza relevante para la población y, en definitiva, para la paz y seguridad internacional.

2. CIBERSEGURIDAD Y SEGURIDAD SANITARIA.

La explicación completa del entresijo de la ciberseguridad⁶⁷¹ en unas páginas, considero que puede ser un propósito inviable. Por ello, solo se pretende hacer un planteamiento general que permita comprender la vinculación con la seguridad sanitaria.

⁶⁶⁷ *Ibíd.*

⁶⁶⁸ “El daño producido en el organismo, en muchos casos, va a depender de la vía de entrada en organismo. Un ejemplo de ello es la mortalidad causada por *Ántrax*, alcanzando un 5% si es vía cutánea, un 30% si es vía digestiva y un 80% si es vía respiratoria”. *Ibíd.*, p. 212.

⁶⁶⁹ Para más información consúltese: MILLER, J., *Guerra bacteriológica: las armas biológicas y la amenaza terrorista*, Suma de Letras, Madrid, 2003.

⁶⁷⁰ Para el control de los riesgos y amenazas generados por los agentes biológicos resulta imprescindible la prevención y detección temprana. Cuando el ataque biológico o el accidente tenga como consecuencia el brote de una enfermedad, será imprescindible para el control que exista un sistema eficaz de vigilancia de enfermedades que esté conexas con la Red Global de Respuestas y Alerta ante Brotes de Enfermedad de la OMS.

⁶⁷¹ Para más información, consúltese: PRIETO RODRÍGUEZ, R., “¿Qué seguridad? Riesgos y Amenazas de Internet en la Seguridad Humana” en *Araucaria, Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, año 18, nº 36, 2016, pp. 391-415.

De manera simple, “ciberseguridad es el conjunto de herramientas, políticas, conceptos de seguridad, salvaguardas de seguridad, directrices, métodos de gestión de riesgos, acciones, formación, prácticas idóneas, seguros y tecnologías que pueden utilizarse para proteger los activos de la organización y los usuarios en el ciberentorno”⁶⁷². El fuerte impulso codificador plantea el objetivo de controlar las principales amenazas al ciberespacio (cibercrimen, ciberterrorismo y ciberguerra) que inciden fuertemente en el Estado e incluso pueden llegar a amenazar, como cualquier riesgo, la paz y la seguridad internacionales.

Al principio del siglo XX, cuando la amenaza comienza a ser más patente, la Asamblea General adopta varias resoluciones en las que alerta a los Estados de la necesidad de que se elaboren políticas nacionales⁶⁷³ para combatir los fines delictivos, se cree una cultura global de ciberseguridad y se proteja la infraestructura de la información⁶⁷⁴.

La Organización del Tratado del Atlántico Norte (en adelante OTAN) definen en 2010 un nuevo concepto estratégico de ciberdefensa⁶⁷⁵. No obstante, previamente Consejo de Europa, había adoptado el primer tratado internacional sobre Ciberdelincuencia⁶⁷⁶.

⁶⁷² GARCÍA MORENO, D., “Ciberseguridad: qué es y para qué sirve”, Blog de la Universidad Católica de Ávila, 2015. Disponible en: <https://www.ucavila.es/blog/2015/07/03/ciberseguridad-que-es-y-para-que-sirve/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁷³ España adopta en 2013 La Estrategia de Ciberseguridad Nacional. Disponible en: <file:///C:/Users/Ana/Downloads/estrategia%20de%20ciberseguridad%20nacional.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁷⁴ Resoluciones de la Asamblea General 55/63 (2000), 56/121 (2001), 57/239 (2002) y 58/199 (2004).

⁶⁷⁵ Para más información, consúltese: MAZO, A., “La Ciberseguridad en el contexto de la OTAN y la UE”, Ponencia del XXVI Curso de verano, Universidad Complutense Madrid, 2013. Disponible en: http://www.ieee.es/Galerias/fichero/cursosverano/EIEscorial2013/Ciber_Escorial_Mazo.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁷⁶ Convenio sobre la Ciberdelincuencia, hecho en Budapest el 23 de noviembre de 2001., en vigor desde el 1 de julio de 2004. Firmado por España el 23 de noviembre de 2001, en vigor desde el 01 de octubre de 2010, BOE núm. 226, de 17 de septiembre de 2010.

Todos estos esfuerzos codificadores presentan el objetivo de generar seguridad y hacer frente a la ciberguerra⁶⁷⁷ y al ciberterrorismo⁶⁷⁸, principalmente.

¿Cómo afectan los riesgos y amenazas de la ciberseguridad a la seguridad sanitaria y, en última instancia, a la paz y seguridad internacionales?

Que la ciberguerra y el ciberterrorismo puede repercutir negativamente en la paz y seguridad internacionales es un hecho evidente. Asimismo, se puede utilizar virus infecciosos como medio de ataque, por ejemplo, la viruela, que se libera mediante un pendrive, como ocurrió en Irán en 2015⁶⁷⁹. En este hipotético caso, dicho virus puede extenderse por los distintos continentes en cuestión incluso de horas y podría ser considerado una amenaza a la paz y seguridad internacionales por el Consejo de Seguridad.

Frente al anterior ejemplo extremo, la amenaza a la ciberseguridad y a la seguridad sanitaria no es un caso hipotético ni lejano. *A priori*, sin relevancia para la seguridad internacional, la salud y seguridad sanitaria pueden verse puestas en jaque con un ataque cibernético que bloqué el sistema informático de los hospitales y centros para la atención de la salud. A pesar de los avances en ciberseguridad, el pasado mayo de 2017 gran parte de la comunidad internacional se enfrentó a un ataque masivo. En concreto, Reino Unido sufrió el colapso del

⁶⁷⁷ “Una definición mínima de ciberguerra usada por buena parte de los expertos es relacionar dicho concepto con acciones realizadas por un estado nación con el fin de penetrar en los ordenadores o redes de otro con el fin de causar daños o desórdenes”. PRIETO RODRÍGUEZ, R., *op. cit.*, p. 401.

⁶⁷⁸ “El ciberterrorismo, aunque está muy vinculado con el cibercrimen, se diferencia de ésta en que no persigue principalmente un fin económico sino que se centra más en aquellas acciones en las que se persigue intimidar, coaccionar y causar daños con fines fundamentalmente políticos-religiosos”. REGUERA, J., “Aspectos legales en el ciberespacio. La ciberguerra y el Derecho Internacional Humanitario” en GESI, Grupo de Estudios de Seguridad Internacional, Universidad de Granada, Granada, 2015, p. 12. Disponible en: <http://www.seguridadinternacional.es/?q=es/print/601> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁷⁹ El País. Disponible en: http://tecnologia.elpais.com/tecnologia/2015/10/05/actualidad/1444058435_765864.html Consultado el 16 de junio de 2017.

Servicio Nacional de Salud británico⁶⁸⁰, lo cual no ha supuesto un riesgo extremo, más allá de los costes económicos y los daños colaterales en cuestión de salud.

La realidad es que los Estados, las grandes empresas y la comunidad internacional son especialmente vulnerables a cualquier tipo de ciberataque o bloqueo; piénsese si ello es combinado con un atentado terrorista. Fuera o no reconocido por el Consejo de Seguridad como una amenaza a la seguridad sanitaria que repercutiera en la paz y seguridad internacional, sí que el terrorismo tradicional peligrosamente apoyado en un ataque terrorista afectaría entre otros, directamente a la seguridad sanitaria y amenazaría a la seguridad internacional. Por ejemplo, si desgraciadamente los bloqueos de los hospitales ingleses hubieran coincidido con el atentado en Manchester, la vulnerabilidad de Reino Unido generaría inestabilidad en la comunidad internacional institucionalizada, además de la incidencia en la seguridad nacional.

⁶⁸⁰ BBC “Ciberataque masivo: ¿quiénes fueron los países e instituciones más afectado por el virus WannaCry?”. Disponible en: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-39929920> Consultado el 16 de junio de 2017.

CAPÍTULO SÉPTIMO: GESTIÓN DE LOS POTENCIALES RIESGOS DESDE LA SEGURIDAD SANITARIA

I. PRINCIPALES PROBLEMAS.

La realidad contemporánea se encuentra íntegramente influenciada por la globalización, esto es, “sumamente móvil, interdependiente e interconectada, [lo cual] ofrece innumerables oportunidades para la rápida⁶⁸¹ propagación de las enfermedades”⁶⁸².

Por otro lado, la falta de un concepto generalmente aceptado de seguridad sanitaria provoca la “distorsión de las prioridades en el desarrollo de los sistemas de salud” y “rupturas en la cooperación”⁶⁸³ para la búsqueda de una noción de seguridad sanitaria más precisa.

Desde un enfoque material, las principales amenazas a la seguridad sanitaria internacional son causadas por:

⁶⁸¹ “Desde los años setenta, se han identificado nuevas enfermedades al ritmo sin precedentes de una o más al año. Hoy en día existen al menos 40 enfermedades que se desconocían una generación atrás”. *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, p. X. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁸² “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007, p. 7. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁸³ “Fundamentally absent from the ‘health security’ concept are processes that lead to the cultivation of trust and the promotion of dialogue. Further, the lack of clarity and misapplication of concept will lead to: (1) a distortion of priorities within developing country health systems, leading to their further deterioration and fragmentation; and (2) a breakdown in global cooperation”. BOND, K., *op. cit.*, p. 376.

- Enfermedades epidemiógenas⁶⁸⁴: como el cólera, fiebre amarilla, el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), gripe aviar, la fiebre hemorrágica del Ébola, entre otras. Estas consisten en significativas amenazas para la seguridad sanitaria internacional, ya que el elevado porcentaje de mortalidad hace necesario su control desde el origen, ya que se propagan rápidamente sin prácticamente ser frenadas en las fronteras.

- El impacto del VIH/SIDA, sin el adecuado sistema de protección y prevención, puede desestabilizar comunidades, principalmente en los países con menor nivel de recursos económicos. En particular esta enfermedad demuestra el “gran impacto que puede tener un tema de salud pública en la seguridad”⁶⁸⁵. Asimismo, provoca una negativa y grave repercusión económica y social, que incluso puede devenir en inestabilidad política, principalmente, en los países en vías de desarrollo. El caso más extremo se podría llegar a experimentar si dicha epidemia afectara a las élites políticas y militares, o a la clase media en general. En ese caso podría conllevar una lucha por conseguir el poder estatal, para reorganizar los reducidos recursos económicos y para buscar la seguridad individual⁶⁸⁶.

- Enfermedades transmitidas por alimentos: principalmente propiciadas por los cambios de la cadena alimentaria en las últimas décadas, contaminación de los alimentos⁶⁸⁷, comercio globalizado, etc. Ello implica la necesaria vigilancia del proceso de confección en concatenación con la seguridad de los alimentos.

⁶⁸⁴ “Intensificación de la farmacoresistencia microbiana gracias a la mutación de su material genético, el cambio de los hábitos humanos y la asunción de conductas de riesgos, la degradación medioambiental y el cambio climático, las malas condiciones de salubridad y el hacinamiento en las ciudades, la convivencia con animales y la consiguiente exposición a enfermedades zoonóticas, todo ello combinado con la frecuencia y facilidad de los movimientos fronterizos, tanto de personas como de mercancías, ha dado lugar a un escenario propicio a la irrupción de enfermedades infecciosas”, PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 96.

⁶⁸⁵ “Debate de alto nivel para mejorar la seguridad sanitaria internacional”, “Invertir en salud para forjar un porvenir más seguro”, OMS, Marzo de 2007, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr11/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁸⁶ PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 98, pie de página 113 en referencia a “M. Shtontech, P. Fourie, “Africa’s New Security Threat.: HIV/AIDS and Human Security in Southern Africa”, *African Security Review*, vol. 10, nº 4, 2001, pp. 35-36.”.

⁶⁸⁷ Contaminación originada por microorganismos, sustancias químicas y toxinas. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs399/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

- Fuertes movimientos de población ocasionados por conflictos, catástrofes naturales o industriales, lo cual lleva aparejado condiciones infrahumanas para la supervivencia que generan en muchas ocasiones la aparición de epidemias⁶⁸⁸.

- Falta de inversiones en salud pública ocasionada por sensaciones irreales de seguridad, inexistencia de sistemas eficaces⁶⁸⁹ o por falta de recurso.

- Cambios de política inesperados que impliquen consecuencias letales o de costes elevados.

- Conflictos armados, los cuales conllevan, entre muchas consecuencias, el debilitamiento o descomposición de los sistemas de salud, mermando la capacidad de prevención y la atención.

- Evolución microbiana y resistencia a los antibióticos lo cual exhortan a detectar y responder a los brotes de enfermedades con la mayor rapidez.

- Desastres medioambientales: olas de calor (como la de 2003 en Europa), pluviosidad superior a la normal puede conllevar el criadero de mosquitos y el aumento de brotes (como la fiebre del Valle del Rift⁶⁹⁰, intoxicación por dióxido de carbono (Lago Nyos en 1986), etc. Estos fenómenos climáticos generaron y generan importantes emergencias humanitarias. El desarrollo de las diferentes consecuencias no solo se requiere de políticas sanitarias, sino de un acuerdo global más complejo. La falta de éste, provoca desastres naturales con mayor incidencia en los países en desarrollo.

⁶⁸⁸ Origen similar tuvo la epidemia de cólera en la República Democrática del Congo tras la crisis de Ruanda en 1994. Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI, OMS, pp. XVII. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁸⁹ “La vigilancia es la piedra angular de la seguridad en materia de salud pública”, *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, pp. 18-33. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017. *Ibid*, p. 18.

⁶⁹⁰ Zoonosis vírica. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs207/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

- Brotes accidentales por sustancias químicas tóxicas: como por ejemplo los casos de 2006 en África sobre el vertido de residuos petroleros⁶⁹¹ o en 1981 cuando se consumió, en España aceite industrial para uso en alimentación⁶⁹²; entre otros. Y riesgos a la seguridad sanitaria por accidentes radionucleares: como el caso de Chernóbil en 1986⁶⁹³.

- Brotes intencionados, como en los casos de bioterrorismo. Ejemplo de ellos son los complejos casos de cartas con esporas de bacilo del carbunco en 200⁶⁹⁴ o los ataques de sarín en Tokio en 1995⁶⁹⁵.

- Desconfianza generalizada a la información oficial que imposibilitan las medidas de evacuación, prevención, etc.

En consecuencia, son numerosos los factores que erosionan los esfuerzos que aúnan los diferentes actores internacionales, en busca de garantizar la mayor posible seguridad sanitaria. Es importante tener en cuenta la multitud de dichos elementos y la responsabilidad que cada Estado tiene, ya que en muchas ocasiones son fruto de políticas nacionales que desequilibran o divergen del interés o de la seguridad internacional.

II. EXPECTATIVAS.

Como exponía la Directora General⁶⁹⁶ de la OMS en el día Mundial de la Salud dedicado a la seguridad sanitaria internacional, la cooperación es esencial

⁶⁹¹ El Mundo. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/09/24/natura/1348506811.html> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁹² El País. Disponible en: http://elpais.com/diario/1981/07/18/espana/364255231_850215.html Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁹³ El Mundo. Disponible en: <http://www.elmundo.es/especiales/chernobil/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁹⁴ Véase el pie de página 647.

⁶⁹⁵ Véase el pie de página 646.

⁶⁹⁶ Disponible en: http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/activities/un_sg_message/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.

para conseguir la seguridad sanitaria internacional, ya que ningún Estado puede garantizar su propia seguridad nacional de manera independiente. Por ello, de forma autónoma, cada país debe invertir en salud a través de la prevención, la educación y del fortalecimiento los sistemas para prever las nuevas amenazas globales.

Ante esta realidad, los propósitos⁶⁹⁷ de la comunidad internacional para garantizar la más eficiente seguridad sanitaria -fundamentalmente enfocadas desde el desarrollo-, se resumen en:

- Protección e implicación para hacer la seguridad sanitaria una realidad a través del cumplimiento del RSI. Para ello la seguridad sanitaria se valorará como una cuestión transversal regida por la transparencia en los asuntos públicos y por la colaboración intersectorial de los distintos sectores de la administración pública.
- Cooperación mundial entre todos los actores, sujetos y en todos los niveles. Esto es, una cooperación completa para cumplir los compromisos asumidos.
- Libre intercambio de conocimientos, tecnologías y materiales.
- Fortalecimiento de la infraestructura y de los sistemas de salud pública en todos los Estados.
- Aumento de los recursos para satisfacer los objetivos.

En definitiva: prevención, alerta temprana y respuestas rápidas y eficientes⁶⁹⁸.

⁶⁹⁷ Ideas extraídas del *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, pp. 70-71. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁶⁹⁸ “Global Health Security Agenda, Toward a World safe & Secure from Infectious Disease Threats”, p. 2. Disponible en: <http://www.globalhealth.gov/global-health-topics/global-health-security/GHS%20Agenda.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

III. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN.

¿Realmente en qué medidas se materializan las soluciones reales?

La solución, a rasgos generales, que requiere la seguridad sanitaria es un sistema de salud sólido que fomente la seguridad sanitaria internacional ofreciendo la máxima protección y atención a la población.

¿Cómo podemos comenzar a proyectar las medidas hacia esta dirección?

Como formuló la OMS⁶⁹⁹ para la contención de la gripe pandémica y como se establece en el RSI, los esfuerzos a través de las alianzas mundiales, deberían focalizarse en⁷⁰⁰:

- El fortalecimiento de los sistemas de alerta anticipada y de la seguridad sanitaria en los viajes y en el transporte.
- La intensificación de las operaciones de alerta y respuesta previa (para evaluar los riesgos, prestar asistencia, movilizar los recursos y coordinar las respuestas).
- El desarrollo de las capacidades suficientes con las que hacer frente a los problemas que surjan⁷⁰¹.
- La coordinación de las actividades científicas mundiales de investigación y desarrollo.
- En relación con los aspectos jurídicos y de vigilancia, en el respaldo de los derechos, obligaciones y procedimientos, así como realizar estudios de vigilancia de los procesos.

⁶⁹⁹ Algunos puntos extraídos del *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, p. XX. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁷⁰⁰ Para más información, “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007, pp. 13-14.

⁷⁰¹ Teniéndose en cuenta que “el trabajo de preparación y de asesoramiento técnico se debe realizar antes de que las crisis ocurran”, ALONSO, P. L., “Tendencias de la salud internacional: retos y oportunidades para nuestra sociedad” en *Gaceta Sanitaria*, 17 (3), 2003, p. 178.

En definitiva, trabajar y colaborar hacia un entendimiento común del concepto de seguridad sanitaria internacional en beneficio de la seguridad humana.

PARTE IV: LA SEGURIDAD SANITARIA Y LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES

CAPÍTULO OCTAVO: LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONAL Y LA SEGURAD SANITARIA

I. PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES.

1. EL PROPÓSITO GENERAL DE MANTENER LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES EN LA CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS.

Históricamente la seguridad internacional ha sido un complejo concepto vinculado al conflicto armado, al estudio de las hostilidades y al análisis de los enfrentamientos, en relación con las grandes líneas de acción de empleo de la fuerza u otras formas⁷⁰² de resolución de conflictos.

Como es conocido, en un contexto fuertemente castigado por el conflicto a gran escala y con el objetivo de establecer el mayor grado de concordia, surgen las Naciones Unidas, cuyo tratado fundacional contempla el principal propósito de mantener la paz y la seguridad internacionales⁷⁰³.

⁷⁰² SOTOMAYOR VELÁZQUEZ, A., “La seguridad internacional: vino viejo en botellas nuevas” en *Revista de Ciencia Política*, volumen 27, n° 2, 2007, p. 67.

⁷⁰³ Artículo 1 de la Carta de las Naciones Unidas firmada en San Francisco, Estados Unidos, el 26 de junio 1945, en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional. El texto entró en vigor el 24 de octubre de 1945, de conformidad con el artículo 110. Asimismo, dicho objetivo se desprende del Preámbulo o de forma no tan directa en los artículos 2, 5, 11, 23, 24, etc. “Desde que se fundó, se ha pedido con frecuencia la colaboración de la ONU para prevenir que las disputas desencadenen guerras, para ayudar a restaurar la paz en conflictos armados que ya

Todavía en 1945, cuando la ONU está recién nacida, las circunstancias justificaban que la seguridad internacional -que se perseguía y anhelaba-, se centrara en la supervivencia de los propios Estados, tal y como se desprendía de las reglas de la antigua gobernanza internacional. De esta manera, aunque se partía de una concepción de seguridad que puede vincularse con el propio concepto de seguridad colectiva, las expectativas de los redactores de la Carta eran las de reflejar en la misma, un complejo concepto de seguridad, con el que se pretendía alcanzar hitos más profundos⁷⁰⁴. Piénsese que, en dicho momento, comienza a ser cada vez más ostensible la existencia de problemas de orden mundial que difícilmente pueden ser gestionados desde “el espacio estricto del Estado soberano y autosuficiente”⁷⁰⁵. Por ello, la aptitud para eximir los riesgos comienza a ser una ardua tarea para unos Estados cada vez más acostumbrados a un “contexto de densa interdependencia”⁷⁰⁶, a pesar de que la lógica tendencia debería dirigirse a una mayor responsabilidad en los propios actos y buena disposición.

En este contexto, la Carta reconoce el propósito de velar por la paz y seguridad internacional como la razón principal de la unión de los pueblos.

Para ser coherente con este propósito, parece fundamental tener en cuenta que la seguridad⁷⁰⁷ no es en sí misma una “condición objetiva”⁷⁰⁸. La

hayan estallado, y para promover la paz duradera entre las sociedades que salen de las guerras”. Disponible en: <http://www.un.org/es/aboutun/untoday/peace.shtml> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁷⁰⁴ “The Report starts with the concept of collective security. The central idea is that security is based on the survival of states. This was the purpose in 1945 when the UN was created, and this is still the aim. The Report’s main argument in favor of the broad idea of collective security is that the drafters of the UN Charter already envisaged the complex array of security”. ODELLO, M., “Commentary on the United Nations’ High-Level Panel on Threats, Challenges and Change”, *Journal of Conflict & Security Law*, Vol. 10 No. 2, 2005, pp. 234–235.

⁷⁰⁵ INNERATY, D., “La gobernanza global, de la soberanía a la responsabilidad” en *Revista CIDOB d’afers internacionals*, nº 100, 2012, p. 18.

⁷⁰⁶ “La soberanía es sometida al efecto corrosivo de la interdependencia”. *Ibíd*, p. 19.

⁷⁰⁷ Los estudiosos de seguridad, en términos generales pueden dividirse en: tradicionalistas y especialistas. Estos últimos, que tienen como fin ahondar en la “noción de seguridad”, asimismo se dividen en estudios “constructivistas, postestructuralistas, feministas, de seguridad humana o críticos”. De los mencionados se quiere resaltar la Escuela de Copenhague, perteneciente a la teoría constructivista, que ha focalizado sus esfuerzos en ampliar la catalogación de sectores vinculados con la seguridad propiamente dicha. Al mismo tiempo esta corriente señala la figura

comprensión y percepción de esta cualidad dimana de la propia percepción política y global de los Estados. Por lo que, una vez superada la visión clásica, la seguridad a la que aspira la comunidad internacional institucionalizada viene siendo amplia e interdependiente, es decir, internacional.

En este sentido, el proceder natural ha avivado que el objetivo general de paz y seguridad, desde un amplio y supremo enfoque internacional, consiste en salvar y prevenir los conflictos, “al mismo tiempo [que se proporciona] seguridad para las personas mediante el desarrollo económico y social”⁷⁰⁹. De manera que tal y como se pretende demostrar en las líneas siguientes, existe una retroalimentación y completa vinculación entre seguridad humana e internacional⁷¹⁰.

En primer y fundamental lugar, la garantía y protección respecto de los múltiples riesgos y amenazas viene correspondiendo al Estado “como elemento constitutivo de su soberanía” y porque éste incide en el propio “orden internacional”⁷¹¹.

En segundo lugar, el profesor CARRILLO SALCEDO ilustra que:

“Jurídicamente, la noción de soberanía expresa en Derecho internacional el conjunto de competencias y derechos de que cada Estado independiente es titular en sus relaciones con otros Estados. Así entendida, la soberanía se

del Estado como actor dominante y referente en la política internacional, así como, en las cuestiones tradicionales de seguridad. LARENAS ÁLVAREZ, A.A., “La evolución del vínculo entre seguridad y desarrollo. Un examen desde los estudios críticos de seguridad”, *Cuadernos Hegoa*, nº 62, 2013, pp. 10-11.

⁷⁰⁸ *Ibíd.*, p. 15.

⁷⁰⁹ LÓPEZ-JACOISTE DÍAZ, M. E., “Seguridad Humana y Seguridad Internacional: elementos claves para la paz” en LÓPEZ-JACOISTE, E. (Ed), *Seguridad, defensa y desarrollo en el contexto internacional actual*, EUNSA, Pamplona, 2010, p. 181.

⁷¹⁰ “Además, la responsabilidad y el mandato del Consejo de Seguridad del artículo 24 de la Carta van más allá del “mero” mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales. También incluyen la obligación de “promover” activamente su establecimiento y mantenimiento con la menor desviación posible de los recursos humanos y económicos, hasta imponer medidas concretar para afrontar las causas últimas de la inseguridad internacional y propugne también la seguridad humana”. *Ibíd.*

⁷¹¹ LÓPEZ-JACOISTE DÍAZ, E., *op. cit.*, p. 186.

nos muestra como un principio constitucional del Derecho internacional, símbolo del hecho de que este último opera sobre la base de coordinación entre los Estados y no de subordinación entre los mismo, y su esencial consiste en el derecho a ejercer las funciones de Estado en un plano de independencia e igualdad respecto de otros Estados.

Independencia significa tanto la negación de toda autoridad política superior a la del Estado, como la exclusión de la competencia de cualquier otro Estado soberano (...).

La igualdad de los Estados hace referencia a la dimensión predominante formal de la soberanía en Derecho internacional y significa, ante todo, la igualdad de *status* jurídico de los Estados ante el Derecho internacional”⁷¹².

En consecuencia, la realidad es que la noción de soberanía adquiere cada vez mayor importancia en la práctica internacional por parte de los Estados. Como expone la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los Estados en el Informe de 2001:

“El concepto de la soberanía (...) es importante por tres motivos: en primer lugar, implica que las autoridades estatales son responsables de proteger la seguridad y la vida de los ciudadanos y promover su bienestar; en segundo lugar, sugiere que las autoridades políticas nacionales son responsables ante los ciudadanos a nivel interno y ante la comunidad internacional a través de las Naciones Unidas; y, en tercer lugar, significa que los agentes del Estado son responsables de sus actos, es decir, que han de rendir cuentas de sus actos u omisiones”⁷¹³.

Además, como es más que sabido, el Estado no es el único actor en la escena global. Tras abandonarse el criterio westfaliano, el Estado deja de ser el

⁷¹² CARRILLO SALCEDO, J. A., “Soberanía del Estado y...”, *op. cit.*, pp. 83-84.

⁷¹³ Informe de la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los Estados, “La responsabilidad de proteger”, 2001. Disponible en: http://www.ceipaz.org/images/contenido/La%20responsabilidad%20de%20proteger_ESP.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

único sujeto que demanda y proporciona seguridad, por lo que el escenario en el que se desarrolla dicha actuación se caracteriza por la existencia de una “interdependencia compleja”⁷¹⁴. En mi opinión, a pesar de la necesaria y más que útil interrelación de los distintos actores intervinientes en las relaciones internacionales⁷¹⁵ y, en general, en el propio sistema internacional; en cuestiones de seguridad, definiendo que es el Estado el que posee la función nuclear.

Frente a las amenazas, cada vez más amplias y complejas⁷¹⁶, la condición de la seguridad que debe garantizarse se agudiza notablemente; por lo que el Estado no solo ya no es el único “objeto de referencia en la seguridad”⁷¹⁷, sino que dicha responsabilidad requiere de la colaboración y cooperación con las instituciones internacionales y organizaciones no gubernamentales.

En definitiva, el propósito de paz y seguridad internacional cada vez más complejo, se va readaptando a las exigencias y nuevas amenazas a través de un tratamiento particularizado para cada contingencia⁷¹⁸.

⁷¹⁴ CUJABANTE VILLAMIL, X., “La seguridad internacional: evolución de un concepto” en *Revista de Relaciones Internacionales, estrategia y seguridad*, nº 4(2), 2009, p. 99.

⁷¹⁵ “Partiendo de que los Estados son inherentemente peligros y conflictivos [se intensifican las amenazas de orden estratégico-militar, pero del mismo modo, en la actualidad, se exponen riesgos y amenazas con efectos igual o más devastadores como puede ser una epidemia viral], CROFT plantea que las relaciones internacionales se caracterizan por: 1. La espontaneidad o insuficiencia de contener la competencia entre los Estados por el poder (y otros intereses que se obtiene vía poder), [como] elemento principal de la inseguridad. 2. A persecución de la seguridad en la base de la autoayuda. 3. La necesidad de confiar en el uso de la fuerza y la presencia de amenazas en numerosas instancias (competencia por el poder y la necesidad de actuar en la base de la autoayuda) que promueven la inseguridad”. *Ibíd.*

⁷¹⁶ Como se ha hecho alusión con anterioridad, el concepto de seguridad ha sobrepasado las básicas nociones de defensa militar e incumbe todos los grandes riesgos y amenazas que incumbe al actual mundo interdependiente. De una forma práctica y genérica, las inseguridades para el Estado, para los ciudadanos, para el mundo se pueden clasificar en: militares, políticas, económicas, sociales (como es la seguridad sanitaria) y del medio ambiente. *Ibíd.*, p. 103.

⁷¹⁷ *Ibíd.*

⁷¹⁸ En opinión de LEÓN MANRÍQUEZ, el asunto de la salud y los riesgos y amenazas que derivan del mismo es una materia contemplada a la seguridad internacional cuando ésta se complejiza y evoluciona incluyendo en su tratamiento el resto de peligros que repercuten en la seguridad internacional. LEÓN MANRÍQUEZ, J. L., “Globalización, salud y seguridad. Coordinadas de un “nuevo tema” de la agenda internacional”, *Revista CIDOB d’Afers Internacionals*, nº 72, 2006, p. 144.

2. LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES A LA LUZ DE LOS NUEVOS DESAFIOS.

Para comprender la lógica y natural progresión del concepto de paz y seguridad internacionales, en las siguientes líneas adapto al propósito de seguridad internacional, las cuatro preguntas que formula DAVID BALDWIN (“¿Qué es lo que debe ser asegurado? ¿Dónde está la amenaza? ¿Hasta qué punto es extensible el concepto de seguridad? ¿Cuáles son las amenazas, peligros y urgencias que reclaman la seguridad?”⁷¹⁹), en relación con la seguridad humana.

En este sentido, la primera idea a considerar es que el mantenimiento de la paz y seguridad internacionales, en este mundo globalizado e interdependiente, requiere una progresiva admisión y consecuente adaptación de los dispares desafíos que se pretenden evitar y contener⁷²⁰. Prueba esencial de ello es que el propio Consejo de Seguridad va adoptando, según los riesgos y amenazas, definiciones más amplias⁷²¹ y avanzadas de lo que supone la paz y seguridad⁷²².

El punto de inflexión en la percepción de los riesgos y del propio concepto de seguridad internacional, tiene lugar tras la Guerra Fría cuando se produce una progresiva reconsideración y ampliación de dicha noción. Sobre todo en esta última década⁷²³, existe un evidente cambio en la percepción de los riesgos de un Mundo globalizado, en el que se considera esencial la actuación del Consejo de Seguridad a la hora de aplicar y hacer cumplir los valores básicos sobre los que se

⁷¹⁹ BALDWIN, D., “The Concept of Security” en *Review of International Studies*, vol. 23, núm. 1, 1997, p. 6.

⁷²⁰ FRANCO VADEZ, J. A., “Control de legalidad a los actos del Consejo de Seguridad: ¿existe una vía jurisdiccional?” en *Revista jurídica Universidad Autónoma de Madrid*, nº 29, 2014, p. 130.

⁷²¹ En este sentido el Consejo de Seguridad amplió la definición de seguridad cuando incluyó la amenaza del VIH/SIDA al concepto de seguridad global. Comunicado oficial de la 4259ª sesión del Consejo de Seguridad, 19 de enero de 2001, S/PV. 4259, p. 13.

⁷²² ODELLO, M., *op. cit.*, p. 233.

⁷²³ “The Security Council has also stepped since 2007 into the perceived security of climate change”, or “the notion of international security (has been developed by) the practice of the Security Council (in order to consider) the emerging perception of infectious diseases as a security threat”. LUCA BURCI, G., “Ebola, the Security Council ...” *op. cit.*, p. 31.

sustenta la comunidad internacional⁷²⁴. De esta forma, evidentemente, se puede confirmar que dicho concepto de seguridad, en comparación con la idea originaria y el desarrollado en la Guerra Fría, es sustancialmente dispar porque las relaciones internacionales han evolucionado y porque el propósito de la seguridad internacional (y no sólo ésta) ahora lleva intrínseco la perspectiva de la seguridad humana⁷²⁵. Además, tal y como hoy en día se entiende, la securitización⁷²⁶ lleva aparejada la prevención y respuesta conjunta⁷²⁷, por ser considerado un objetivo de la comunidad internacional institucionalizada.

De este modo, el nuevo⁷²⁸ concepto de seguridad internacional tiene en cuenta todas aquellas amenazas latentes, múltiples, complejas, interrelacionadas y transnacionales que suponen un riesgo para el propósito de mantener la seguridad internacional y, en última instancia para la paz.

⁷²⁴ “The other positions the Council as the enforcer of some of the fundamental values of the international community”. *Ibid.*

⁷²⁵ *Ibid.*

⁷²⁶ La palabra securización es un neologismo, cuyo uso es aceptado por la Real Academia Española de acuerdo a una consulta directa que se realiza el 20 de diciembre de 2016 donde contestan que: “Aunque el verbo tradicionalmente empleado en inglés como equivalente de ‘asegurar, proteger’ sea *secure*, sobre este se ha formado el neologismo *securize* –y su derivado nominal *securization*–. De ellos proceden los correspondientes calcos en español, *securizar* y *securización* –y sus variantes con sonorización por influencia de *seguro*, *segurizar* y *segurización*–. En todos los contextos, son perfectamente sustituibles por expresiones patrimoniales como *asegurar* y *proteger*, que son los verbos más comúnmente empleados en contextos similares. Departamento de «Español al día», Real Academia Española”. Académicamente, “la securitización es un marco teórico que permite analizar cómo un asunto determinado pasa a convertirse en una cuestión de seguridad y yendo más allá de los planteamientos ortodoxos sobre qué es, cómo se responde, y a quién afecta e interesa una amenaza determinada, con este enfoque se puede analizar cómo se construyen la seguridad y las amenazas, para quién, con qué propósitos, en qué circunstancias y con qué resultados”. VERDES-MONTENEGRO ESCÁNEZ, J., “Securitización: agendas de investigación abiertas para el estudio de la seguridad”, *Relaciones Internacionales*, 29, 2015, p. 127.

⁷²⁷ “The task is not to assess some objective threats that “really” endanger some object, rather it is to understand the processes of constructing a shared understanding of what is to be considered and collectively responded to as a threat (Waever, 2004, p. 3)”. In ABRAHAM, T., “The Chronicle of a Disease Foretold: Pandemic H1N1 and the Construction of a Global Health Security Threat”, *Political Studies*, vol. 59, 2011, p. 799.

⁷²⁸ Entre 1999 y 2000, años en los que Canadá es miembro del Consejo de Seguridad, “manifestó en numerosas ocasiones que el Consejo debe ampliar su definición de la seguridad de modo que se incluyan en ella amenazas no tradicionales, en particular las que atañen a la seguridad humana”. Comunicado oficial de la 4259ª sesión del Consejo de Seguridad, 19 de enero de 2001, S/PV. 4259, p. 8.

Por lo que ¿cuándo se considerará que existe un riesgo real, o la percepción del mismo, susceptible de desestabilizar la seguridad?

Recientemente y, además en relación con cuestiones de salud, WALLANCE and HARMAN⁷²⁹ han sostenido que para que exista riesgo⁷³⁰, la concreta situación debe reunir cuatro condiciones:

- Poseer un potencial impacto global.
- Alta probabilidad de que dicho riesgo repercuta directamente en la sociedad, por ejemplo, causando una enfermedad.
- Capacidad de ser modificado.
- Ser considerado como un fenómeno, circunstancia o situación sin clasificación.

Mientras que la amenaza, como es analizado por RODRÍGUEZ CARRIÓN, es un concepto de complejo análisis por la variedad de acepciones que puede tener⁷³¹. El profesor alude a distintos autores⁷³² para definir la amenaza

⁷²⁹ BROWN, G. W., HARMAN, S., “Risk, Perceptions of Risk and Global Health Governance” en *Political Studies*, vol. 59, 2011, p. 773.

⁷³⁰ “Perceptions of risk at the societal level are an important precondition to securitising an issue. Unless a society is primed to perceive a threat as posing an existential risk, it will be difficult to securitise that risk. Infectious diseases have been described as ‘dreaded risks’, and therefore more susceptible to being seen as threats to security (Enemark, 2007)”. ABRAHAM, T., *op. cit.*, p. 802.

⁷³¹ “Las amenazas de la fuerza se constituyen así en elementos tan reales como la vida misma. En segundo lugar, los actores internacionales son conscientes de que las amenazas hábilmente manejadas pueden ritualizar la agresión, en el sentido de proveer salida alternativa a la agresividad humana, desactivándola. En el tercer lugar, algunas amenazas de tipo general pueden ser percibidas por los Estados simplemente como advertencias, aunque la intención real pueda ser un objetivo concreto y específico. En cuarto lugar, en las amenazas puede ser prácticamente imposible demostrar la intención coercitiva o ilegal, esto es, la conexión entre la amenaza y el daño sufrido. En quinto lugar, la amenaza puede ser igualmente percibida como forma de forzar un procedimiento de arreglo pacífico de las controversias entre Estados. Por último, los actores internacionales pueden percibir las amenazas de la fuerza como medio legítimo descentralizado de velar por el propio derecho violado...”. RODRÍGUEZ CARRIÓN, A. J., “Las nociones de “amenaza” y “uso” del arma nuclear”, en FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., *La licitud del uso de las armas nucleares en los conflictos armados, IV Jornadas de Derecho Internacional Humanitario*, Universidad de Huelva, Sevilla, 1997, pp. 103-104.

⁷³² El profesor RODRÍGUEZ CARRIÓN utiliza los conceptos de Sadurska y Schachter. *ibíd.*, p. 104.

como aquel acto que se realiza para crear angustia y miedo y que jurídicamente puede ser utilizado para que un Estado lleve a cabo actos contrarios a su voluntad. Y “habría que añadir, para ser coherentes con el artículo 2.4 de la Carta, en cualquier otra forma incompatible con los propósitos de las Naciones Unidas”⁷³³.

En definitiva, se percibirá como un riesgo o amenaza la contingencia que pueda o sea catastrófica, involuntaria o que, sin ser inmediata, pueda generar un daño en las próximas generaciones⁷³⁴. Mientras que jurídicamente es amenaza únicamente la situación determinada como tal por el Consejo de Seguridad. Ante la existencia de dichos riesgos o amenazas -de consecuencias globales-, se desarrolla la securitización⁷³⁵, que requiere de lógicas y suficientes medidas con las que responder a la existencia de los mismos.

3. LAS ACCIONES PARA EL MANTENIMIENTO DE LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES EN LA CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS FRENTE A RIESGOS Y AMENAZAS SANITARIAS.

3.1. Situaciones sanitarias que ponen en peligro la paz y seguridad sanitarias.

La salud pública, la seguridad sanitaria o el control de enfermedades infecciosas, suponen un factor esencial a tener en cuenta en las estrategias de las Naciones Unidas. No obstante, como indica DAVID FIDLER⁷³⁶, éstos comparten la posición de objetivos claves con otros elementos vitales, en relación con el propósito de seguridad de las Naciones Unidas.

Como ya he adelantado, para comprender la amplitud de la garantía de la seguridad sanitaria desde la propia Organización de Naciones Unidas y,

⁷³³ *Ibid.*

⁷³⁴ ABRAHAM, T., *op. cit.*, p. 802.

⁷³⁵ “Three facilitating conditions are required for successful securitisation: it must follow the accepted grammar of security; it must come from an actor in a position of authority to pronounce on security; and it helps (but may not be necessary) if the object can generally be held to be threatening MCINNES, 2004, p. 51”. *Ibid.*, p. 799.

⁷³⁶ FIDLER, D. P., “The UN and the Responsibility...”, *op. cit.*, p. 45.

partiendo de que Naciones Unidas es garante de la seguridad internacional, hay que mantener presente la referencia básica de que cualquier enfermedad infecciosa o contagiosa puede suponer una clara amenaza para la paz y la seguridad internacionales⁷³⁷.

El propio Consejo de Seguridad ha reconocido que “corresponde a la comunidad internacional la responsabilidad de luchar contra (...) epidemia(s) que no conoce(n) fronteras”⁷³⁸ mediante intensificadas y coordinadas medidas. Por lo que, las Naciones Unidas⁷³⁹ actuarán para intentar prevenir o suprimir cualquier riesgo o amenaza de dicho calibre, sobre todo cuando el Estado de forma particular, no puede proteger a su población. La prohibición de intervenir en los asuntos internos, que se desprende del artículo 2(7) de la Carta de Naciones Unidas, en ningún caso puede ser confundido con el “derecho a intervenir” que deriva de la responsabilidad de proteger⁷⁴⁰, la cual ostentan, en primer lugar, los propios Estados individualmente considerados. Una muestra de ello, tomando como ejemplo el último y grave suceso de amenaza a la seguridad sanitaria internacional, es cuando el Consejo de Seguridad afirma que en el caso de la respuesta por la reaparición de la epidemia del Ébola⁷⁴¹ en Liberia, sería el Gobierno de este Estado “el principal responsable de asegurar la paz, la estabilidad y la protección de la población civil de Liberia y [así como de] lograr una estabilidad duradera en Liberia”⁷⁴². Y si los responsables principales no

⁷³⁷ Así ya fue reconocido por el Secretario General de Naciones Unidas Report of the Secretary-General about “In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All”, 59th Sess., UN Doc. A/59/2005 (2005).

⁷³⁸ Comunicado oficial de la 4259ª sesión del Consejo de Seguridad, 19 de enero de 2001, S/PV. 4259, p. 10.

⁷³⁹ “Identifying the responsibility to practice public health as a strategic principle conceptually in UN reform analyses and developments in global public health underscores the importance of this responsibility to the UN, its member states, and non-state actors in contemporary world politics”. FIDLER, D. P., “The UN and the Responsibility...”, *op. cit.*, p. 59.

⁷⁴⁰ ODELLO, M., *op. cit.*, p. 240. En el próximo epígrafe de este trabajo se desarrolla en mayor profundidad esta materia.

⁷⁴¹ Calificada por la OMS como emergencia internacional de salud pública. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁷⁴² Consejo de Seguridad, S/RES/2176 (2014), de 15 de septiembre de 2014.

pudieran, la responsabilidad de proteger recaería en la comunidad internacional, a través de la acción del Consejo de Seguridad, en última instancia, como en páginas posteriores se describirá.

De acuerdo con el propósito principal de la ONU (y de cada uno de sus órganos, en la medida que le corresponde) de velar y salvaguardar la paz y la seguridad internacionales, como se desprende de toda la Carta, el arreglo pacífico de las controversias es determinado en el capítulo VI también de ésta. En caso de que se ponga en peligro la paz y seguridad internacionales, el Consejo de Seguridad puede investigar cualquier situación y realizar las oportunas recomendaciones, sobre los métodos o procedimientos más apropiados de acuerdo con el arreglo pacífico de controversias. El principio de responsabilidad primaria del mantenimiento de la paz y seguridad internacionales, de acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas, recae en el Consejo de Seguridad.

De manera más concreta, en caso de que se desarrolle cualquier situación que suponga un riesgo o amenaza a la seguridad sanitaria que sea considerada también un riesgo para la paz y seguridad internacionales, el Consejo de Seguridad analizará la trascendencia y el peligro de dicho hecho que provocarán controversia o fricción internacional.

Por lo que ante una situación que ponga en peligro la seguridad internacional, de acuerdo con el capítulo VI de la Carta, se podrá recomendar una acción preventiva que permita cumplir con el propósito máximo de la Carta. Por ejemplo, respecto a la reciente epidemia de ébola el Consejo de Seguridad, en su primera resolución, recomendó a la comunidad internacional a que proporcionaran “médicos cualificados y equipo”⁷⁴³.

Además de acuerdo con el artículo 99, cuando el Secretario General considere que existe una cuestión que supone un riesgo o una amenaza para la seguridad internacional, podrá transmitirlo al propio Consejo de Seguridad. Esto quiere decir que el Secretario General es el que tiene la responsabilidad de llamar

⁷⁴³ Página 2 de la Resolución 2176 (2014), de 15 de septiembre de 2014.

la atención del Consejo de Seguridad⁷⁴⁴, cuando él considere que existe un peligro -presente o potencial- que pone en peligro la paz y seguridad internacionales.

Por ello, tal y como se viene determinando, cuando el Consejo de Seguridad no se pronuncie *motu proprio* ante situaciones que supongan un riesgo para la seguridad sanitaria y, al mismo tiempo, para la aludida seguridad internacional, el Secretario General⁷⁴⁵ o éste por solicitud de la OMS, alertará al Consejo de Seguridad de la circunstancia.

Como LUCA BURCI expone: “The Secretary-General fully endorsed a broader notion of security including ‘deadly infectious disease and environmental degradation’ and declared his readiness to use Article 99 of the Charter to bring to the attention of the Security Council, in consultation with WHO, any overwhelming outbreak of infectious disease that threatens international peace and security”⁷⁴⁶.

Asimismo y, sin perjuicio de que en siguientes apartados se haga referencia de nuevo, la Asamblea General⁷⁴⁷ también comparte la responsabilidad de mantener la paz y seguridad internacionales⁷⁴⁸. De acuerdo con el capítulo IV de la Carta, la Asamblea General, aunque podrá conocer una situación o cuestión relacionado con el mantenimiento de la paz y seguridad internacionales, no puede

⁷⁴⁴ Sobre sí se incluye implícitamente la posibilidad de que también se pueda llamar la atención de la Asamblea General no me detengo. Véase: FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., *Operaciones de las Naciones Unidas para el Mantenimiento de la Paz*, vol. I, Universidad de Huelva Publicaciones, Huelva, 1998, pp. 63-65.

⁷⁴⁵ Asimismo fue reconocido por el propio Secretario General cuando directamente especificó que: “And I myself stand ready, in consultation with the Director-General of the World Health Organization, to use my powers under Article 99 of the Charter of the United Nations to call to the attention of the Security Council any overwhelming outbreak of infectious disease that threatens international peace and security”, Report of the Secretary-General about “In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All”, 59th Sess., UN Doc. A/59/2005 (2005), párrafo 105.

⁷⁴⁶ LUCA BURCI, G., “Ebola, the Security Council ...” *op. cit.*, p. 34.

⁷⁴⁷ Para conocer un estudio en profundidad, véase: FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*, pp. 44-53.

⁷⁴⁸ “Respecto a las competencias de la Asamblea General en el arreglo pacífico de controversias, muestra como la Carta ha querido hacerla co-partícipe en esta función de mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales”. *Ibíd*, p. 52.

realizar recomendaciones si el Consejo de Seguridad está conociendo la controversia o situación⁷⁴⁹. No obstante, en todo momento podrá, lógicamente, llamar la atención del Consejo de Seguridad ante estas situaciones susceptibles de poner en peligro la paz y seguridad internacionales. En conexión con el capítulo VI, las medidas recomendadas por la Asamblea General, naturalmente, deberán ser de carácter pacífico. Esto es, si partimos del artículo 35, cualquier miembro puede llevar una controversia a la Asamblea General o al Consejo de Seguridad. Pero, la Asamblea además puede recomendar sobre cualquier situación (y no solo controversia) y, especialmente ostenta dicha labor, cuando el Consejo de Seguridad no esté autorizado a realizar recomendaciones.

En opinión del profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, las funciones que puede desarrollar la Asamblea General en ningún caso “supone un abuso de competencia *ultra vires* (...) sólo se trata de ejercer las competencias concurrentes que la Carta le asigna a la Asamblea⁷⁵⁰. De hecho, en ocasiones en la práctica, la Asamblea adopta resoluciones sobre un caso, que al mismo tiempo conoce el Consejo de Seguridad, solo con la finalidad de darle mayor apoyo. Por ejemplo, en la misma línea que las Resoluciones del Consejo de Seguridad 2176 y 2177⁷⁵¹, varios días después la Asamblea General adopta una resolución sobre “medidas para contener y combatir el reciente brote del Ébola en África Occidental”⁷⁵².

3.2. Amenazas sanitarias que afectan a la paz y seguridad internacionales.

Cuando la epidemia o situación de riesgo a la seguridad sanitaria suponga una amenaza a la paz y seguridad internacionales las acciones adoptadas deben

⁷⁴⁹ La razón es “proteger la responsabilidad primaria del Consejo en el mantenimiento de la paz y seguridad internacionales”. *Ibid.*, p. 49.

⁷⁵⁰ *Ibid.*

⁷⁵¹ Consejo de Seguridad, S/RES/2176 (2014), de 15 de septiembre de 2014 y S/RES/2177 (2014), de 15 de septiembre de 2014.

⁷⁵² Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de septiembre de 2014, “medidas para contener y combatir el reciente brote del Ébola en África Occidental”, Sexagésimo noveno período de sesiones de 23 de septiembre de 2014, A/RES/69/1.

basarse en el capítulo VII⁷⁵³ de la Carta. “Chapter VII (is) a tool to mobilize international health interventions”⁷⁵⁴.

Sucintamente, para que exista amenaza (actual y real), quebrantamiento o incluso acto de agresión a la paz y seguridad internacionales es preciso que así sea determinado por el Consejo de Seguridad. Esa especial situación será reconocida por el Consejo de Seguridad a través de una resolución vinculante que suele ir acompañada de la autorización para que mediante la acción coercitiva se mantenga o restaure la paz y seguridad internacionales. Las medidas, no recomendatorias, podrán ser con o sin uso de fuerza. No obstante, con base al artículo 40, el Consejo de Seguridad también podrá instar a que se cumplan medidas de arreglo pacífico de la controversia, como las Operaciones para el Mantenimiento de la Paz (en adelante OMP⁷⁵⁵). Las características definitorias de este instrumento es que, además de que lógicamente están subordinadas a los propósitos de las Naciones Unidas, deben cumplir tres requisitos claves: se debe establecer con el consentimiento de las partes, la operación debe conservar la naturaleza de imparcial y no está permitido el uso de la fuerza (salvo en casos de legítima defensa). Esto implica que, aunque se adopten de acuerdo con un artículo ubicado en el capítulo VII, no pueden cruzarse las finas líneas que existe entre los artículos que lo encierran. Por ejemplo, no estaría justificado la imposición de una OMP, ya que perdería al menos uno de sus requisitos, o del mismo modo, no se podría desarrollar una operación con el propósito de mantener la paz.

De manera práctica y retomando la epidemia del ébola, en la Resolución 2177⁷⁵⁶, el Consejo de Seguridad reconoció, de acuerdo con el artículo 39 de la Carta, que: “Habiendo determinado que el alcance sin precedentes del brote del ébola en África constituye una amenaza para la paz y seguridad internacionales”. Me gustaría precisar que puede suscitar duda el hecho de que el gerundio

⁷⁵³ Artículo 39 a 51 inclusive de la Carta de Naciones Unidas.

⁷⁵⁴ LUCA BURCI, G. & QUIRIN, J., “Ebola, WHO...”, *op. cit.*

⁷⁵⁵ Para conocer un estudio en profundidad, véase: FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*

⁷⁵⁶ “The most cogent recognition”. LUCA BURCI, G. & QUIRIN, J., “Ebola, WHO...”, *op. cit.*

compuesto de “habiendo determinado” no se refiera a que ya ha sido determinada la amenaza previamente. No obstante, además de que el Consejo de Seguridad solo se pronunció, con anterioridad sobre dicha pandemia, en la Resolución 2176, en otras lenguas oficiales e igualmente válidas, se desprende el sentido de presente⁷⁵⁷. Por lo que confirmo que es la primera declaración en la que se reconoce la existencia del ébola como amenaza a la paz.

Cuando la gravedad lo permita, antes de que se adopten medidas fundamentadas en el propio capítulo VII (es decir en base a los artículos 41 o 42), dicho órgano instará a las partes concernidas en el caso, a que adopten ciertas medidas provisionales, con el objetivo de intentar solventar la situación en concreto.

En caso de que este primer nivel no surta efecto o no sea aceptado, el Consejo de Seguridad determinará las medidas que no impliquen el uso de la fuerza armada pero sí obligatorias⁷⁵⁸. Dichas medidas serán variadas y podrán consistir desde interrumpir las relaciones económicas, hasta el cierre cautelar de las comunicaciones de cualquier tipo o por cualquier medio. De esta manera, el Consejo de Seguridad, en la resolución que se viene comentando, por ejemplo, exhorta a que se reanuden las comunicaciones restringidas de forma unilateral⁷⁵⁹, lo cual es una decisión que no implica el uso de fuerza y que es tomada por el Consejo de Seguridad de acuerdo con el artículo 41 de la Carta. En este ejemplo señalado no se insta a los Estados a que interrumpan las comunicaciones, sino que el riesgo de aislamiento, justifica que se produzca la comunicación y circulación de bienes y servicios.

⁷⁵⁷ Por ejemplo, tanto en inglés: “Determining that the unprecedented extent of the Ebola outbreak in Africa constitutes a threat to international peace and security”, como en francés: “Jugeant que l’ampleur extraordinaire de l’épidémie d’Ebola en Afrique constitue une menace pour la paix et la sécurité internationales” se utiliza el tiempo verbal en gerundio “determinando” o “juzgando”. Resolución 2177 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268ª sesión, de 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014).

⁷⁵⁸ Artículo 41 de la Carta de las Naciones Unidas.

⁷⁵⁹ Párrafo 4 de la Resolución 2177 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268ª sesión, de 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014).

Y en último lugar, la Carta prevé que cuando las circunstancias lo requieran, es decir, cuando “hayan fracasado todos los medios pacíficos”⁷⁶⁰ y la amenaza sea importante, dichas medidas pueden ejercerse “por medio de fuerzas aéreas, navales o terrestres (siempre) que sea necesaria para mantener o restablecer la paz y la seguridad internacionales”⁷⁶¹.

A pesar de que, hasta el momento, afortunadamente, el artículo 42 no ha sido invocado para restablecer la paz y seguridad internacionales en relación con cuestiones de salud, en el siguiente capítulo contemplo la posibilidad de que los efectos incontrolables de una pandemia así lo exijan. De esta forma adelanto, que el Consejo de Seguridad podría construir cordones sanitarios en los que se mantenga o restablezca la paz y seguridad internacional. Por ejemplo, el necesario bloqueo o el control (incluso supresión) del movimiento de bienes o personas con la ayuda de las fuerzas armadas, requerirá que se justifique en el artículo 42 de la Carta.

II. LA PROTECCIÓN DE LA SEGURIDAD SANITARIA Y LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES.

1. SEGURIDAD SANITARIA, SEGURIDAD HUMANA Y PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES.

En base a la idea de que “la seguridad internacional, la defensa nacional, el desarrollo económico y la libertad humana son elementos esenciales e indivisibles para alcanzar y mantener la paz”⁷⁶² en este apartado se pretende estudiar la vinculación entre estos tres elementos.

En primer lugar, en relación con la seguridad internacional, su actual extensión está fuertemente influenciada por la multidimensionalidad y la interconexión de los asuntos globales y la realidad internacional. Ésta ha

⁷⁶⁰ GHALI, B. B., “Un programa de paz”, FASOC, vol. VIII, n°1. Asamblea General, Cuadragésimo séptimo período de sesiones, 17 de junio de 1992, A/47/277.

⁷⁶¹ Artículo 42 de la Carta de las Naciones Unidas.

⁷⁶² LÓPEZ-JACOISTE DÍAZ, E., *op. cit.*, p. 169.

sobrepasado la visión más ortodoxa de seguridad⁷⁶³. La actual seguridad internacional, redefinida y actualizada, es entendida como la “respuesta a las nuevas amenazas”⁷⁶⁴ y, en realidad, es el Estado (el actor primordial de las relaciones internacionales) el encargado de proporcionar seguridad. Por ello, el concepto amplio y actual de seguridad internacional se apoya en que “la estrategia reactiva es reemplazada por una preventiva, basada en la cooperación entre Estados, la prevención de conflictos y la construcción de la paz”⁷⁶⁵. El motivo esencial de ello, de manera sencilla, es que la ampliación y adaptación de los nuevos riesgos y amenazas exige continuar con un enfoque centralizado en el propio Estado capaz de tener en cuenta las nuevas formas de dichas amenazas y su contemplación en las políticas, desde la perspectiva de la colectividad internacional. No obstante, cuando dichos riesgos y amenazas no puedan ser anulados o controlados y acaben incidiendo en la paz y seguridad internacionales, entrará en juego Naciones Unidas aplicándose los capítulos VI o VII de la Carta.

En segundo lugar, respecto a la seguridad humana, además de lo ya expuesto en las páginas anteriores, es un concepto en proceso de maduración que puede percibirse desde distintos enfoques. “La seguridad humana refleja la progresiva convergencia entre las agendas de paz, seguridad, desarrollo y derechos humanos”⁷⁶⁶. Consiste, de este modo, en un concepto “defensivo” e “integrador”⁷⁶⁷, es decir, no plantea el propósito estrictamente defensor del territorio y además incumbe a la protección del individuo en las distintas dimensiones (locales, estatales y globales, a diferencia de la seguridad internacional que solo opera a ésta última⁷⁶⁸). La sencilla explicación es que los nuevos riesgos, amenazas y, en definitiva, muchas de las nuevas preocupaciones

⁷⁶³ En parecidos términos se pronuncia la visión más radical relativa al estudio relativo a la seguridad internacional y la ampliación de su concepto. SOTOMAYOR VELÁZQUEZ, A., *op. cit.*, p. 70.

⁷⁶⁴ LARENAS ÁLVAREZ, A.A., *op. cit.*, p. 18.

⁷⁶⁵ *Ibíd.*

⁷⁶⁶ LÓPEZ-JACOISTE DÍAZ, E., *op. cit.*, p. 175.

⁷⁶⁷ *Ibíd.*

⁷⁶⁸ *Ibíd.*

internacionales consisten en fenómenos que sobrepasaban los objetivos de la seguridad tradicional. Estos requerían de cooperación internacional⁷⁶⁹, de manera que se ha llegado a asumir la necesidad de “una provisión de seguridad que va más allá de la seguridad física. [Anteponiendo el individuo sobre el Estado,] se trata de identificar las amenazas, de rechazarlas, siempre que sea posible y de mitigar sus efectos cuando ya hayan ocurrido”⁷⁷⁰.

El resultado que ha tenido este fenómeno, en opinión de EMMA ROTSCHILD⁷⁷¹, es que se ha materializado propagándose en 4 escenarios: en un primer “nivel sistémico y estatal”, que repercute directamente en el propio individuo reconociéndolo como objeto primordial; en segundo lugar, abarcando al conjunto de Estados; de forma horizontal, sobre cuestiones transversales como “políticas, económicas, sociales y culturales”; y finalmente, como una obligación internacional que engloba a los distintos actores de la esfera internacional.

Todo lo mencionado nos permite razonar que “la Seguridad Humana es condición y consecuencia de la paz y la seguridad internacionales”⁷⁷², es decir, la seguridad humana es parte inseparable de la paz y seguridad internacionales.

Asimismo, se interpreta al ser humano como base esencial de la seguridad, como objeto por excelencia de las políticas de la seguridad humana y, por tanto, como actor de las relaciones internacionales. De manera que el óptimo funcionamiento del propio sistema internacional también dependerá de la seguridad del individuo y del resto de conexiones, que del mismo modo deben concordar. Esto es, simultáneamente la seguridad humana perseguirá el propósito de minimizar las amenazas a la paz y seguridad internacionales y de construir un Estado fuerte, ya que todo ello protege a su finalidad por excelencia⁷⁷³. Por tanto, de forma complementaria y desde una perspectiva general, tanto la seguridad

⁷⁶⁹ LARENAS ÁLVAREZ, A.A., *op. cit.*, p. 18.

⁷⁷⁰ *Ibíd.*, p. 20.

⁷⁷¹ ROTHSCHILD, E., “What is Security”, *Daedalus*, nº 124, 1995, p. 72.

⁷⁷² LÓPEZ-JACOISTE DÍAZ, E., *op. cit.*, p. 170.

⁷⁷³ LARENAS ÁLVAREZ, A.A., *op. cit.*, p. 23.

humana como la seguridad internacional comparten finalidades -aunque en diferente orden de preeminencia-. Por ejemplo, la proyección de la seguridad internacional desde una perspectiva subjetiva se aproximará a la de la seguridad humana, cuando existe paz en un Estado o comunidad y se aspira a garantizar los derechos humanos o la buena gestión de los asuntos públicos⁷⁷⁴, entre otros importantes propósitos.

En mi opinión, la mayor distinción entre ambas perspectivas de seguridad, recae en el propio objeto, mientras que una tiene por esencial el ser humano; otra, el instrumento o el aparato sobre el que se construye, es el propio Estado como garante de la Seguridad desde la perspectiva nacional y, fundamentalmente, internacional. Y es que, aunque la seguridad Humana se encuentre amenazada por diversos aspectos económicos, alimentarios, sanitarios, etc., la realidad es que las verdaderas y eficientes medidas se adoptarán por parte de los Estados de forma individual o colectiva (desde la esfera internacional)⁷⁷⁵. Todo ello sin perjuicio de los compromisos de la comunidad internacional por garantizar la seguridad humana a través de las obligaciones jurídicamente vinculantes que se derivan de los tratados internacionales, preferentemente, relativos a los derechos humanos⁷⁷⁶.

En tercer lugar, respecto a la seguridad sanitaria, desde hace años la propagación de enfermedades infecciosas se recoge como una de las principales amenazas a la seguridad en general, por ser causa de inestabilidad, generadora de conflictos y, en definitiva, contraria al mantenimiento de la paz⁷⁷⁷.

Como primera idea a tener en cuenta, el principal obstáculo con el que cuenta la salud, es el tratamiento médico o farmacológico que, en muchas ocasiones, no puede realizarse de manera aislada, ya sea en una perspectiva individual e incluso global. Éste adquiere un carácter transversal a otras causas de

⁷⁷⁴ LÓPEZ-JACOISTE DÍAZ, E., *op. cit.*, p. 182.

⁷⁷⁵ “A la hora de adoptar medidas concretas, pesan más las motivaciones políticas de los Estados que esta dimensión humana de la seguridad”. *Ibíd*, p. 178.

⁷⁷⁶ *Ibíd*, pp. 196-197.

⁷⁷⁷ Seguridad humana, Informe del Secretario General. A/64/701, de 8 de marzo de 2010, párrafo 45.

riesgo para la seguridad⁷⁷⁸ y, además, tiene en su contra el factor de la propagación⁷⁷⁹. Por lo que, todo progreso en materia de salud pública (sobre cuestiones de seguridad u otras) es esencial para que la vida de la persona pueda desarrollarse con dignidad.

Sin necesidad de atender a razones de orden jurídico-internacional, la relación entre la sanidad y la seguridad aparece en los aspectos más simples de la vida cotidiana. Así en nuestro Diccionario de la Real Academia Española (en adelante DRAE), en su acepción relativa a la seguridad social, establece como significado de la misma: “Organización estatal que se ocupa de atender determinadas necesidades económicas y sanitarias de los ciudadanos”. Tradicionalmente, el Estado, “concebido como una unidad homogénea, racional y universal”⁷⁸⁰, guarda y defiende la integridad territorial y el interés general de la sociedad de las amenazas tanto exteriores como interiores⁷⁸¹. Esto es, la seguridad es una meta y un valor básico para todo individuo y para el propio Estado, ya que, en última instancia, seguridad se traduce en protección.

Por otro lado, salud como ya se ha dicho supone un concepto integral, transversal y positivo. Y es un objetivo que se resiste a ser alcanzado debido a riesgos, amenazas, vulnerabilidades o deficiente desarrollo socio-económico que imposibilita avanzar en su consecución. Desde la perspectiva de la seguridad internacional, para que exista salud se requiere protección, supervisión e

⁷⁷⁸ “The heart of the security agenda is protecting lives”. El fin último para la Seguridad, ya sea humana, internacional o cualquiera, es proteger la vida. LUCA BURCI, G., “Ebola, the Security Council ...” *op. cit.*, p. 32.

⁷⁷⁹ FIDLER, D. P., “The UN and the Responsibility...”, *op. cit.*, p. 42.

⁷⁸⁰ PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 92.

⁷⁸¹ En opinión de PAREJA ALCARAZ y SEUBA HERNÁNDEZ, “los rasgos definatorios de la [concepción tradicional de seguridad] son su marcado estatocentrismo, la caracterización de las relaciones interestatales como “un dilema de seguridad”, la creencia en el equilibrio de poderes como garantía para el mantenimiento de la paz internacional, la centralidad de los recursos militares y la preeminencia de las amenazas exteriores al Estado respecto de otros desafíos a su seguridad”, *Ibíd*, p. 75.

implementación por la comunidad en general de estrategias particulares bien definidas y adecuadas a las condiciones y situaciones⁷⁸².

Para que exista una amenaza a la salud de trascendencia internacional (que incluso pueda afectar a la seguridad internacional) deben converger las siguientes circunstancias:

- Sea una enfermedad contagiosa que se transmita de persona a persona,
- no necesite vectores,
- no existe conexión geográfica específica,
- se incuba de forma silenciosa durante al menos una semana,
- comparta síntomas característicos de otras enfermedades,
- provoque la muerte de al menos un 10% de los afectados⁷⁸³.

La concurrencia de dichos aspectos generará una propagación sencilla a través del desplazamiento de mercancías y viajeros, fundamentalmente. Por lo que, al riesgo sanitario, se le añaden otras consecuencias como la “ansiedad pública” o sustanciales pérdidas económicas.

En atención a lo expresado y ante la pregunta: ¿existe conexión entre seguridad y salud? Tengo el firme convencimiento de que para combatir y evitar la inestabilidad (o lo que es lo mismo, la amenaza a la seguridad) en la salud (sanitaria), se deben adoptar medidas que perfeccionen el sistema de garantía que

⁷⁸² Las amenazas a la salud suelen ser mayores para los más pobres, “particularmente los niños y los habitantes de las zonas rurales” ya que nadie queda exento. No obstante, las principales causas de riesgos suelen no coincidir. “En los países en desarrollo las principales causas de defunción son las enfermedades contagiosas y parasitarias. (...) La mayoría de esas muertes se deben a la mala nutrición y a un medio ambiente inseguro, particularmente al abastecimiento de agua contaminada, que contribuye a casi 1.000 millones de casos de diarrea por año. (Por otro lado) en los países industrializados las enfermedades que más muertes provocan son las del sistema circulatorio, que se suelen vincular a la dieta y al estilo de vida. A continuación, viene el cáncer, que en muchos casos tiene causas ambientales...” “Informe Sobre el Desarrollo Humano 1994...” *op. cit.*, pp. 31-32. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

⁷⁸³ *Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*, OMS, pp. XVIII y 40. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

hace posible evitar los distintos riesgos y amenazas⁷⁸⁴. Esto es, existe una compleja y necesaria vinculación entre seguridad y salud que, aunque va evolucionando⁷⁸⁵ y perfeccionándose, afecta a la subsistencia y calidad de la vida de las personas, a la economía y hasta a la política.

En definitiva, la consonancia que existe entre ambas nociones se concentra en la idea de que “invertir en salud (permitirá) forjar un porvenir más seguro”⁷⁸⁶.

De forma más pragmática, la seguridad sanitaria se verá interrelacionada con la seguridad internacional (o estatal) en situaciones como: las crisis sanitarias que se generan por conflictos o emergencias humanitarias, por enfermedades infecciosas, por problemas de salud originados por desigualdad o pobreza⁷⁸⁷, por ser un instrumento de actos terroristas, etc.

Como ya se ha puesto de manifiesto, la seguridad sanitaria surge tras la necesidad de que las enfermedades infecciosas o los riesgos de salud pública tengan que ser contemplados como amenazas a la seguridad⁷⁸⁸. Al mismo tiempo este tipo de riesgos, en un mundo globalizado como el actual, conlleva que tanto la prevención, como con más incidencia, la respuesta que deba darse a la amenaza, han de ser globales y lo más coordinadas posible, ya que es un fenómeno movedizo y dinámico, porque no hay fronteras que las contengan.

⁷⁸⁴ Las crecientes amenazas mundiales para la salud aumentan la interdependencia entre salud y seguridad, lo cual afecta de forma global y aboga a la colaboración entre los actores de derecho internacional para controlar los nuevos factores que suponen un riesgo o amenaza a la seguridad, como: el freno de la propagación en las fronteras, entre otros.

⁷⁸⁵ “History has demonstrated repeatedly how health and disease have interacted with military security. Epidemics have changed the course of battle; health of soldiers has determined victory; and sometimes induction of illness among combatants or even civilians have been employed in attempts to change the course of combat”. CHEN, L. C., “Health as a Human Security Priority for the 21st Century”, *Paper for Human Security Track III*, Helsinki Process, 2004, p. 4.

⁷⁸⁶ Éste fue el objetivo primordial que apoyó la OMS en el Día Mundial de la Salud de 2007. Véase: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/en/> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁷⁸⁷ CHEN, L. C., *op. cit.*, p. 2.

⁷⁸⁸ “The main rationale behind the increasing securitization of health is the perception that highly pathogenic infectious diseases spreading internationally may undermine the political, economic and social bases for a state’s stability, plunge it into chaos and possibly lead to massive population displacement; this in turn would reverberate regionally and cause further instability and conflict that could also affect the security perception of third states with interests in the affected region”. LUCA BURCI, G., “Ebola, the Security Council ...” *op. cit.*, p. 35.

Como reconoce la propia OMS un brote o epidemia en una parte del mundo en solo varias horas puede ser una amenaza en cualquier lugar⁷⁸⁹.

Dicha respuesta, como esencial medio de reparación, es lo que FIDLER⁷⁹⁰ denomina “high politics” y que pueden consistir en medidas de procedencia nacional o internacional. En ambas situaciones de movilización global es la prevención o mitigación del particular riesgo lo que impide que el acontecimiento se convierta en amenazas interregionales. El principal riesgo es que una posible pandemia, lo cual es una amenaza para la salud global, como cualquier tipo de infección, puede ser transmitida de manera más rápida y fácil⁷⁹¹ que con anterioridad en el tiempo⁷⁹². Frente a esto, la solución más sencilla es que el conjunto de la comunidad internacional se organice de manera que, ante estos riesgos de emergencia⁷⁹³, se lleven a cabo las oportunas actuaciones de vigilar, detectar, verificar y, en último caso, de dar respuesta⁷⁹⁴. En definitiva, los brotes de enfermedades infecciosas u otro tipo de riesgos incidentales en la salud⁷⁹⁵, tendrán que ser controlados a través de una efectiva y coordinada respuesta global. Tanto la securitización, como el desarrollo⁷⁹⁶ de este sistema, supone un factor

⁷⁸⁹ “An outbreak or epidemic in one part of the world is only a few hours away from becoming an imminent threat somewhere else”. WHO, “The world health report 2007. Global Public Health Security in the 21st Century”, Geneva, 2007, p. 6. Disponible en: http://www.who.int/whr/2007/07_overview_en.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

⁷⁹⁰ FIDLER, D. P., “Public Health and National Security in the Global Age: Infectious Diseases, Bioterrorism and Realpolitik”, *The George Washington International Law Review*, 35, 4, 2003, p. 790.

⁷⁹¹ “Coming to view that such interconnectedness between poor and wealthy travelers increased the risk of infection spreading across the globe”, DAVIES, S. E., *op. cit.*, p. 299.

⁷⁹² *Ibid*, p. 295.

⁷⁹³ DAVIES, S. E., *op. cit.*, p. 300.

⁷⁹⁴ KAMRADT-SCOTT, A., *op. cit.*, p. 240.

⁷⁹⁵ El profesor FIDLER clasifica en tres los riesgos relacionados con salud que un estado, como Estados Unidos, puede contemplar como amenaza: el bioterrorismo, la propia globalización como causa que extiende el riesgo o el perjuicio de este tipo de amenazas en los propios intereses nacionales. FIDLER, D. P. et al, “Emerging and reemerging infectious diseases: challenges for international, national and state law” en *International Lawyer*, vol. 31, 3, 1997, pp. 773-779.

⁷⁹⁶ For example, “after the events of 11 September 2001, and in particular the anthrax attacks that followed, this emerging infectious disease discourse was strengthened and gained salience through

primario y sustancial a la hora de prevenir y contener pandemias y otros riesgos de contenido sanitario.

En el sentido descrito, se puede apreciar que la seguridad sanitaria se encuentra habitualmente conectada con la propia seguridad internacional, como KOFI ANNAN puntualizaba, la seguridad internacional implica “the security of people in their homes, jobs and communities”⁷⁹⁷.

Reiteradamente el Consejo de Seguridad ha afirmado que, para construir la paz y seguridad internacionales, además de la ausencia de amenaza, es preciso que exista un proceso de desarrollo social y económico. En estos términos las epidemias y otros riesgos sanitarios, como ampliamente se ha reconocido a propósito del VIH⁷⁹⁸, son una clara amenaza a la seguridad internacional⁷⁹⁹. No obstante, en cierto modo, parece oportuno tener en cuenta que la mayoría de estas amenazas globales o internacionales, tienen tal consideración por el simple hecho de ser problemas de carácter transnacional que requieren de tácticas de colaboración que les permitan alcanzar la ausencia de peligro⁸⁰⁰.

Todo este progresivo proceso de securitización por proteger la salud de los individuos (es decir, desde una perspectiva esencialmente humana), encuentra su fundamento sustancial en que la salud es un puente para la paz⁸⁰¹.

En consecuencia, como si de un proceso de concatenación se tratara, pero sin un eje vertical, garantizar la salud es una respuesta positiva a la seguridad

concerns about bioterrorism and through the securitization of public health that occurred after public health institutions and officials were drafted into the war against bioterrorism”. ABRAHAM, T., *op. cit.*, p. 803.

⁷⁹⁷ *Ibid*, p. 806.

⁷⁹⁸ Comunicado oficial de la 4259ª sesión del Consejo de Seguridad, 19 de enero de 2001, S/PV. 4259, p. 3.

⁷⁹⁹ Una epidemia fuera de control puede generar un riesgo para la estabilidad y seguridad de los estados. Consejo de Seguridad, S/RES/1308 (2000), de 17 de junio de 2000.

⁸⁰⁰ “Security means freedom from danger”, GWYN PRINS, M. A., “Public Medicine and Global Security: The Challenge and the Opportunities”, *Medicine and War*, vol. 8, 1992, p. 245.

⁸⁰¹ “Health as a bridge to peace”. MCINNES, C., LEE, K., “Health, security and foreign policy”, *Review of International Studies*, 32, 2006, p. 17.

sanitaria. Al mismo tiempo esto beneficia a la seguridad estatal y a la seguridad internacional. Y en última instancia repercute en la paz. Cubrir las necesidades básicas de los seres humanos (como es la salud) provoca estabilidad, disminución de riesgos y amenazas, en definitiva, contribuye a alcanzar la paz.

2. LA SEGURIDAD SANITARIA EN EL MARCO LA CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS.

2.1. Cuestiones de salud como amenaza a la paz y a la seguridad internacionales.

Como es de general conocimiento y ya ha sido puesto de manifiesto, la propia Carta de las Naciones Unidas le confiere directamente al Consejo de Seguridad “la responsabilidad primordial de mantener la paz y la seguridad internacionales”⁸⁰². Además, en 1992 el Consejo de Seguridad incluyó en su agenda el objetivo de “la responsabilidad del Consejo de Seguridad en el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales”⁸⁰³.

Es por ello que “Security Council must act -as envisaged in the Charter- as the guardian of the security of nations”⁸⁰⁴. En este sentido, definir si una concreta situación supone una amenaza para la paz y seguridad internacional incumbirá al propio Consejo de Seguridad, extendiéndose por ello esta capacidad hasta para determinar que un expreso conflicto interno es de cierta trascendencia internacional⁸⁰⁵. En síntesis, la idea base es que tanto el Secretario General como el Consejo de Seguridad, cada uno dentro de sus competencias, deberán actuar de manera constructiva y pacífica.

⁸⁰² Recuérdese el artículo 24 de la Carta.

⁸⁰³ Decision of 31 January 1992, 3046th meeting of the Security Council, (S/23500). Disponible en: <http://www.securitycouncilreport.org/atf/cf/%7B65BF9B-6D27-4E9C-8CD3-CF6E4FF96FF9%7D/PKO%20S%2023500.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁸⁰⁴ En palabras del Primer Ministro de Cabo Verde en la reunión 3046 que conformó la Decisión S/23500.

⁸⁰⁵ En muchas ocasiones ello derivará en la puesta en práctica de la responsabilidad compartida. Piénsese que es en la década de los noventa, tras la Guerra Fría, cuando comienza a extenderse la cooperación como método para prevenir o solventar cualquier problema o conflicto.

¿Pero, es la seguridad internacional referida en la Carta de 1945, la misma a la que se aspira en la actualidad? Como ocurre en otros muchos aspectos y concepciones, el lógico paso del tiempo también incide sobre conceptos como el objetivo global de “seguridad internacional”. Éste se ha visto ampliado y adaptado a las nuevas realidades y exigencias del panorama. Es por ello que, en la actualidad y, desde hace poco más de una década, progresivamente se ha ido teniendo en cuenta la salud, o de forma más concreta, los riesgos que amenazan a la seguridad sanitaria, como un peligro directo de la seguridad internacional. En el sentido de que dicha inestabilidad, incidirá negativamente como un problema humanitario, social o económico. No obstante, el mayor reconocimiento de la amenaza a la seguridad sanitaria y, en consecuencia, una gran ampliación explícita del concepto de seguridad internacional⁸⁰⁶, se produce con la Resolución 2177⁸⁰⁷ cuando declara que el “alcance sin precedentes del brote del ébola en África constituye una amenaza para la paz y la seguridad internacionales”. Esto es, como declara el consejero jurídico de la OMS LUCA BURCI, “this [was] an unprecedented step in expanding the concept of threat to international peace and security and implicitly the scope of the powers of the Council under the UN Charter”⁸⁰⁸. A pesar de que en relación con el VIH/SIDA ya había habido diversos pronunciamientos cuando el propio Consejo de Seguridad⁸⁰⁹ declaró que las condiciones de violencia e inestabilidad que se derivaban de dicha pandemia planteaban una amenaza a la estabilidad, paz y seguridad internacionales, en mi opinión, la salud pública se encuentra directamente integrada como una de las cuestiones en las que se centra el nuevo concepto ampliado de seguridad internacional.

⁸⁰⁶ La creciente interdependencia entre los actores internacionales provoca transformaciones sustanciales y, al mismo tiempo, naturales en la propia seguridad. De esta forma, resulta imprescindible que, para una respuesta eficaz, el Consejo de Seguridad lleve a cabo acciones innovadoras que permitan una gestión real de los riesgos y amenazas.

⁸⁰⁷ La responsabilidad de salvaguardar la salud pública por resultar una amenaza para la seguridad internacional también es activamente trabajada por el Consejo de Seguridad en lo relativo al HIV/AIDS desde el inicio del siglo XXI.

⁸⁰⁸ LUCA BURCI, G., “Ebola, the Security Council ...” *op. cit.*, p. 27.

⁸⁰⁹ Resolución 1308 (2000), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 4172ª sesión, de 17 de julio de 2000, S/RES/1308 (2000), entre otras.

Sucintamente, cuando exista cualquier suceso de brotes infecciosos o grave enfermedad, el Consejo de Seguridad determinará que puede suponer una amenaza a la paz y seguridad internacionales. No obstante, las distintas situaciones previamente también podrán ser investigadas y analizadas por la Asamblea General y el propio Secretario General de Naciones Unidas, en cooperación con otras organizaciones u órganos, como generalmente será la propia OMS⁸¹⁰.

¿Cuál es el peligro o amenaza concreto al que se expone la seguridad internacional en materia de salud pública? La seguridad internacional podría quebrarse o verse desafiada por la “liberación deliberada de un agente biológico infeccioso o un brote natural de efectos abrumadores de una enfermedad infecciosa”⁸¹¹. Ante este tipo de ataque la prevención o método de acción más eficiente se conseguiría a través del desarrollo de una biodefensa, además ejercitada de manera activa.

Además, el sistema de reacción requiere que el Director General de la OMS comunique al Secretario General toda manifestación de cualquier agente infeccioso que pueda alterar o dañar la salud. Todo ello sin perjuicio de que, en situaciones de emergencias sanitarias, desde 2015 también existe el *Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias*⁸¹² que emitirá recomendaciones con las que hacer frente a las crisis sanitarias.

⁸¹⁰ LUCA BURCI, G., “Ebola, the Security Council ...” *op. cit.*, p. 39.

⁸¹¹ Párrafo 144, Resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

⁸¹² El *Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias* es creado en abril de 2015 por la Asamblea General. Analizarán “las crisis sanitarias derivadas de los brotes de enfermedades transmisibles nuevas, agudas o que han vuelto a aparecer, y que amenazan con propagarse a nivel internacional”, con el objetivo de proponer “recomendaciones que servirían para fortalecer los sistemas nacionales e internacionales para prevenir y responder de manera eficaz a futuras crisis sanitarias”. Informe del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias, “Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias”, Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, 9 de febrero de 2016, A/70/723.

De manera que el Secretario General, en virtud del artículo 99 de la Carta, informará al Consejo de Seguridad, siempre que presuponga que ello podría poner en peligro el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales.

En caso de sospecha o evidente amenaza, el Consejo de Seguridad⁸¹³ ahondará a través de expertos y mediante las investigaciones de la OMS, sobre la repercusión de los acontecimientos, los cuales se gestionarán en concordancia con lo determinado en el RSI. No obstante, si este instrumento no cubriera un específico caso por gravedad o peculiaridad, el Consejo de Seguridad tendría que adoptar otras “medidas más coercitivas”⁸¹⁴ que dieran respuesta al ataque en concreto. Además, “el Consejo de Seguridad debería celebrar consultas con el Director General de la OMS para establecer los procedimientos de colaboración necesarios en caso de que se produjera un brote sospechoso o de efectos abrumadores de una enfermedad infecciosa”⁸¹⁵.

Por lo general, la crisis se desencadenaría en un país en concreto o en varios. Éstos, con ayuda de la coordinación y experiencia de la OMS, deberán adoptar las medidas precisas para prevenir o controlar la amenaza. No obstante, ¿qué ocurriría si dicho Estado no tuviera capacidad de adoptar estos criterios o pautas? En ese caso, tal y como se ha ido revelando en este capítulo, debería ponerse en práctica, tras el reconocimiento del Consejo de Seguridad, la responsabilidad de proteger. De este modo, este Estado se vería auxiliado por otros sujetos de derecho internacional para evitar la propagación de la amenaza que incide sobre la seguridad sanitaria de su población y, en definitiva, sobre la seguridad internacional.

⁸¹³ “El Consejo de Seguridad aparece, entonces, como una instancia vigilante de la actuación del Estado y con la facultad de actuar en las 3 áreas de la “responsabilidad de proteger”, aunque de forma y alcance distintos. En la fase de prevención, está facultado para actuar bajo el cap. VI; y en las de reacción y reconstrucción, bajo los cap. VI y VII de la Carta de las Naciones Unidas. En la fase de reacción hace la función de autoridad principal pero no única. Las organizaciones regionales poseen también la facultad de “reaccionar”, siempre y cuando se ciñan en su actuar a las prescripciones de la Carta, esto es, al cap. VIII y en coordinación y cooperación con el Consejo de Seguridad”. AÑAÑOS MEZA, M. C., *op. cit.*, p. 177.

⁸¹⁴ Párrafo 144, Resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

⁸¹⁵ *Ibíd.*

El mismo Informe sobre las amenazas, los desafíos y el cambio que he citado con anterioridad, manifiesta en el párrafo 144 qué ocurriría si la magnitud del brote infeccioso requiriera poner en práctica un aislamiento preventivo, de los posibles portadores, durante un periodo de tiempo relativamente extenso y el Estado en cuestión no pudiera llevarlo a cabo. En ese supuesto resulta sorprendente la rotundidad al dictaminar que “el Consejo de Seguridad debería estar dispuesto a apoyar la adopción de medidas internacionales para ayudar a establecer *cordones sanitarios*”^{816*}. Esto es, si la cuarentena, el aislamiento o la incomunicación preventiva a personas o animales (por razones sanitarias) no puede ejercitarse autárquicamente, será el Consejo de Seguridad el que deba adoptar las medidas precisas que garanticen el suficiente *cinturón de seguridad* y así vele por la seguridad internacional, como se describirá detalladamente en el próximo capítulo.

2.2. Medidas e instrumentos para la protección de la seguridad sanitaria adoptados por el Consejo de Seguridad.

Asentada la idea básica de que el Consejo de Seguridad se presenta como el garante y responsable primordial⁸¹⁷ del mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales, incluyéndose aquellas amenazas que inciden en la seguridad sanitaria internacional, procede preguntarse cómo ejecuta dicho cometido.

⁸¹⁶ *Ibíd.*

* Cursiva de la autora.

⁸¹⁷ Recordemos que, como se recoge en la Carta de las Naciones Unidas (artículo 1) el primero de los cuatro propósitos de esta organización es el “mantenimiento de la paz y seguridad internacionales y con tal fin: tomar medidas colectivas eficaces para prevenir y eliminar las amenazas.” PASTOR RIDRUEJO, J. A., *op. cit.*, p. 727.

En contraposición, la profesora TORRECUADRADA GARCÍA-LOZANO expone en las conclusiones de su trabajo “la dudosa competencia del Consejo de Seguridad para adoptar algunas medidas decididas a partir de 1990”, que la competencia del Consejo de Seguridad de garantizar la paz y la seguridad internacional no es absoluta, es decir, que posee límites los cuales en algunos casos en su opinión son claramente excedidos y acabe ocasionando, de manera relativa, una pérdida de credibilidad respecto de la función que dicho órgano ejerce. TORRECUADRADA GARCÍA-LOZANO, S., “La dudosa competencia del Consejo de Seguridad para adoptar algunas medidas decididas a partir de 1990”, en *Anuario Colombiano de Derecho Internacional*, vol. 4, 2011, pp. 39-40.

Como ha sido descrito en un apartado anterior, el poder ejecutivo de la comunidad internacional institucionalizada, que ostenta y ejercita el referido Consejo de Seguridad, se irá desarrollando mediante dos grandes formas, que se detallan a continuación.

En primer lugar, como evoca el artículo primero de la Carta, se deberán adoptar medidas (en aquellas situaciones necesarias) para poder conseguir el propósito de mantener la paz y la seguridad internacionales⁸¹⁸.

Podría entenderse por medidas, las disposiciones que contienen decisiones, expresiones de voluntad o determinaciones con un objetivo particular, en este caso, vinculado con las responsabilidades asignadas al Consejo de Seguridad.

El formato en el que la medida o medidas adoptadas por el Consejo de Seguridad se define, es la Resolución, la cual ostenta carácter vinculante⁸¹⁹, es decir, debe ser de obligado cumplimiento por los Estados miembros⁸²⁰. Asimismo, aunque sin este valor, el Consejo de Seguridad presentará anualmente y, cuando las circunstancias lo requieran, a la Asamblea General informes⁸²¹ denominados memorándums, de acuerdo con el sistema de comunicación entre órganos confeccionado en la Carta. No obstante, los memorándums nunca tendrán la consideración de resoluciones, en ellos no se emiten decisiones y ni mucho menos serán vinculantes, sino que son meros documentos descriptivos de un asunto/s o suceso/s.

⁸¹⁸ Artículo 24 (1. A fin de asegurar acción rápida y eficaz por parte de las Naciones Unidas, sus Miembros confieren al Consejo de Seguridad la responsabilidad primordial de mantener la paz y la seguridad internacionales, y reconocen que el Consejo de Seguridad actúa a nombre de ellos al desempeñar las funciones que le impone aquella responsabilidad. 2. En el desempeño de estas funciones, el Consejo de Seguridad procederá de acuerdo con los Propósitos y Principios de las Naciones Unidas. Los poderes otorgados al Consejo de Seguridad para el desempeño de dichas funciones quedan definidos en los Capítulos VI, VII, VIII y XII.) en concordancia con los artículos 1 y 2 (propósitos y principios).

⁸¹⁹ Aunque en realidad la obligatoriedad se desprende de que éstas se basen en el capítulo VII (las medidas expuestas serán obligatorias), o recomendaciones cuando se fundamente en el VI.

⁸²⁰ De obligado cumplimiento por los Estados miembros de conformidad con el artículo 25 (Los Miembros de las Naciones Unidas convienen en aceptar y cumplir las decisiones del Consejo de Seguridad de acuerdo con esta Carta.).

⁸²¹ Artículo 24.3 “El Consejo de Seguridad presentará a la Asamblea General para su consideración informes anuales y, cuando fuere necesario, informes especiales”.

Desde una perspectiva práctica, en cuestión de salud o de seguridad sanitaria, a pesar de que es un concepto incluido recientemente en la noción, ahora ampliada de seguridad internacional, han existido distintas resoluciones del Consejo de Seguridad en respuesta a diferentes crisis de orden sanitario.

Aunque, no hay referencias específicas a la seguridad sanitaria sí que, transversalmente, se refieren a la misma mediante graves enfermedades epidemiológicas con alto impacto en la sociedad internacional.

La primera ampliación del concepto de seguridad internacional en relación con las cuestiones de salud se lleva a cabo cuando el Consejo de Seguridad reconoce como una amenaza para la estabilidad y la seguridad, la violencia y el desequilibrio que genera la propagación del virus del VIH/SIDA en la Resolución 1308 (2000)⁸²². Al ser dicha enfermedad uno de los mayores y más arduos desafíos de la sociedad internacional, ha sido mencionada en diversas resoluciones⁸²³, no obstante, en la Resolución 1983 (2011)⁸²⁴ tras reconocer los avances y esfuerzos realizados en esta materia se declara la necesidad de que se progrese para la confección de medidas internacionales coordinadas (y a todos los niveles) que permita frenar la propagación. También reconoce la labor positiva desarrollada por las Operaciones para el Mantenimiento de la Paz y admite la necesidad de que se trabaje eficientemente en la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo de dicha epidemia.

⁸²² Resolución del Consejo de Seguridad del 17 de julio de 2000, S/RES/1308 (2000).

“The formal case to accept that AIDS should be visible to the Security Council as a threat to international peace and security was made by Vice-President Gore when presiding over the first meeting of the twenty-first century on 10 January 2000. Gore elaborated a three-point anchorage for the proposition, which has wide ramifications: 1 'The heart of the security agenda is protecting lives.' 2 'When a single disease threatens everything from economic strength to peacekeeping, we clearly face a security threat of the greatest magnitude.' 3 'It is a security crisis because it threatens not just individual citizens, but the very institutions that define and defend the character of a society.'”, PRINS, G., “AIDS and global security”, *International Affairs*, 80, 5, 2004, p. 941.

⁸²³ Se realizan referencias indirectas o de menor relevancia en resoluciones como la 2032 (2011) o la 1953 (2010), 1325 (2000), 1820 (2008), 1888 (2009), 1889 (2009), 1894 (2009), 1960 (2010), entre otros ejemplos.

⁸²⁴ Resolución 1983 (2011), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 6547ª sesión, de 7 de junio de 2011, S/RES/1983 (2011).

La segunda fase de progreso en el crecimiento del concepto de seguridad internacional, en relación con la salud, tiene lugar con la enfermedad infecciosa del virus del ébola⁸²⁵ y, esencialmente, con la Resolución 2177 (2014)⁸²⁶ en la que se reconoce, directamente, que dicho brote infeccioso constituye una amenaza para la paz y la seguridad internacional, que requiere de una respuesta coordinada internacional.

Además de estas dos referencias, de manera colateral, la cuestión de la salvaguarda de la salud, simplemente por ser una materia omnipresente, se encuentra referida en relación con distintas situaciones y conforme a diferentes graduaciones, en resoluciones dispares. De manera ejemplificativa, el Consejo de Seguridad recomienda a los Estados a que salvaguarden las cuestiones de salud en relación con las mujeres y niñas en la Resolución 1889 (2009)⁸²⁷, exhorta al Gobierno de la República Centroafricana para que mejore las condiciones de acceso a la salud en la Resolución 2031 (2011)⁸²⁸; o la Resolución 2012 (2011)⁸²⁹ relativa a Haití cuando concreta la necesidad de que se refuercen el acceso a los servicios de salud.

De esta manera, se puede apreciar que las medidas dilucidarán como mantener la seguridad internacional, es decir, se previene o trata los riesgos y

⁸²⁵ En relación con el ébola se producen otras dos Resoluciones por este órgano. La primera es la Resolución 2176 (2014) de 15 de septiembre, en la que se reconoce la existencia de la enfermedad como peligro internacional y se adoptan las primera medidas y tras la Resolución 2177, de 18 de septiembre de 2014, tiene lugar una tercera, la 2186 (2014) de 19 de diciembre.

⁸²⁶ Resolución 2177 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268ª sesión, de 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014). “The Security Council’s determination “that the unprecedented extent of the Ebola outbreak in Africa constitutes a threat to international peace and security” points to Chapter VII of the Charter as the legal basis of resolution 2177. However, that statement is confined to the preambular part of the resolution, and the Council took no enforcement action under Chapter VII. Resolution 2177 represents the most cogent recognition to date of the security implications of widespread outbreaks of lethal infectious diseases”. LUCA BURCI, G., “Ebola, WHO...”, *op. cit.*

⁸²⁷ Resolución 1889 (2009), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 6196ª sesión, de 5 de octubre de 2009, S/RES/1889/2009.

⁸²⁸ Resolución 2031 (2011), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 6696ª sesión, de 21 de diciembre de 2011, S/RES/2031 (2011). En esta ocasión el asunto de peso mostraba la preocupación sobre las violaciones masivas de derechos humanos.

⁸²⁹ Resolución 2012 (2011), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 6631ª sesión, de 14 de octubre de 2011, S/RES/2012 (2011).

amenazas a la seguridad sanitaria, por ejemplo, reparándose daños, demarcándose una frontera, comunicándose a una población, informando a la población afectada, etc.

En segundo lugar, para que los propósitos recogidos en las resoluciones puedan ser una realidad, en las medidas adoptadas se determinará cómo se debe proceder, es decir, se determinarán los instrumentos a aplicar.

Por “instrumentos”⁸³⁰ se puede entender las herramientas, medios o procedimientos utilizados para la ejecución de decisiones previas. Los principales mecanismos utilizados por el Consejo de Seguridad en cuestiones de seguridad sanitaria, son las recomendaciones a los Gobiernos nacionales⁸³¹, inducciones que prevengan o restauren la seguridad⁸³², la solicitud de la cooperación con otras

⁸³⁰ “All the instruments [could be]: preventive action, to avert crises; peacemaking, to restore peace through diplomacy; and peacekeeping, to reduce tensions and consolidate efforts to restore peace”. Decision of 31 January 1992, 3046th meeting of the Security Council, (S/23500).

⁸³¹ Si tomamos como modelo la ya comentada Resolución 2177 (2014) de 18 de septiembre, un ejemplo podría ser cuando concreta: “*Alienta* a los Gobiernos de Liberia, Sierra Leona y Guinea a que agilicen el establecimiento de mecanismos nacionales para diagnosticar y aislar rápidamente los presuntos casos de infección, y para proporcionar medidas de tratamiento, servicios médicos eficaces para el personal de respuesta, campañas creíbles y transparentes de educación pública y medidas reforzadas de prevención y preparación para detectar y mitigar la exposición al ébola y responder a él, así como para coordinar la rápida prestación y utilización de la asistencia internacional, incluidos los trabajadores sanitarios y los suministros de socorro humanitario, así como para coordinar sus esfuerzos por hacer frente a la dimensión transnacional del brote del ébola, incluida la gestión de sus fronteras comunes, con el apoyo de los asociados bilaterales, las organizaciones multilaterales y el sector privado”, párrafo. 1, p. 4.

⁸³² Continuando con la cita de la Resolución 2177 (2014), de 18 de septiembre, se podría comprobar que el Consejo alienta a un sujeto concreto en aras de la seguridad internacional cuando se pronuncia de la siguiente manera:

- “*Exhorta* a los Estados Miembros, incluidos los de la región, a que eliminen las restricciones generales de los viajes y las fronteras impuestas como resultado del brote del ébola, que contribuyen a aumentar el aislamiento de los países afectados y menoscaban sus esfuerzos por responder al brote, y *exhorta también* a las aerolíneas y las empresas de transporte marítimo a que mantengan los vínculos comerciales y de transporte con los países afectados y la región en general;

- *Exhorta* a los Estados Miembros, especialmente a los de la región, a que faciliten la prestación de asistencia a los países afectados en respuesta al brote del ébola, incluidos suministros y personal cualificado, especializado y capacitado (...). Párrafo 4-5, p. 4.

organizaciones⁸³³ (esencialmente con la OMS), el establecimiento o prórroga de la existencia de misiones de la ONU en zonas afectadas, etc.

Entre todas estas y, en cuestiones de salud, ya sea directa o indirectamente, las Operaciones para el Mantenimiento de la Paz⁸³⁴ son instrumentos esenciales para atenuar la propagación de enfermedades, en epidemias, conflictos o desastres. En dichas operaciones se aplican las decisiones adoptadas por el propio Consejo de Seguridad y éstas también son creadas a partir de la resolución adoptada por dicho órgano (o por la Asamblea General). Por ejemplo, con el primer reconocimiento por el Consejo de Seguridad⁸³⁵ en el que se expresa la profunda inquietud por el propasado y grave crecimiento del brote del virus del ébola, dicho órgano hace pública la decisión de que se prorrogue el mandato de la UNMIL⁸³⁶, la cual se desarrollaba en Liberia, país fuertemente afectado por dicho brote. A pesar de que esta materia es desarrollada con detenimiento en el último capítulo de este trabajo, quiero adelantar que las OMP pueden ser creadas para restablecer el orden y la seguridad en relación con una situación de inestabilidad causadas por distintos factores (entre ellos el sanitario, como se acaba de

⁸³³ En el mismo sentido de las dos anteriores citas, en la Resolución 2177 (2014) de 18 de septiembre se pueden señalar como ejemplos las siguientes referencias: “*Insta* a los Estados Miembros, así como a los asociados bilaterales y las organizaciones multilaterales, como la Unión Africana, la CEDEAO y la Unión Europea, a que movilicen y proporcionen inmediatamente a los países afectados, y a los que les prestan asistencia, especialización técnica y capacidad médica adicional (...)” ; o “*Alienta* a la OMS a que siga reforzando su liderazgo técnico y su apoyo operacional a los gobiernos y asociados, vigilando la transmisión del ébola, y ayudando a determinar las necesidades de respuesta y los asociados existentes para satisfacer esas necesidades (...)”. Párrafo 8-12, p. 5.

⁸³⁴ Como explica el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ y luego se abordará en el apartado tercero del capítulo IX, OMP son “técnicas, medios o métodos preventivos y pacíficos utilizados en la función del mantenimiento de la paz, lo mismo que otros mecanismos de la seguridad colectiva”, OMP es una medida “de naturaleza no coercitiva⁸³⁴” que necesita para su puesta en funcionamiento, de manera imprescindible, “la autorización de las partes en el conflicto y (...) su cooperación”⁸³⁴ y que es establecida por el propio Consejo de Seguridad de conformidad con la propia controversia. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*, pp. 43 y 53.

⁸³⁵ Resolución 2176 (2014) de 15 de septiembre.

⁸³⁶ Misión creada por la Resolución del Consejo de Seguridad del 19 de septiembre de 2003, S/RES/1509 (2003). Con motivo de la grave crisis sanitaria del ébola es ampliada mediante la Resolución 2190 (2014), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7340ª sesión, de 15 de diciembre de 2014, S/RES/2190 (2014). Actualmente está teniendo lugar la tercera reducción gradual del personal de la misión de acuerdo a los progresos contemplados en los objetivos de la misma, establecida por la Resolución 2215 (2015), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7423ª sesión, de 2 de abril de 2015, S/RES/2215 (2015). Para más información: <http://www.un.org/es/peacekeeping/missions/unmil/facts.shtml> Consultado el 16 de junio de 2017.

mencionar). O bien, la OMP va a estar destinada directamente a proporcionar seguridad sanitaria, en ese caso cabría la posibilidad de que estuviera compuesto en su mayoría por un “contingente sanitario”, como en anteriores Operaciones destacaban juristas, funcionarios u otro personal especializado. Este segundo caso no ha sido desarrollado en la práctica hasta el momento.

3. LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER LA SALUD EN CASOS DE AMENAZAS A LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES.

Como se señalaba en el capítulo cuarto, ante situaciones que supongan un riesgos o amenaza a la seguridad sanitaria (comunes) puede activarse la responsabilidad de proteger la salud pública, a través de las funciones de vigilancia e intervención. La actuación de la comunidad internacional se realizará a través de las Naciones Unidas, poniéndose en práctica distintos medios en el contexto de los capítulos VI y VII de la Carta. Pero, ¿qué ocurre cuando una enfermedad transmisible (o cualquier otra amenaza a la seguridad sanitaria) es considerada una amenaza a la paz y seguridad internacionales?

Lo primero a tener en cuenta es que corresponde al Consejo de Seguridad⁸³⁷ reconocer que existe peligro o un patente brote de enfermedad infecciosa que es una amenaza a la paz y seguridad internacionales.

En segundo lugar, ante el peligro inminente será también el Consejo de Seguridad el que debe recomendar o instar a que se proteja la salud. Por lo que, la declaración del Consejo de Seguridad permite que el resto de Estados protejan la salud del Estado o Estados afectados. Obviamente, los Estados u organizaciones internacionales que colaboren deberán comunicarlo a la OMS, que es la encargada de realizar la coordinación.

Por ejemplo, la Resolución 2177⁸³⁸ del Consejo de Seguridad, que como ya ha sido explicado, reconoce que el brote del ébola en África constituye una

⁸³⁷ Como se exponía en el capítulo IV, el Consejo de Seguridad ostenta una “obligación específica” a modo de “representante de la comunidad internacional” junto con la colaboración de otros órganos como la propia Asamblea General, otros Estados u Organizaciones Internacionales. DÍAZ BARRADO, C. M., *op. cit.*, pp. 9-10.

amenaza para la paz y la seguridad internacionales y admite que dicha epidemia “rebaso la capacidad de los gobiernos afectados para responder”. Por lo que se alienta⁸³⁹ a la comunidad internacional a que colaboren para proteger la salud de estas zonas especialmente afectadas y, en general, de manera global.

Al igual que he expuesto en situaciones anteriores, la responsabilidad de la comunidad internacional supone una obligación de resultado, es decir debe garantizarse la salud de forma básica y, en general todos los derechos humanos. Por lo que cuando el Consejo de Seguridad determine que por amenaza a la paz y seguridad internacionales los Estados deben proteger la salud de una zona sin recursos y altamente infectada, podrán incurrir en incumplimiento de una resolución vinculante cuando no se logre el resultado exigido para el restablecimiento de la seguridad sanitaria internacional. Distinto es que los diferentes sujetos seleccionen unos u otros medios, dentro de unos parámetros lógicos, ya que lo relevante es el resultado y no los medios.

⁸³⁸ Resolución 2177 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268ª sesión, de 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014).

⁸³⁹ “Exhorta a los Estados Miembros, especialmente a los de la región, a que faciliten la prestación de asistencia a los países afectados” y a que “proporcionen urgentemente recursos y asistencia”. Resolución 2177 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268ª sesión, de 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014).

CAPÍTULO NOVENO: LOS CORDONES SANITARIOS COMO INSTRUMENTOS DE PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES

I. ¿QUÉ ES UN CORDON SANITARIO?

Con el objetivo de proporcionar el mayor grado de seguridad ante los diversos problemas sanitarios a los que, desde el inicio de los tiempos, se ha ido enfrentando el ser humano, se articula un sistema de recomposición y represión de las diversas enfermedades basado en el aislamiento y posterior acordonamiento, es decir, en la protección de los límites o fronteras.

Es ampliamente conocido que desde hace siglos se ha utilizado armamento biológico primitivo con el objetivo de causar el mayor daño a los enemigos⁸⁴⁰. Frente a las amenazas sanitarias, naturales o provocados, el intento de reclusión y retraimiento ya se practicaba desde el siglo XVII, cuando los ingleses⁸⁴¹ fuertemente afligidos por la peste bubónica intentaban sortear la terrible epidemia imitando a los protagonistas de la obra *Decamerón*, es decir, retirándose o incluso “poniendo agua de por medio, o bien, los menos afortunados, eran cruelmente

⁸⁴⁰ “Se sospecha que alguna de las siete plagas de Egipto, descritas en el Antiguo Testamento, no fue otra cosa que el ántrax, zoonosis que acabó con gran parte del ganado y diezmo a la población. Los romanos arrojaban cadáveres de una determinada zona. En el año 1346 d. C., durante el asedio de Kaffa, los tártaros sufrieron un brote de peste en sus campamentos y decidieron deshacerse de los cadáveres infectados lanzándolos mediante catapultas en la ciudad sitiada con el objeto de infectar a los defensores genoveses y conseguir su capitulación. [Asimismo, en el siglo XVIII], el general británico Jeffrey Amherst entregó mantas infectadas con viruela a una tribu de indios norteamericanos (...)”. PEREIRA HERNÁNDEZ, C., *op. cit.*, pp. 50-51.

⁸⁴¹ LEDERMANN, W., “El hombre y sus epidemias a través de la historia”, *Revista chilena de infectología*, Vol. 20, 2003, p. 15.

encerrados en casas junto a enfermos o cadáveres con el objetivo de reducir el foco infeccioso”⁸⁴².

De esta manera, con el retiro se procedía el confinamiento para evitar la vulnerabilidad, es decir, se comenzaba a practicar lo que es comúnmente y, con gran antelación en el tiempo, conocido como cuarentena⁸⁴³, aunque en realidad como explica LEDERMANN⁸⁴⁴ consistía en los inicios de un “cordón sanitario” adaptado al mar.

Esto nos permite comprobar que el acordonamiento por causas de salud lleva siglos poniéndose en práctica, aunque la evolución del mismo ha sido con relación al propio contexto y a las necesidades. No es que haya habido un complejo progreso, sino que, el control de las enfermedades por factores ajenos fue provocando en gran medida el desuso de dicho método⁸⁴⁵. No obstante, a lo

⁸⁴² “La inspección, la marcación, la vigilancia y el posterior cierre de las casas infectadas fue una medida de profilaxis que suscitó todo tipo de actitudes y conductas tanto por parte de los individuos sanos como de los apestados. Existieron muchos problemas entre los vigilantes apostados en las puertas de las casas señaladas y los moradores, sanos y enfermos, que quedaban encerrados y, a veces, literalmente secuestrados”. BAU, A. M., CANAVESE, G. F., “Sepultureros y enterradores. La manipulación de cuerpos y objetos en época de peste durante la baja Edad Media y la temprana modernidad europea”, en *Cuadernos de historia de España*, vol. 84, Buenos Aires, 2010, p. 105. No obstante, estas prácticas también se llevaron a cabo en otros países, por ejemplo, “En Milán el arzobispo Giovanni Visconti tomó medidas draconianas de acuerdo con el estilo de su familia; ordenó que las tres primeras casas en las que apareció la peste fueran tapiadas con sus ocupantes dentro, quedando sanos, enfermos y muertos encerrados en una misma tumba común. No se sabe si por la prontitud de sus medidas o por fortuna, Milán escapó con pocas muertes a la plaga”. LÓPEZ JARA, J., “La muerte negra”, en Biblioteca Gonzalo de Berceo. Disponible en: <http://www.vallenajerilla.com/berceo/lopezjara/muertenegro.htm> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁸⁴³ “La cuarentena nació en 1374, con el edicto de Reggio, ciudad de Módena, Italia. En realidad, fue un cordón sanitario, pues el término cuarentena derivó en término marítimo, aplicándose un período de aislamiento a los buques que llegaban de puertos de mala fama médica. Este período llevaba implícita la idea del *período de incubación*. El primer puerto en que se decretó cuarentena (que fue sólo treintena: luego se ampliaría) fue Ragusa (hoy Dubrovnik, Bosnia-Herzegovina, sobre el Adriático) en 1377. Seis años después, Marsella aumentó el plazo a los cuarenta días. En el siglo XV este período de observación o cuarentena hizo nacer el lazareto, también en Marsella, 1476, lugar complementario donde los pasajeros debían permanecer en espera que pasase el período de contagio arbitrariamente establecido. Con el tiempo llegaron a establecerse complejos reglamentos. Según el puerto de procedencia o los puertos que hubiera tocado en su viaje, el barco se calificaba de patente “limpia” o “sucio”. Si era “sucio”, los objetos debían quedar en la cubierta del barco, oreándose “al sereno” (período de *sereinage*), los pasajeros sanos cumplir cuarentena en el lazareto y los enfermos ir al hospital. Según la enfermedad, los plazos variaban entre 8 y 30 días”. LEDERMANN, W., *op. cit.*, p. 15.

⁸⁴⁴ *Ibíd.*

⁸⁴⁵ “En el siglo XIX ya había fuertes polémicas sobre la utilidad de la cuarentena. En 1872, en Italia, 800 barcos permanecieron en cuarentena, con fuertes pérdidas económicas, sin que

largo de la historia la noción de “cordón sanitario” nunca ha dejado ser utilizada, en ocasiones incluso con otros alcances, algunos no tan precisos.

Otro alcance de este concepto ha sido que, utilizando como fundamento inicial las distintas epidemias, los cordones sanitarios han sido utilizados como políticas o estrategias militares. Por ejemplo, el mariscal FOCH⁸⁴⁶ denominaba “cordón sanitario” al aislamiento que Europa occidental poseía con la Unión Soviética en los años 20 y 30 a través de Polonia y Rumanía. Éste que constituían una franja o cinturón de protección o seguridad, principalmente, para la defensa y repliegue del Comunismo⁸⁴⁷. Este eufemismo se refiere a la línea de cuarentena que evita el contagio, no de enfermedades, sino, en este caso, de ideologías que se consideran una amenaza. De esta manera, el *cinturón de seguridad* es completamente efectivo cuando se utiliza el espacio intermedio de cerco y además los Estados no realizan acuerdos entre ellos, impidiendo el contacto y el vínculo.

Asimismo, aunque sin relevancia para el derecho ni las relaciones internacionales, se habla de cordones sanitarios en el campo de las ciencias políticas. Si hace dos siglos comenzó a aplicarse para reprimir las políticas de izquierdas, en la actualidad se ha utilizado la expresión “cordones sanitarios” como estrategia política de reducción de un determinado partido político⁸⁴⁸.

En cualquier caso, la idea esencial que considero primaria es que la locución “cordón sanitario” es un concepto que hace referencia al aislamiento

enfermara nadie a bordo. En 1799, Napoleón desembarcó sus tropas provenientes de Oriente, en Frejus, Francia, haciendo caso omiso de la cuarentena, pues el tiempo era oro. Inglaterra suspendió la cuarentena y la *Academie francaise* declaró que la fiebre amarilla y la peste no eran infecciosas. Pero EE.UU. demostró un éxito total evitando la importación de la fiebre amarilla, de manera que la cuarentena continuó en Europa hasta principios del siglo XX”. *Ibíd.*

⁸⁴⁶ BRUNET, J. P., LAUNAY, M., *De una guerra a otra, 1914-1945*, AKAL, 1991, p. 153. En parecidos término, RENOUVIN, P., *Historia de las relaciones internacionales: Siglos XIX y XX*, Akal, Torrejón de Ardoz, 1990, p. 865.

⁸⁴⁷ Para más información, LACROIX-RIZ, A., “El papel ‘olvidado’ de la Unión Soviética” en *Asociación Cultural Jaime Lago*, disponible en <http://www.jaimelago.org/node/72> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁸⁴⁸ En España se utilizó con el Partido Popular. Véase: <http://www.larazon.es/opinion/columnistas/cordon-sanitario-ce9547004#.Ttt1eqX8E3TC7gd> o <http://www.larazon.es/opinion/editorial/ciudadanos-debe-evitar-el-cordon-sanitario-contra-el-pp-AM11846633#.Ttt1mihvY3LHDFw> Consultado el 16 de junio de 2017.

literalmente de epidemias o graves enfermedades infecciosas y que se viene utilizando y poniendo en práctica desde hace más de siete siglos.

Por otro lado, ante la pretensión puramente semántica de conocer el alcance del concepto “cordón sanitario”, existe una referencia directa al mismo en el DRAE, explicándolo como “conjunto de elementos, medios, disposiciones, etc., que se organizan en algún lugar o país para detener la propagación de epidemias, plagas, etc.”

En consecuencia, las distintas referencias a lo largo de la historia y el vigente sentido, nos conduce a una definición evidente, ya que el sentido en el que se utiliza en este caso la noción de “cordón” se refiere a la separación y distinción y el adjetivo “sanitario” revela su propósito salutífero. De esta forma, hace algo más de siglo y medio y tras una copiosa praxis, ya se hablaba del concepto en cuestión, como:

“Se llama también cordón a una serie de objetos colocados circularmente, y en este sentido se aplica a una serie de puestos militares establecidos para la defensa de una frontera y correspondiéndose unos con otros. Si este cordón de tropas tiene por objeto impedir la invasión de una epidemia contagiosa se le llama cordón sanitario”⁸⁴⁹.

En la disciplina *ius* internacionalista, si bien parece un concepto más que útil para utilizar en las fases de prevención y actuación frente a los riesgos y amenazas a la seguridad sanitaria, las referencias a los cordones sanitarios en los instrumentos son aún más escasas que en la doctrina. Aunque autores como, SEUBA HERNÁNDEZ y PAREJA ALCARAZ⁸⁵⁰, se refieren sutilmente a los “cordones sanitarios”, como ya ha sido comentado, desde la ONU solo se hace mención en una ocasión.

⁸⁴⁹ Enciclopedia Moderna: Diccionario Universal de Literatura, Ciencias, Artes, Agricultura, Industria y Comercio, vol.25, Francisco de P. Mellado, 1851.

⁸⁵⁰ PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., *op. cit.*, p. 95.

El Secretario General -a propósito del seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio⁸⁵¹- señaló⁸⁵², de manera clave para esta investigación, que en caso de que existiera una amenaza a la seguridad internacional (artículo 39) -es decir, que el Consejo de Seguridad declare que existe tal amenaza, por causas intencionadas o naturales- dicho Consejo de Seguridad debe apoyar la labor de la OMS. Para ello, en virtud del artículo 99 de la Carta, el Consejo de Seguridad deberá estar informado por el Director General de la OMS, a través del Secretario General de cualquier brote, epidemia y amenaza.

En caso de que las medidas adoptadas (de prevención o actuación) frente a la amenaza a la seguridad internacional hayan resultado insuficientes y deficientes, tal y como se reconoce en la Carta, el Consejo de Seguridad puede adoptar otras decisiones “más coercitivas” -en el marco del capítulo VII-, de acuerdo con las exigencias y peligros, hasta el punto de que decida instaurar “cordones sanitarios” que permitan la cuarentena o el aislamiento en la zona afectada. Aunque siempre de manera supletoria y subsidiaria al Estado, es decir, ejercitándose la responsabilidad de proteger⁸⁵³.

II. CONDICIONES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LOS CORDONES SANITARIOS.

Si, como vengo comentado, la amenaza a la seguridad internacional fuera del calibre suficiente para que el Consejo de Seguridad decidiera adoptar medidas “más coercitivas” y, en concreto, se constituyera un cordón sanitario como medida de control, prevención y restauración, se produciría una confrontación entre la propia seguridad internacional y la seguridad humana, en la medida en que, necesariamente, el aislamiento, el distanciamiento y la aglutinación de la amenaza

⁸⁵¹ Párrafo 144, Resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

⁸⁵² Es decir, no constituye un instrumento jurídicamente vinculante.

⁸⁵³ “Si un Estado no pudiera organizar una cuarentena adecuada de un gran número de posibles portadores, el Consejo de Seguridad debería estar dispuesto a apoyar la adopción de medidas internacionales para ayudar a establecer cordones sanitarios”. *Ibíd.*

supondrá actuar en perjuicio de la seguridad humana en sus diversas clasificaciones o en la mayoría de ellas. Esto es, si la epidemia es calificada como amenaza a la paz y seguridad internacionales por el Consejo de Seguridad y éste insta a la construcción de un cordón de seguridad con el que controlar y prevenir los riesgos y amenazas a la seguridad, habrá que tener en cuenta la limitación de los derechos humanos con la puesta en práctica de dicha medida.

En este sentido, la siguiente pregunta que me planteo para poder continuar indagando sobre la existencia de cordones sanitarios es que, si se planteara, ¿cuáles serían los límites o condiciones a lo que se verían necesariamente sujetos? Es decir, lo primero sería especificar qué derechos no pueden ser suspendidos.

La primera máxima, aunque de alcance relativo, es “el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades”, como se reconoce en el artículo 55. c de la Carta de las Naciones Unidas y, de manera más o menos directa, en preceptos de éste y de otros instrumentos jurídicos internacionales (e internos).

Dentro de lo que es comúnmente conocido como la Carta Internacional de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁸⁵⁴ (en adelante PIDCP) reconoce que los derechos humanos individuales y las libertades fundamentales -no todos-, en situaciones excepcionales que supongan un riesgo o amenaza a la seguridad, podrán ser suspendidos tras el seguimiento de un concreto procedimiento (artículo 4 PIDCP). Dicho derecho de suspensión, no es un hecho aislado, igualmente se reconoce en otros instrumentos vinculantes de similar alcance, como el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales cuyo artículo 15 contempla “la derogación en tiempos de emergencia”. No obstante, antes de continuar, conviene detenerse en reflexionar sobre ¿qué se podría entender por suspensión (que no derogación)?

⁸⁵⁴ Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor el 23 de marzo de 1976.

En palabras del profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, “la derogación supone la pérdida de validez de una norma en virtud de que sus mandatos contradicen o son incompatibles con los de otra posterior; entraña la expulsión de la norma del ordenamiento jurídico, su pérdida de vigencia. Sin embargo, en este precepto a lo que se está refiriendo es a la `suspensión´ de ciertas normas y garantías y por un período de tiempo concreto”⁸⁵⁵. Mientras que la suspensión que es la que afecta “a la eficacia”, consiste en la pérdida de la eficacia de una norma u obligaciones especificadas en un texto jurídico sin que se produzca contradicción o discriminación⁸⁵⁶.

En este sentido, atendiendo al PIDCP, el artículo 4 recoge la suspensión o pérdida de eficacia de algunos derechos -de conformidad con el artículo 57⁸⁵⁷ de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados-, para aquellas situaciones que “pongan en peligro la vida de la nación⁸⁵⁸ y cuya existencia haya sido proclamada oficialmente”. Entiéndase, por ejemplo, que el Gobierno de Sierra Leona⁸⁵⁹ declare el estado de emergencia por el brote del virus del ébola⁸⁶⁰. Para ello dicha situación debe suponer un grave y real riesgo o amenaza que ponga en

⁸⁵⁵ FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “La suspensión de las garantías establecidas en el Convenio Europeo de Derechos Humanos” en GARCÍA ROCA, J., et al (Ed), *La Europa de los Derechos – el Convenio Europeo de Derechos Humanos-*, 3ª Ed., Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2014, pp. 613-614.

⁸⁵⁶ La derogación afecta a la validez de una norma (como se detalla en la siguiente nota a pie de página), mientras que la suspensión es la pérdida de eficacia. *op. cit.*, p. 614.

⁸⁵⁷ Artículo 57. “Suspensión de la aplicación de un tratado en virtud de sus disposiciones o por consentimiento de las partes. La aplicación de un tratado podrá suspenderse con respecto a todas las partes o a una parte determinada: a) conforme a las disposiciones del tratado, o b) en cualquier momento, por consentimiento de todas las partes previa consulta con los demás Estados contratantes”.

⁸⁵⁸ En el Convenio Europeo de Derechos Humanos, de manera parecida, se determina “otro peligro público que amenace la vida de la nación”, lo cual es interpretado por el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ como que “basta que con que se considere por el Estado demandante (...) El peligro público puede ser, por tanto, de terrorismo, el pillaje, los disturbios internos, [epidemias], etc.” FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “La suspensión de las garantías...”, *op. cit.*, p. 614.

⁸⁵⁹ Sierra Leona se adhirió al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos el 23 de agosto de 1996.

⁸⁶⁰ El 12 de junio de 2014, Sierra Leona declaró el estado de emergencia en el distrito de Kailahun tras la confirmación por el Ministerio de Salud y Saneamiento de la propagación del virus del ébola. Véase: <http://archivo.eluniversal.com.mx/el-mundo/2014/sierra-leona-emergencia-ante-brote-de-ebola-1016673.html> Consultado el 16 de junio de 2017.

peligro la vida de la nación, de manera que “por ejemplo la situación afecte a toda la población y a todo o parte del territorio nacional, que amenace la integridad física de la población, la independencia política o la integridad del territorio nacional o la existencia o funcionamiento básico de instituciones relacionadas con la protección de los derechos del Pacto”⁸⁶¹. En esta u otra situación, que quepa en el supuesto descrito, cabría la suspensión de las obligaciones reflejadas en dicho instrumento con excepción de que:

- Sean derechos garantizados en los artículos “6, 7, 8 (párrafos 1 y 2), 11, 15, 16 y 18”, es decir, que no implique el derecho a la vida, derecho a no ser torturado, derecho a no ser sometido a esclavitud ni servidumbre, derecho a no ser encarcelado por incumplir una obligación contractual, derecho a no ser condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueran delictivos, derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica y, derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.

En parecidos términos, se pronuncia el artículo 15 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, que autoriza en este caso la suspensión (aunque se utilice el término derogación como ya se ha visto) “en caso de guerra⁸⁶² o de otro peligro público que amenace la vida de la nación”, salvo en los casos de los artículos 2, 3, 4.1 y 7, es decir, excepto cuando se trate del derecho a la vida, derecho a no ser torturado, derecho a no ser sometido a esclavitud ni servidumbre y derecho a no ser condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueran delictivos.

Esto es, el PIDCP es más protector, ya que su lista de derechos que no pueden ser suspendidos es más amplia.

- Las disposiciones que se suspendan no pueden ser obligaciones impuestas por el derecho internacional o que supongan una discriminación.

⁸⁶¹ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Versión comentada, Comisión Presidencia Coordinadora de la Política del ejecutivo en materia de Derechos Humanos -COPREDEH-, Guatemala, 2011, p. 15.

⁸⁶² El término correcto sería conflicto armado.

Como forma de control de que estos requisitos no sean vulnerados, el Estado en cuestión deberá informar (artículo 4.3) al Secretario General de las disposiciones suspendidas y de los motivos.

Volviendo al articulado de PIDCP y a la idea de que existiera una emergencia sanitaria que obligara a establecer cordones sanitarios en un espacio infectado o afectado, continúo comentando ciertos derechos en función de que se pudieran o no suspender.

Como con anterioridad ya he señalado, todos los artículos apuntado en el artículo 4.2 del PIDCP, prevalecen ante cualquier situación. Es decir, el derecho a la vida y la prohibición de tortura o tratos degradantes, entre otros, en ningún caso deberán ser violados si se desarrollara el caso práctico particular que se señala. La base de los cordones sanitarios, como medida para contener o frenar una amenaza a la paz y a la seguridad internacionales, es que debe primar ante todo la vida y que ninguna actuación en las que se base dicho recurso podría conllevar al trato inhumano, cruel o degradante, o suponga una tortura. De esta manera y, de forma general, estos derechos “inderogables” (además de los otros señalados con anterioridad) suponen la base jurídica que condicionará el resto de derechos y su posible suspensión o adecuación a las circunstancias, para que no desemboque en incompatibilidad.

En este sentido, el derecho a la libertad y a la seguridad personal, recogido en el artículo 9 PIDCP, podría suspenderse de manera que los cordones sanitarios implicarían la reclusión de afectados o personas en zonas “infectadas” y acordonadas. Esto, al mismo tiempo, podría ser una vulneración de la seguridad sanitaria y personal y de la libertad de los damnificados, por ello tendría que estar justificado en el objetivo de anteponer la seguridad internacional y la seguridad sanitaria del resto del Estado/s y garantizados el resto de derechos mínimos de las personas.

El artículo 10, continúa aludiendo a que “toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”. En esta ocasión el concepto a tener en cuenta es qué se debe entender por persona privada de libertad. La primera idea clara es que la privación deberá

ser legal (determinada conforme a derecho) y que, aunque se deduce del texto que se refiere a condenas penitenciarias, esto podría extrapolarse a las situaciones de privación por medidas sanitarias. Ciertamente es que este precepto podría suspenderse en caso de excepción, no obstante, podría hacerse siempre que no roce los límites de los derechos “blindados”, que podría ser la segunda parte del texto transcrito referido al trato humano y al respeto de la dignidad humana.

Finalmente y, de manera más explícita, es el propio artículo 12 de este instrumento, el que diferencia el derecho a circular libremente por un Estado (derecho no absoluto que depende de la potestad estatal en concreto) y el derecho a escoger el lugar de su residencia en dicho Estado, así como el derecho de salida de “cualquier país, incluso del propio”. Más allá de que éstos resulten directamente suspendidos en virtud del artículo 4, también pueden ser objeto de restricciones “para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de terceros, y sean compatibles con los demás derechos reconocidos en el presente Pacto”⁸⁶³.

Por lo que, en caso de que se instaurase un cordón sanitario como aplicación de la medida de prevención, reacción o reconstrucción los principales derechos que se verán restringidos, lógicamente serían el derecho de circulación y a salir de un país o el derecho al ejercicio de culto religioso⁸⁶⁴, entre otros. Todo ello estaría excusado en el objetivo de proteger la seguridad nacional (que de manera extensiva puede considerarse seguridad internacional cuando el Consejo de Seguridad lo determine) y la salud (o lo que es lo mismo, la seguridad sanitaria). En otras palabras, el derecho a circular libremente aporta la más básica excepción. Por cuestiones de seguridad nacional o seguridad sanitaria -entre otros casos-, cabe que se restrinjan los derechos de circulación y salida de un Estado con el fin máximo de proteger dicha seguridad que se ve vulnerada.

⁸⁶³ Artículo 12.3 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

⁸⁶⁴ Piénsese en que por razones de seguridad sanitaria se prohíba ciertas prácticas de inhumación, ritos religiosos en el momento de la muerte o simplemente no se permita la presencia de personal religiosos.

Pero, ¿qué ocurre cuando es el Consejo de Seguridad, en el marco del capítulo VII, decide establecer un cordón sanitario como medida frente a una amenaza o quebrantamiento de la paz? ¿Cuál es el Derecho que entra en juego y cuáles son los derechos mínimos que delimitan jurídicamente el objetivo de dicha medida?

El primer aspecto que esclarecer es que, si con ocasión de la puesta en funcionamiento de los cordones sanitarios⁸⁶⁵ fuera ineludible la instauración de unas medidas coercitivas, estos se ubicarían en el capítulo VII, e incluso podrían implicar el uso de la fuerza (en relación con que las circunstancias lo exijan y de manera proporcional), en función de que resulte necesario para mantener o restablecer la paz y seguridad internacionales y así lo determine el Consejo de Seguridad.

En relación con ello, la segunda idea que se desprende es que en las concretas situaciones en las que se activara y desarrollara la medida del cordón sanitario, el derecho que entraría en juego, a grandes rasgos, sería el Derecho internacional humanitario⁸⁶⁶, sean medidas provisionales o no, e implique uso de fuerza o no⁸⁶⁷.

En este sentido, entendiendo los cordones sanitarios de conformidad con lo descrito, podría aplicarse supletoriamente (adaptándolo a las circunstancias y a los nuevos tiempos) el Derecho internacional humanitario, el cual “insta a las partes

⁸⁶⁵ El Secretario General en 2004 en el Informe de Grupo sobre la seguridad en el nuevo siglo (no jurídicamente vinculante), contemplo en el párrafo 144, la posibilidad de que se establecieran cordones sanitarios por el Consejo de Seguridad en caso de que las cuarentenas no fueran suficientes y si existiera una amenaza a la paz y seguridad internacional. Informe “Un mundo más seguro: la responsabilidad que compartimos”, del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

⁸⁶⁶ “Que, como mínimo, supone la aplicación de (...) los cuatro Convenios de Ginebra de 1949”, más sus dos protocolos adicionales. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “La suspensión de las garantías...”, *op. cit.*, p. 614.

⁸⁶⁷ Es decir, sean medidas provisionales enmarcadas en el capítulo 40 o medidas que no impliquen el uso de la fuerza (artículo 41) o que sí prevean el uso de la fuerza (artículo 42). En todo caso lo que si será característico de dichas medidas es que serán recomendadas o instadas por el Consejo de Seguridad y en este último caso, se exigirá con urgencia o apremio la pronta ejecución de las misma. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*, pp. 26-27.

(...) a respetar y preservar la vida y la dignidad”⁸⁶⁸. Esta sección del Derecho Internacional Público, como es más que sabido, está congregado por un complejo conjunto de normas en relación con diversas problemáticas. Por lo que, el análisis y selección voy a realizarlo de conformidad con los seis tratados internacionales (las cuatro convenciones y los dos protocolos adicionales), ya que como he ido planteando, mi objetivo es extraer los derechos que delimitan las condiciones básicas de cualquier cordón sanitario. Porque si son garantizados en circunstancias de conflicto armado, considero que aún más justificado está que se tengan en cuenta ante epidemias u otro riesgo o amenaza a la seguridad sanitaria.

- Respecto del I Convenio de Ginebra⁸⁶⁹, de los muchos artículos que pueden estar vinculados de manera más o menos directa a la seguridad sanitaria, cuando el artículo 6 dispone que: “Ningún acuerdo especial podrá perjudicar a la situación de los heridos y de los enfermos...”. Considero que alude a una de las primeras pautas con la que concluir que los cordones sanitarios no pueden ser absolutos, es decir, no cabe un aislamiento completo de manera que se descuiden o vulneren los derechos de los heridos y enfermos. En otras palabras, la ausencia de ayuda humanitaria (al menos básica) en un cordón sanitario podría considerarse como un trato inhumano. De hecho, esta idea que adelanto, parece ser ratificada con el artículo 12 de este mismo instrumento. Aunque en este caso se refiere a los miembros de las fuerzas armadas, más aún se debe considerar extensible a cualquier ciudadano. Por ello, “los heridos o enfermos, habrán de ser respetados y protegidos en todas las circunstancias”, o lo que es lo mismo, los enfermos tienen que ser protegidos siempre. En consecuencia entiendo que, como medida contra una amenaza a la seguridad internacional, cabría la determinación de un cordón sanitario en una zona específica (un Estado, una parte de un Estado o zonas de

⁸⁶⁸ En el texto original se habla de “insta a las partes en conflicto a respetar y preservar la vida y la dignidad de los soldados enemigos capturados o de los civiles que se hallan en su poder”. GASSER, H. P., “El derecho internacional humanitario y la protección de las víctimas de la guerra”, CICR, 1998, p. 3. Disponible: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5tdle2.htm> Consultado el 16 de junio de 2017.

⁸⁶⁹ I Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña, aprobado el 12 de agosto de 1949 por la Conferencia Diplomática para Elaborar Convenios Internacionales destinados a proteger a las víctimas de la guerra, celebrada en Ginebra del 12 de abril al 12 de agosto de 1949. Entrada en vigor: 21 de octubre de 1950.

varios Estados) pero ello no justificaría que los heridos aislados deban ser “olvidados”. En este aspecto, considero que este precepto se suplementa con el Derecho a la vida garantizado en instrumentos como el PIDCP.

De hecho, este artículo 12 continúa diciendo que:

“Serán tratados y asistidos con humanidad por la Parte en conflicto que los tenga en su poder, sin distinción alguna de índole desfavorable basada en el sexo, la raza, la nacionalidad, la religión, las opiniones políticas o en cualquier otro criterio análogo. Está estrictamente prohibido todo atentado contra su vida y su persona, en particular matarlos o exterminarlos, someterlos a tortura, efectuar en ellos experimentos biológicos, dejarlos deliberadamente sin atención médica o sin asistencia, o exponerlos a riesgos de contagio o de infección causados con esa finalidad.

Sólo razones de urgencia médica autorizarán una prioridad en el orden de la asistencia.

Se tratará a las mujeres con todas las consideraciones debidas a su sexo.

La Parte en conflicto obligada a abandonar heridos o enfermos a su adversario dejará con ellos, si las exigencias militares lo permiten, a una parte de su personal y de su material sanitarios para contribuir a asistirlos”*.

Si en situaciones de conflicto armado los enfermos deben tener garantizada la asistencia médica -como se determina en la última frase transcrita-, aún más protectora deberá ser la medida adoptada por el Consejo de Seguridad o, en definitiva, cualquier actuación que no se desarrolle durante un conflicto armado.

Parece obvio que en gran medida dependerá del grado de amenaza, pero en última instancia, el aislamiento absoluto por motivo de una fuerte y peligrosa epidemia no justificaría que se pudieran dejar sin atención médica o asistencia a ningún ser humano. Del mismo modo, no podría entenderse que personas no

* Subrayado de la autora.

contagiadas o que no exista firme prueba de ello, pudieran ser expuestas a la infección por simple “prevención”. En este sentido, deberían establecerse “circunvalaciones” en las que se diera un tratamiento especial hasta que se verificara el estado de salud y la posibilidad de ser factor de infección. Por ello, tanto el aunar enfermos con individuos no contagiados (condenado a estos últimos a la infección casi segura) como la ausencia de tratamiento o cuidados a los enfermos, podría ser considerado como un acto de tortura⁸⁷⁰.

Obviamente, para que este sistema de seguridad y control de la epidemia pudiera ser una realidad, como ya preveía el propio artículo 16 del I Convenio, debería contar con un sistema de registro y transmisión de datos de los enfermos y fallecidos a causa de la epidemia en cuestión.

- Las pautas para el desarrollo de la medida del cordón sanitario también se pueden extraer del II Convenio de Ginebra⁸⁷¹, a pesar de que algunas ideas ya señaladas se repiten en éste y en los siguientes instrumentos que comentaré. El artículo 18 aporta que “las Partes en conflicto concertarán acuerdos locales para la evacuación por vía marítima de los heridos y de los enfermos de una zona sitiada

⁸⁷⁰ Tortura: “todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación” (...), Convención contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984. Entrada en vigor: 26 de junio de 1987. Asimismo en el Caso Selmouni contra Francia [C], nº 25803/94, de 28 de julio de 1999., el TEDH distingue entre tortura (entendida como el sufrimiento que se genera con la intención manifiesta de conseguir un propósito no permitido), trato inhumano (sufrimiento o daño físico o psíquico de cierta relevancia) o trato degradante (trato contrario a la dignidad o al honor). ¿Se podría entender que el aislamiento sin cuidado es un acto de tortura? En mi opinión, se quebranta el tratamiento con humanidad, que se desprende de artículos como el 3.1 del III Convenio de Ginebra, cuando el aislamiento genera sufrimiento y desamparo y, por lo tanto, intencionadamente se está provocando un dolor (o prolongación del dolor) o sufrimiento grave causado por el rechazo de asistencia sanitaria. Mi postura la encuentro apoyada en el artículo 11 del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, cuando se determina que: “No se pondrán en peligro, mediante ninguna acción u omisión injustificada, la salud ni la integridad física o mental de las personas”.

⁸⁷¹ II Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los naufragos de las fuerzas armadas en el mar, aprobado el 12 de agosto de 1949 por la Conferencia Diplomática para Elaborar Convenios Internacionales destinados a proteger a las víctimas de la guerra, celebrada en Ginebra del 12 de abril al 12 de agosto de 1949. Entrada en vigor: 21 de octubre de 1950.

o cercada y para el paso del personal sanitario y religioso, así como de material sanitario con destino a dicha zona”.

A mi entender esto permite que extrapolándolo al caso concreto que se trata, los Estados afectados directamente por la epidemia o enfermedad deberán contar con acuerdos y protocolos en los que se determine como deberá desarrollarse la asistencia sanitaria para esos grados de amenaza. E incluso deberá preverse la asistencia básica religiosa, si es posible la evacuación (aunque se entiende que no, ya que es el núcleo de la decisión proviene del Consejo de Seguridad), el tratamiento de los fallecidos o el reparto de los gastos ocasionados (como de manera relativa señala el artículo 17).

- Continuando con la delimitación de cómo se pondría en funcionamiento un cordón sanitario, del III Convenio de Ginebra⁸⁷² se extraen las ideas de que, aunque sea en relación con los prisioneros de guerra, el artículo 13 clarifica que “los prisioneros de guerra deberán ser tratados humanamente en todas las circunstancias. Está prohibido y será considerado como infracción grave contra el presente Convenio, todo acto ilícito o toda omisión ilícita por parte de la Potencia detenedora, que comporte la muerte o ponga en grave peligro la salud de un prisionero de guerra en su poder”. Esto es, si se exige un trato adecuado en todas las circunstancias y se determina que existe un deber de protección en relación con los prisioneros, se entiende que este compromiso será igual o aún más fuerte con relación a los afectados por una epidemia de elevado peligro.

¿Qué significaría trato humano? Pues además de la asistencia médica gratuita, incluye la manutención de los afectados, como se podría deducir del artículo 15 del III Convenio. Y en función de la situación, medidas suficientes de higiene y la mayor salubridad, a pesar de la infección que se concentre en dicha población y en un espacio cercado (artículo 29). Así como la posibilidad de desarrollar actividades de culto religioso⁸⁷³, cuando las circunstancias lo permitan.

⁸⁷² III Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra.

⁸⁷³ En relación con el culto pienso que, en función del grado de enfermedad de la persona o de la zona, se deberían facilitar continuar con los ritos religiosos siempre que no sean contrarios con el control de la epidemia. Incluso la obligación de la incineración, aunque fuera contrario a las

En gran medida el problema que se trata de dar solución en estas páginas, ya estaba mínimamente contemplado en este instrumento. El artículo 30 relativo a la asistencia médica hasta especificaba que “se reservarán locales de aislamiento para quienes padezcan enfermedades contagiosas o mentales”. No obstante, lo que ocurre es que la situación que se plantea se ubicaría en la fase más elevada de peligro con motivo a este tipo de contagios.

- Del IV Convenio de Ginebra⁸⁷⁴, se puede extraer para la construcción de los límites de dichos cordones que, habrá que tener en cuenta que los niños deberán ser tratados con medidas especiales (artículo 24)⁸⁷⁵.

- Además de todo lo señalado, de los dos Protocolos Adicionales se extraen ideas muy importantes y pautas esenciales. Del Primero de estos⁸⁷⁶, se obtiene la máxima de que:

“1. Todos los heridos, enfermos y náufragos, cualquiera que sea la Parte a que pertenezcan, serán respetados y protegidos.

2. En toda circunstancia serán tratados humanamente y recibirán, en toda la medida de lo posible y en el plazo más breve, los cuidados médicos que exija su Estado. No se hará entre ellos ninguna distinción que no esté basada en criterios médicos”⁸⁷⁷.

creencias religiosas. Por ejemplo, los ritos fúnebres seguidos por muchas personas en las zonas en las que el ébola incidió con más fuerza provocan el contagio masivo, eso no podría permitirse.

⁸⁷⁴ IV Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra, aprobado el 12 de agosto de 1949 por la Conferencia Diplomática para Elaborar Convenios Internacionales destinados a proteger a las víctimas de la guerra, celebrada en Ginebra del 12 de abril al 12 de agosto de 1949. Entrada en vigor: 21 de octubre de 1950.

⁸⁷⁵ Esto también es complementado con la Convención sobre los Derechos del Niño y sus tres protocolos, véase pie de página 71.

⁸⁷⁶ Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 8 de junio de 1977.

⁸⁷⁷ Artículo 10.

* Subrayado de la autora.

Del II Protocolo⁸⁷⁸ se deduce el segundo principio, en el que se basaría el funcionamiento de los cordones sanitarios:

“Todas las personas que no participen directamente en las hostilidades, o que hayan dejado de participar en ellas, estén o no privadas de libertad, tienen derecho a que se respeten su persona, su honor, sus convicciones y sus prácticas religiosas. Serán tratadas con humanidad en toda circunstancia, sin ninguna distinción de carácter desfavorable. Queda prohibido ordenar que no haya supervivientes”⁸⁷⁹.

Ya me he ido refiriendo con anterioridad a la necesidad de que los enfermos (y toda persona) sea tratada con humanidad, a la par que los cuatro Convenios de Ginebra hacían referencia expresa a esta misma idea. Esto supone, por tanto, una regla esencial a la delimitación de la puesta en práctica de un cordón sanitario, al tiempo que se suplementa con la idea general de los propios derechos humanos. El cumplimiento estricto de dicho principio, conllevaría a que en ningún caso el aislamiento puede significar que la epidemia reduzca forzosamente a los afectados por ella.

De modo que, todas las pautas que he ido señalando tienen como objetivo que, en ningún caso, se impida la existencia de supervivientes. Esto es, no se podría caer, aunque la comparación parezca dura, en que se tapien las casas donde se hallen fallecidos con infectados y personas sanas como se practicaba hace siglos con las epidemias en Inglaterra, Italia, etc.

¿Por qué debería existir todo este sistema de protección ante epidemias? Además de que se recogiera en el mandato del Consejo de Seguridad, como decisión vinculante en respuesta a la existencia de una amenaza a la paz y seguridad internacionales, como determinar el artículo 13 del II Protocolo, “la población civil y las personas civiles gozarán de protección general contra los peligros procedentes de operaciones militares”, pero no solo de los peligros

⁸⁷⁸ Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional, 8 de junio de 1977.

⁸⁷⁹ Artículo 4.1.

procedentes de las operaciones militares, también se protegerán de epidemias fuertemente contagiosas.

Todo lo señalado con relación al Derecho internacional humanitario supondría la base de dicha delimitación jurídica de los cordones sanitarios. No obstante, no puedo obviar que, en función de la circunstancia en concreto, pueden existir otros derechos que complementen (derechos humanos) o suplementen (como el derecho de los refugiados) las líneas descritas. Siempre aplicándose desde la óptica más protectora, ya que, al menos a mi parecer, los límites marcados resultarían el núcleo irreductible de derechos aplicables a estas circunstancias⁸⁸⁰.

III. LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LOS CORDONES SANITARIOS. MARCO JURÍDICO Y DESARROLLO DE LA MEDIDA.

1. SITUACIONES DE PELIGRO SANITARIO EN EL MARCO DE LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES.

Las controversias que pongan en peligro la paz y seguridad internacionales deberán ser solventadas a través de los procedimientos o métodos más adecuados a la cuestión, reconocidos por el propio Derecho Internacional, en concreto en el capítulo VI de la Carta de San Francisco, en virtud del “principio de libre elección de medios”⁸⁸¹.

El modo de reaccionar, por parte del Consejo de Seguridad, frente a estas controversias o frente al estado de fricción internacional, es mediante la figura de la recomendación⁸⁸², lo que conlleva que el pronunciamiento consista en una sugerencia no preceptiva. No obstante, como es sabido, esta falta de

⁸⁸⁰ Con parecida expresión se pronuncia FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “La suspensión de las garantías...”. *op. cit.*, p. 619

⁸⁸¹ FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*, p. 26.

⁸⁸² Como señala el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, “La práctica del Consejo ha hecho que la utilización de estas recomendaciones sean muy profusas. Sin embargo, ha venido utilizando, además del verbo recomendar, otros como llamar la atención, invitar, requerir, apelar, solicitar, etc.” *Ibíd*, p. 29.

obligatoriedad no supone un impedimento, ya que estas resoluciones recomendatorias del Consejo de Seguridad cuentan con suficiente “autoridad política y moral más que fuerza jurídica”⁸⁸³.

En este sentido, cuando exista una situación de riesgo a la seguridad sanitaria, una epidemia o cualquier amenaza a la salud, que su magnitud conlleve que sean consideradas como un peligro para la paz y seguridad internacionales, de conformidad con el capítulo VI de la Carta, se podrán desarrollar distintos métodos de reacción (esencialmente enfocados a la prevención).

Desde una perspectiva práctica, tomando como ejemplo el VIH/SIDA, el Consejo de Seguridad en la Resolución 1308⁸⁸⁴, tras describir de forma genérica la controversia que se suscita ante esta cuestión de amenaza a la seguridad sanitaria, manifestó que “la pandemia⁸⁸⁵ del VIH/SIDA, si no se controla, puede plantear un riesgo a la estabilidad y la seguridad”, especialmente en África, que hasta la fecha sigue siendo la región más afectada⁸⁸⁶. En este sentido, en dicha Resolución se recomiendan ciertos medios o métodos focalizados en la prevención de dicha controversia, desde una perspectiva genérica y levemente descriptiva. Debido a que el SIDA, como todas las enfermedades infecciosas, genera inestabilidad política, económica y humanitaria, la prevención debe comenzar desde la propia perspectiva nacional a través de la elaboración de programas o estrategias que detallen la preparación, la educación e información, el tratamiento, etc. Dichos

⁸⁸³ AUST, A., “The Procedure and Practice of the Security Council Today” en DUPUY, J. (Ed.), *The development of the role of the Security Council: workshop*, Dordrecht, Nijhoff, 1993, p. 370.

⁸⁸⁴ Resolución 1308 (2000), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 4172ª sesión, de 17 de julio de 2000, S/RES/1308 (2000).

⁸⁸⁵ “El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 1,2 [980 000-1,6] millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo”. VIH/SIDA, Nota descriptiva N°360, noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

Se produce un reconocimiento global de la magnitud de esta amenaza a la seguridad sanitaria en la Resolución de la Asamblea General sobre “Declaración del Milenio”, Quincuagésimo quinto período de sesiones, 13 de septiembre de 2000, (A/RES/55/2).

⁸⁸⁶ “El África subsahariana, donde había 25,8 [24-28,7] millones de personas infectadas por el VIH en 2014, es la región más afectada. Casi el 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH se registra en esta región”. VIH/SIDA, Nota descriptiva N°360, noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

planes, como concreta el Consejo de Seguridad en el párrafo 1º, serán esenciales para la participación de Operaciones de Mantenimiento de la Paz.

En un sentido similar, se sugiere al Secretario General que adopte otras medidas⁸⁸⁷ adicionales centradas en que se perfeccione la instrucción del personal que se despliega en las OMP.

En la misma línea, se recomienda la cooperación internacional entre Estados, órganos de la ONU (como ONUSIDA aunque éste tiene la naturaleza de programa) y organizaciones internacionales con el fin último de avanzar en el tratamiento y en la prevención de dicha epidemia.

En síntesis, de esta y otras resoluciones, se puede deducir que la combinación de los riesgos y amenazas a la seguridad sanitaria con el capítulo VI de la Carta, caben distinguirse dos aspectos a analizar, en función del análisis de las recomendaciones realizadas y de acuerdo con los actores intervinientes.

1.1. Medidas o métodos recomendados frente a una controversia que ponga en peligro la paz y la seguridad internacionales.

Como vengo señalando, ante epidemias u otras situaciones que amenacen la seguridad sanitaria susceptibles de poner en peligro la paz y seguridad internacionales cabría señalar distintos instrumentos utilizados en el marco del capítulo VI con una función esencialmente preventiva.

Como he manifestado antes brevemente, la más sencilla sugerencia de prevención consiste en la cooperación a nivel internacional. Dicha colaboración y asistencia conjunta se realiza o se realizaría por diferentes actores y sobre la base del artículo 33 de la Carta. Esto es, con el objetivo de investigar, concentrar capacidades de reacción o prevención, negociar, etc., se configurarían acuerdos para aunar fuerzas. Por ejemplo, en el caso hipotético de un inicio de epidemia en el Norte de África, los distintos Estados limítrofes podrían coordinarse para intentar prevenir la expansión y para transmitir información. En este mismo

⁸⁸⁷ De forma genérica esta temática es abordada en el Informe del Grupo sobre las Operaciones de Paz de la Naciones Unidas, conocido como Informe Brahimi, Asamblea General Quincuagésimo quinto período de sesiones, 21 de agosto de 2000, A/55/305–S/2000/809.

sentido, también la propia UE podría sumarse a dicha cooperación, por ejemplo, prestando personal especializado y colaborando con la investigación de la vacuna. Y todo esto bajo la coordinación y el control de la OMS e incluso, de la Asamblea General o del Consejo de Seguridad, si fuera necesario.

En el mismo sentido, cuando la gravedad lo requiere, el Consejo de Seguridad o la Asamblea General, dentro de sus competencias recomendatorias del capítulo VI, podrán sugerir o proponer que se eliminen restricciones de movimiento y comunicación de personas⁸⁸⁸, de transportes⁸⁸⁹, de comercio, etc. De acuerdo con las medidas de aislamiento adoptadas por ciertos países colindantes con los que sufrieron más duramente la crisis del ébola, como describía en el ejemplo anterior, el Consejo de Seguridad supera el capítulo VI y, en el punto 4 de la Resolución 2177, “exhorta a (... que eliminen las restricciones generales de los viajes y las fronteras impuestas como resultado del brote del ébola, que contribuyen a aumentar el aislamiento de los países afectados y menoscaban sus esfuerzos por responder al brote y exhorta también a las aerolíneas y las empresas de transporte marítimo a que mantengan los vínculos comerciales y de transporte con los países afectados y la región en general”. Es decir, sugiere que en esta situación resulta más eficaz la cooperación y ayuda que la desconexión y abandono⁸⁹⁰. Por lo tanto, en este caso particular, decide dicha medida para que sea cumplida por los Estados Miembros de la región, esencialmente.

Otro instrumento especialmente eficaz y conveniente para prevenir y proteger las crisis internacionales son las OMP, las cuales consisten en “técnicas, medios o métodos preventivos y pacíficos utilizados en la función del mantenimiento de la paz, lo mismo que otros mecanismos de la seguridad

⁸⁸⁸ Comunicación postal, transporte automovilístico, el decreto de zonas de cuarentena por riesgo a infección, etc.

⁸⁸⁹ Comunicaciones ferroviarias, marítimas, aéreas... en parecidos términos a las medidas determinadas en el artículo 41 de la Carta pero sin que se dicten como resoluciones obligatorias.

⁸⁹⁰ Por ejemplo, Camerún cerró sus fronteras con Nigeria para evitar la expansión del virus de ébola. El Mundo, 19 de agosto de 2014. Disponible en: <http://www.elmundo.es/internacional/2014/08/18/53f25feb22601dce668b457f.html> Consultado el 16 de junio de 2017.

colectiva”⁸⁹¹. Como detalladamente es explicado por el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, la OMP es una medida “de naturaleza no coercitiva”⁸⁹² que necesita para su puesta en funcionamiento, de manera imprescindible, “la autorización de las partes en el conflicto y (...) su cooperación”⁸⁹³ y que es establecida por el propio Consejo de Seguridad de conformidad con la propia controversia. Es decir, consisten en “el procedimiento o método que permite (...) la práctica [de] lo que las partes hayan adoptado para el arreglo de la controversia”⁸⁹⁴. Al mismo tiempo, se caracteriza por que necesariamente debe ser una operación imparcial y no está permitido el uso de la fuerza⁸⁹⁵ excepto en casos de legítima defensa.

De forma más específica, el objetivo esencial que persiguen estas medidas es el “despliegue preventivo [con el que] se pretende aliviar los sufrimientos y limitar o controlar la violencia, reducir riesgos en zonas fronterizas o evitar agresiones”⁸⁹⁶. A lo que le añadido, prevenir o mitigar una amenaza sanitaria, de medio o alto grado, a través de la colaboración con personal sanitario u otros expertos capacitados para controlar dicha situación de fricción. Por ejemplo, la Misión de las Naciones Unidas en Liberia (UNMIL)⁸⁹⁷, cuando comenzaba a cumplir en gran medida sus objetivos primordiales, se enfrenta a inestabilidad

⁸⁹¹ FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*, p. 53.

⁸⁹² El hecho de que su carácter sea de “no coercitivo”, justifica que el marco constitucional en que se debe desarrollar sea el capítulo VI de la Carta, sin perjuicio de que en otras ocasiones también sea utilizado el VII. Ya que como afirma el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, “las OMPs se enmarcan en las disposiciones de arreglo pacífico de controversias”. *Ibid.*, p. 43.

⁸⁹³ *Ibid.*, p. 35.

⁸⁹⁴ *Ibid.*, p. 30.

⁸⁹⁵ “El principio de prohibición está vinculada directamente a la obligación de solucionar las controversias por medios pacíficos, enunciada en el artículo 2, 3º de la Carta (...) La Carta de las Naciones Unidas impone a los miembros de la Organización una estricta obligación de arreglar sus controversias por medios pacíficos”. MÁRQUEZ CARRASCO, M. C., “La prohibición del recurso a la fuerza en el marco actual de las Naciones Unidas”, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A. (Ed), *La ONU, 50 años después*, 1996, p. 83.

⁸⁹⁶ *Ibid.*, p. 39.

⁸⁹⁷ Resolución 1509 (2003), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 4830ª sesión, celebrada el 19 de septiembre de 2003, S/RES/1509 (2003).

política, social y económica como causa de la epidemia de ébola⁸⁹⁸. Esto provoca que en el seno de dicha operación deba tenerse en cuenta este nuevo factor de controversia y se adoptasen las medidas oportunas en coordinación con la OMS y la ONU. Por ese motivo, esta operación cuyas prioridades consistían en protección de los civiles, apoyo a la asistencia humanitaria, reforma de las instituciones de justicia y seguridad, promoción y protección de los derechos humanos y protección del personal de la ONU, ahora de manera fortuita, también ha tenido que desarrollar un plan de reacción frente a la crisis sanitaria del ébola.

Del mismo modo, entiendo que se podría idear una OMP focalizada desde el inicio en poner fin a una epidemia u otro tipo de amenaza a la seguridad sanitaria. Esto es, en vez de que los cascos azules o el personal de ejecución, sea personal militar o policial se necesitarían expertos en salud y medicina que, de forma individual o en concordancia con personal militar u otros, hagan efectiva la misión. No parece del todo insólito, aunque no se haya desarrollado aún en la práctica, ya que existen distintas experiencias, en las que junto con el personal militar la misión es desarrollada por juristas, observadores o incluso personal sanitario⁸⁹⁹.

Finalmente, en un sentido similar al que se sigue hasta entonces, la amenaza potencial de una epidemia u otro riesgo a la seguridad sanitaria que posea el rasgo de ser contagioso, podrían prevenirse o gestionarse en una primera fase a través de “cuarentenas” o de controles de personas o zonas.

Sin perjuicio de que en el siguiente apartado se describirá con más detalle, la medida que propongo tendría cierto paralelismo con las OMPs, incluso compartirían ciertos rasgos definitorios y la diferencia fundamental radicaría en

⁸⁹⁸ Así se detalla en la Carta dirigida al Presidente del Consejo de Seguridad por el Secretario General transmitiendo sus impresiones sobre la misión de evaluación en relación con el régimen de sanciones contra Liberia, de 29 de septiembre de 2014, S/2014/707.

⁸⁹⁹ Por ejemplo, ONUSAL (Organización de las Naciones Unidas en El Salvador), que fue aprobada por la Resolución 693(1991) del Consejo de Seguridad de 20 de mayo de 1991, estuvo integrada por asesores jurídicos y observadores de derechos humanos, además de personal de las fuerzas armadas. Véase: <http://www.un.org/es/peacekeeping/missions/past/onusal.htm> Consultado el 16 de junio de 2017. Mientras que UNMIL cuenta con personal sanitario para hacer frente a la epidemia del ébola. Véase: <http://www.un.org/es/peacekeeping/missions/unmil/facts.shtml> Consultado el 16 de junio de 2017.

que el control o prevención de dicha amenaza potencial se efectuaría de forma más eficiente mediante “un cordón sanitario”.

El sistema de reacción o prevención que planteo, se fundamenta en la práctica centenaria de la cuarentena, como, por ejemplo, fue puesto en práctica en Liberia a propósito del virus del ébola⁹⁰⁰. Ante el conocimiento de posibles infecciones en ciertas zonas del país se produce el aislamiento, examen y control de los posibles afectados, de las personas en contacto con estos o con las zonas afectadas, de manera que se produce una restricción del movimiento de las personas en los espacios afectados por la epidemia⁹⁰¹. Por lo que al igual que el Consejo de Seguridad puede decidir o recomendar la puesta en práctica de una OMP, también podría recomendar la aplicación de un cordón sanitario en una región, en un Estado o en relación con una zona que se proyecta a distintos países.

Este cordón sanitario, como he hecho referencia, es una nueva figura señalada por el Secretario General⁹⁰² que *a priori*, está ideada como medida fundamentada en el capítulo VII pero que considero que de forma similar a lo que ocurre con las OMPs, cuando la situación suponga una puesta en peligro para la paz y seguridad internacionales, podría del mismo modo desarrollarse bajo el capítulo VI, incluso aconsejado por la Asamblea General⁹⁰³.

⁹⁰⁰ Carta dirigida al Presidente del Consejo de Seguridad por el Grupo de Expertos sobre Liberia establecido en virtud de la resolución 2128 (2013), de 19 de noviembre de 2014, S/2014/831. En este particular ejemplo, la cuarentena fue una decisión interna.

⁹⁰¹ Por ejemplo, véase el punto 7 de Carta dirigida al Presidente del Consejo de Seguridad por el Grupo de Expertos sobre Liberia. *Ibíd.*

⁹⁰² Párrafo 144, Resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

⁹⁰³ De conformidad con el artículo 35.3 de la Carta, la Asamblea General podría recomendar o llamar la atención del Consejo de Seguridad si tiene conocimiento de un riesgo o amenaza a la seguridad sanitaria y así lo considera pertinente.

Para que dicho instrumento preventivo o restaurador, tuviera éxito en este contexto tendría que basarse en los principios de “consentimiento de las partes”⁹⁰⁴ y en la cooperación.

Sobre la base de un ejemplo real, la Resolución 2176 del Consejo Seguridad sobre la situación de Liberia en relación con el ébola, prorroga el mandato de la OMP existente en ese tiempo. No obstante, si no hubiera existido la UNMIL, podría haberse reaccionado con la puesta en funcionamiento de un cordón sanitario. Esta medida de control y prevención, podría haberse aplicado, con el mismo fundamento, no solo en Liberia, también en Sierra Leona, Guinea e incluso en el resto de países limítrofes, que igualmente resultaban afectados, aunque no fuera con la misma gravedad.

En mi opinión, la medida preventiva del cordón sanitario fundamentado en el capítulo VI, ería idónea para aquellos Estados o zonas territoriales, que todavía no están seriamente afectados por una epidemia declarada como una amenaza para la paz y seguridad internacionales.

En la misma línea, el Consejo de Seguridad o la Asamblea General podrían recomendar la puesta en práctica de cordones sanitarios que se extiendan a zonas de distintos Estados, siempre que se reconozca que se ponga en peligro la paz y la seguridad internacionales.

1.2. Actores intervinientes.

A pesar de que en el análisis anterior se ha ido haciendo referencia a los distintos sujetos, órganos y organizaciones que intervendrían en las medidas adoptadas para proporcionar respuestas a las amenazas sanitarias, que pongan en peligro la paz y seguridad internacionales, en este apartado se va a realizar una genérica mención individual.

En primer lugar, como responsable primordial de mantener la paz y la seguridad internacional, el Consejo de Seguridad, de conformidad con el capítulo

⁹⁰⁴ Este principio es extraído del GHALI, B. B., “Un programa de paz”, FASOC, vol. VIII, nº1. Asamblea General, Cuadragésimo séptimo período de sesiones, 17 de junio de 1992, A/47/277 pp. 6, 9, 10 o 25.

VI, invitará⁹⁰⁵ a las partes a que arreglen sus controversias o situaciones que supongan una fricción internacional. Como ha sido determinado, la naturaleza de las resoluciones de este órgano, en este ámbito, serán puramente recomendatorias.

Además, el Consejo de Seguridad podría actuar de conformidad con el propio Secretario General. Por ejemplo, el Consejo de Seguridad puede solicitar recomendaciones al Secretario General, ya que éste último (aunque también la Asamblea General y el Consejo de Seguridad) posee competencias en “consolidar la confianza, la investigación de los hechos, la alerta temprana, el despliegue preventivo...”⁹⁰⁶, así como aptitudes esenciales para la prevención y contención de peligros sanitarios.

Del mismo modo, el Secretario General alertará⁹⁰⁷ al Consejo de Seguridad e informará de potenciales amenazas o peligros (para la paz y seguridad internacionales). En este sentido se pronuncia en el párrafo 144 de la “nota del Secretario General”⁹⁰⁸, en relación con el seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio, en el que se prevé que ante una amenaza que llegara a incidir en la seguridad internación -porque los medios nacionales e internacionales (liderados por la OMS) no hubieran sido eficaces o suficientes- “el Consejo de Seguridad debería estar dispuesto a imponer medidas más coercitivas (...) [y] establecer cordones sanitarios”. A pesar de que esta concreta medida se enmarcaría en el capítulo VII, lo cual ahora no es objeto de análisis, querría resaltar la interrelación que existe entre el Consejo de Seguridad y Secretario General y, viceversa. Ello permite garantizar, de forma más completa, el

⁹⁰⁵ Como explica el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, el Consejo de Seguridad, indistintamente, instará, recomendará o invitará “a las partes a que arreglen sus controversias de forma pacífica y por los medios que estimen oportunos, siempre y cuando la controversia sea susceptible de poner en peligro la paz y la seguridad internacionales”. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*, pp. 27 y 29.

⁹⁰⁶ *Ibíd.*, pp. 38 y 39.

⁹⁰⁷ Como clarifica el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, “llamar la atención del Consejo de Seguridad hacia estos asuntos, era totalmente discrecional. En consecuencia, el Secretario General tendrá la opción y decidirá si llama la atención o no. Solo él es responsable de este acto”. *Ibíd.*, p. 63.

⁹⁰⁸ Resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

cumplimiento de la responsabilidad primordial de mantener la paz y la seguridad internacionales. De forma sencilla, en este sentido que destaco, el Secretario ostenta la función de clarificar y pronosticar el procedimiento y medidas adecuadas ante situaciones de mayor gravedad.

Con relación a la Asamblea General, como se desprende de la Carta⁹⁰⁹, también le compete el mantenimiento de la paz (“es co-partícipe”⁹¹⁰). La Asamblea General puede “discutir”⁹¹¹ cualquier tema vinculado a la paz y seguridad internacionales, aunque no podrá “hacer recomendaciones”, excepto cuando el Consejo de Seguridad no esté desempeñando las oportunas funciones⁹¹². Esto es, solo puede actuar supletoriamente respecto a un asunto o cuestión que amenace la paz y seguridad internacionales, cuando el Consejo de Seguridad, el responsable principal de dicha función, no responda, o salvo que se lo solicite éste último⁹¹³. De manera igualmente amplia, la Asamblea ostentará competencias en el arreglo pacífico de controversias⁹¹⁴, es decir, podrá realizar recomendaciones, como medida de carácter pacífico⁹¹⁵, en relación con situaciones “que puedan

⁹⁰⁹ De conformidad con los límites del propio marco constitucional como explica y analiza el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*, p. 45.

⁹¹⁰ *Ibíd.*, p. 52.

⁹¹¹ Como discierne el profesor FERNÁNDEZ, el artículo 10 implica que “puede hacerlo motu proprio”, mientras que el 11 “es más restrictivo respecto a esta competencia” de discutir. *Ibíd.*, p. 47.

⁹¹² Artículos 10 a 12 de la Carta.

⁹¹³ “los poderes del Consejo de Seguridad y de la Asamblea General deben ser comprendidos como complementarios y no como contradictorios”. Doc. A/AC 121/RS 14, p. 10. citado en FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*, p. 55.

⁹¹⁴ Esclarece el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ de acuerdo con el artículo 35 de la Carta: “Cualquier Miembro de las Naciones Unidas (...) podrá llevar cualquier controversia, o cualquier situación susceptible de poner en peligro el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales, a la atención del Consejo de Seguridad o de la Asamblea General. Por tanto, los Estados pueden elegir el órgano a la hora de plantear sus controversias de este tipo. En virtud de este artículo 35, la Asamblea tiene más poderes que el propio Consejo de Seguridad (...) [porque] la Asamblea General puede recomendar los términos de arreglo o métodos e ajuste respecto a cualquier controversia o situación (...) que esté estudiando, y, especialmente, en aquellas en que el Consejo de Seguridad no esté autorizado a hacer recomendaciones”. *Ibíd.*, p. 51.

⁹¹⁵ *Ibíd.*, p. 50.

perjudicar el bienestar general o las relaciones amistosas”⁹¹⁶. Por lo que cabría la recomendación para la prevención de riesgos y amenazas a la seguridad sanitaria, por ejemplo, ante epidemias.

Más allá de las materias de paz y seguridad internacionales, de acuerdo con el artículo 13 de la Carta, la Asamblea General promoverá estudios y hará recomendaciones para fomentar la cooperación internacional en fines como la cooperación sanitaria, entre otros.

Estas reglas del juego, permite entender, en relación con los medios de reacción y prevención descritos en este apartado, que la Asamblea General puede establecer una OMP⁹¹⁷, como ya se ha adelantado, y del mismo modo podría recomendar las medidas de prevención o contención materializadas en un cordón sanitario.

Finalmente, en relación con estas técnicas, medios o métodos, aunque no de forma decisoria, en el ámbito de la paz y seguridad internacionales, también intervienen las organizaciones internacionales y los Estados como sujetos de derecho internacional que aplican y llevan a cabo la efectividad de las mismas. Como mencionaba y se recoge en las resoluciones, recomendaciones y otros instrumentos, los Estados y Organizaciones Internacionales son numerosos mencionados para que intervengan, cooperen y hagan realidad dichas decisiones.

2. LAS AMENAZAS A LA SALUD Y A LA PAZ Y SEGURIDAD INTERNACIONALES.

En caso de que la gravedad o la trascendencia de las controversias vaya más allá y lleguen a suponer una amenaza a la paz (y seguridad internacionales), un quebrantamiento de la paz (y seguridad internacionales) o un acto de agresión, el Consejo de Seguridad, de conformidad con el capítulo VII de la Carta, tras constatar y corroborar⁹¹⁸ la asistencia de dicha coyuntura, instará a las partes a

⁹¹⁶ Artículo 14 de la Carta.

⁹¹⁷ Report, ICJ, 1962, p. 163.

⁹¹⁸ “Dicha amenaza debe ser constatada fehacientemente por el Consejo de Seguridad, que es quien determinará su existencia, así como cualquier quebrantamiento de la paz o acto de agresión”

adoptar una determinada medida, agotados los recursos previos. Dicha decisión se emitirá a través de una resolución obligatoria con el propósito de restablecer las paz y seguridad internacionales y mantenerlas indemnes.

En efecto, la principal diferencia entre ambas situaciones (las que provocan la aplicación del capítulo VI y las del capítulo VII) radica en que, en la primera opción se atiende a situaciones o controversias que pueden llegar a (de manera potencial⁹¹⁹) poner en peligro la paz y seguridad internacionales, mientras que, en la segunda, es una firme y consistente amenaza aunque sea potencial. Para poder comprender en su plenitud dicho matiz, previamente debería comprenderse el alcance de la locución “amenaza a la paz”, como esclarece el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ:

“La *amenaza a la paz* es un concepto muy flexible que puede cubrir, (...) desde situaciones intra-estatales hasta controversias inter-estatales. Es más, el artículo 2-4º de la Carta no habla de amenaza a la paz sino de *amenaza de fuerza*, por lo que se interpreta que en el marco del artículo 39 es mucho más amplio. Y ello es, quizás, porque hay conflictos internos que tienen relevancia internacional como aquellos en que, como dice RODRÍGUEZ CARRIÓN ‘el uso del aparato coercitivo del Estado tenga por finalidad reprimir objetivos internacionalmente definidos’, entre ellos los derechos humanos”⁹²⁰.

En relación con la seguridad internacional el aspecto sintomático, es la amplitud y flexibilidad del concepto al haber sido incluidas nuevas percepciones de riesgos, distintas de las contenidas tradicionalmente. Como ya fue señalado, el origen de ellos es que, fundamentalmente, tras la hostilidad de la Guerra Fría se reconsidera la existencia de nuevos riesgos y amenazas igualmente que inciden en la seguridad internacional, como la creciente percepción de las enfermedades

(...) Aunque no “está claro que sea necesario determinar expresamente la amenaza a la paz, el quebrantamiento de la paz o la agresión para que pueda ser invocado” A pesar de que “parte de la doctrina haya considerado necesario este paso formal de constatación de la amenaza”. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*, pp. 32-34.

⁹¹⁹ FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*, p. 26.

⁹²⁰ *Ibíd.*, pp. 32-33.

infecciosas. La causa de ello es, simplemente, fruto de los naturales cambios que se van produciendo en la percepción de los riesgos en un mundo globalizado, lo cual provoca -como en el ejemplo que se lleva tratando de la seguridad sanitaria- que se incorporen nuevas consideraciones que tienen su origen en la seguridad humana⁹²¹.

Hasta la fecha y como muestra de la evolución de la visión de la seguridad internacional, por circunstancias que amenacen la seguridad sanitaria, el Consejo de Seguridad únicamente se ha pronunciado en una ocasión, reconociendo que, de manera particular, “el brote del ébola en África constituye una amenaza para la paz y la seguridad internacionales”⁹²². En esta ocasión se fundamenta la real y presente amenaza de carácter internacional en que la expansión de la enfermedad incide directamente en la estabilidad de los Estados (esencialmente los infectados o con altos riesgos pero también en terceros), en la seguridad política, así como, de manera general, en la sensación de pánico e inseguridad que se propaga globalmente⁹²³ y que puede conllevar, entre otras consecuencias, a desplazamientos masivos.

Cuando la amenaza supone una realidad ya no es suficiente con “invitar” a los Estados a que arreglen sus controversias o realizar recomendaciones, sino que

⁹²¹ “This practice, which has not been devoid of controversy at the Council’s ‘mission creep’ and the risk of undermining the role of other UN-system bodies, on the one hand reflects the changed perception of threats in a globalized world, and on the other positions the Council as the enforcer of some of the fundamental values of the international community. It also points to a concept of security substantially different from that characteristic of the cold war and of realist thinking in international relations, and incorporates considerations arising from the ‘human security’ discourse. Robert Ullman has captured this by defining threats to security as events that acutely degrade the quality of life of a population or that threaten significantly to narrow the range of policy choices available to a government or to private entities within a state”. LUCA BURCI, G., “Ebola, the Security Council ...” *op. cit.*, p. 31.

⁹²² Resolución aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268ª sesión, celebrada el 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014).

⁹²³ “Even considering this precedent, however, resolution 2177 (2014) represents a further innovation because the spread of HIV/AIDS has been a consequence of widespread rape and massive violations of humanitarian law in conflict situations, while the spread of Ebola does not present this behavioural and social component, and neither were the affected countries in a situation of on-going internal conflict. The normative bases for the Council’s determination are therefore the potential effects of the disease over the stability of the affected countries, the knock-on political effects over the broader West African region, and the risk of international spread that could generate panic and insecurity in the broader sense mentioned above”. LUCA BURCI, G., “Ebola, the Security Council ...” *op. cit.*, p. 32.

se *instará*⁹²⁴ a que lleve a cabo una determina acción o se desarrolle una medida fijada por el propio Consejo de Seguridad. Este matiz resultará esencial para hacer frente a los riesgos y amenazas de la seguridad sanitaria, ya que como a continuación se ampliará, cuando se reconozca que existe una amenaza a la paz o seguridad internacional ya no resultan suficientes las medidas preventivas del capítulo VI que en el apartado anterior se describía.

Frente a una amenaza actual y real, lo cual lo convierten en un peligro trascendente, el Consejo de Seguridad “guardián” de la paz y seguridad internacionales, se ve en la obligación (porque la Carta le otorga ese deber) de instar al resto de sujetos implicados (directa o indirectamente) a que cumpla con la medida que señale como oportuna.

A pesar de que, como se ha referido, en una sola ocasión el Consejo de Seguridad ha reconocido que una amenaza a la seguridad sanitaria repercute directamente en la seguridad internacional, en dicha resolución adopta medidas de obligado cumplimiento que se determinan, por ejemplo, en los apartados 4º, 5º, 6º, 7º, 8º y 9º de la Resolución 2177 (2014) cuando:

“4. Exhorta a los Estados Miembros, incluidos los de la región, a que eliminen las restricciones generales de los viajes y las fronteras impuestas (...);

5. Exhorta a los Estados Miembros, especialmente a los de la región, a que faciliten la prestación de asistencia a los países afectados en respuesta al brote del ébola, (...);

6. Exhorta a los Estados Miembros, especialmente a los de la región, y a todas las instancias pertinentes que prestan asistencia en respuesta al brote del ébola, a que intensifiquen sus esfuerzos por comunicar a la población y aplicar los protocolos establecidos en materia de seguridad y salud y las medidas preventivas para mitigar la desinformación y la alarma indebida

⁹²⁴ De conformidad con el DRAE, por instar se puede entender la exigencia de que se realice o ejecute una determina acción de manera urgente y obligatoria. De forma literal se refiere como “apretar o urgir la pronta ejecución de algo”, mientras que urgir consiste en “pedir o exigir algo con urgencia o apremio”.

sobre la transmisión y el alcance del brote entre personas y dentro de las comunidades, (...);

7. Exhorta a los Estados Miembros a que proporcionen urgentemente recursos y asistencia, incluidos servicios médicos que puedan desplegarse, como hospitales sobre el terreno dotados de suficiente especialización, personal cualificado y suministros, (...);

8. Insta a los Estados Miembros, así como a los asociados bilaterales y las organizaciones multilaterales, como la Unión Africana, la CEDEAO y la Unión Europea, a que movilicen y proporcionen inmediatamente a los países afectados y a los que les prestan asistencia, especialización técnica y capacidad médica adicional (...);

9. Insta a los Estados Miembros a que cumplan las recomendaciones temporales pertinentes formuladas en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con el brote del ébola de 2014 en África Occidental (...).”

Frente a una situación de este calibre, que no tiene por qué ser tan lejano ni hipotético (ya que se ha rozado la gravedad recientemente), el Consejo de Seguridad en el marco del capítulo VII, también, podría imponer otras medidas. En las siguientes líneas describiré las dos que a mi juicio serían las más efectivas: OMP cordones sanitarios o medidas similares a los cordones adscritas a una OMP que tenga como objetivo primordial recomponer la seguridad sanitaria u otras.

2.1. Cordones sanitarios como medidas preventivas (las OMPs).

A pesar de que la principal aportación de este trabajo es la descripción de los cordones sanitarios como medida que permita mantener o restablecer la paz y la seguridad internacional, no se pueden eludir la existencia de otras vías. Por eso, en este apartado, quiero centrarme en que, sin perjuicio de que se planteen otras formas, las OMPs -combinadas o no con el sistema de cordones sanitarios o aislamientos- también pueden resolver amenazas a la seguridad sanitaria de nivel global que requieran de la aplicación del capítulo VI o VII de la Carta.

Las OMPs, como califica el profesor FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, son las “operaciones preventivas o protectoras” que ostentarán la naturaleza de arreglo pacífico de controversias (capítulo VI) o medida provisional (artículo 40) y que deben distinguirse rotundamente de las “operaciones coercitivas”⁹²⁵. De manera más específica, es un instrumento con “un objetivo político claro con un mandato preciso, sujeto a revisión periódica, cuyo carácter o duración sólo podrían ser modificados por el propio Consejo; el consentimiento el Gobierno y, cuando proceda, el de las partes interesadas, salvo en casos excepcionales”⁹²⁶. Además, dicha medida necesariamente se fundamenta en los principios de la imparcialidad en la aplicación de las decisiones y en el no uso de la fuerza, excepto en situación de legítima defensa⁹²⁷.

Por ejemplo, si el ébola hubiese continuado siendo incontrolable, como se hizo en Liberia con la ya comentada misión UNMIL, al ser considerado este brote como una amenaza a la paz y seguridad internacionales, el Consejo de Seguridad hubiese podido, en el marco del artículo 40 de la Carta, proponer la realización de una OMP, por ejemplo, en Sierra Leona o en varios Estados, fuertemente afectados, para el control social, político y económico del brote epidémico.

Por lo que, no podría instarse a que se desarrolle una OMP fundamentada en una amenaza a la seguridad sanitaria en la que la técnica de reacción se basara en controlar o cortar las comunicaciones para que la infección no continúe propagándose, en la que se fijen zonas de aislamiento en función del grado de infección, o en que se limite la libertad de movimiento, entre otras razones,

⁹²⁵ FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*, p. 22.

⁹²⁶ Declaración del Presidente del Consejo de Seguridad de 28 de mayo de 1993, Doc. S/25859.

⁹²⁷ “El derecho de legítima defensa cabe en caso de ataque armado actual y su ejercicio se halla presidido por las notas de subsidiariedad y provisionalidad. Subsidiariedad en la medida que le corresponde al Consejo de Seguridad (artículo 24, 1º) la responsabilidad primordial de mantener la paz y la seguridad internacionales, y no a los Estados individual o colectivamente; y provisionalidad porque el Estado víctima del ataque armado sólo podrá hacerle frente “hasta tanto el Consejo de Seguridad haya tomado las medidas necesarias para mantener la paz y la seguridad internacionales”. Del otro lado, el artículo 51 establece un cierto control ya que las medidas adoptadas por un Estado en ejercicio de la legítima defensa han de ser comunicadas inmediatamente al Consejo de Seguridad”. El ejercicio de la legítima defensa es habilitado por las “condiciones de necesidad y proporcionalidad”. MÁRQUEZ CARRASCO, M. C., “La prohibición del recurso...”, *op. cit.*, pp. 85 y 108.

porque esa medida estaría fundamentada en el artículo 41 de la Carta e iría en contra de la naturaleza de la OMP. Pero sí que se despliegue una operación en el terreno, con el acuerdo de las partes, que contara con, además de personal militar o policial, personal especializado en la medicina en todos los niveles, hasta el punto de que, si la situación lo justifica, el personal sanitario podría remplazar por completo a los de seguridad. Si el riesgo o amenaza a la seguridad no es causado por guerrillas, terrorismo, piratería, etc., sino que es una amenaza a la seguridad sanitaria *stricto sensu*, pueden ser incluso los profesionales sanitarios los encargados de restablecer la situación sanitaria. Esto conllevaría que, en ocasiones, cuando la situación sanitaria amenace la paz y seguridad internacionales, antes de aplicarse medidas en el marco de los artículos 41 o 42, podría instarse al desarrollo de una OMP (artículo 40).

2.2. Cordones sanitarios como medidas para restablecer la paz y seguridad internacionales.

Cuando ni siquiera la OMS permite el restablecimiento de la paz y seguridad internacionales, el Consejo de Seguridad debe recurrir a otras acciones “más contundentes”⁹²⁸ y, lógicamente coactivas.

Como con anterioridad se aludía, el cordón sanitario⁹²⁹ es una técnica o una medida que tiene como objetivo el aislamiento, en el sentido más literal, como forma de reacción frente a epidemias o graves enfermedades infecciosas. La posible existencia de la misma ha sido anunciada por el propio Secretario General⁹³⁰, en concreto como “medidas coercitivas”⁹³¹ de respuesta, aunque bajo la

⁹²⁸ FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “Operaciones de...”, *op. cit.*, p. 36.

⁹²⁹ En relación a la expresión “cordón sanitario”, manifestada en la Resolución A/59/565 de 2 de diciembre de 2004, si se analiza la referencia en otras lenguas oficiales se puede apreciar que en el texto oficial en francés se habla de “cordon sanitaire”, mientras que en el de inglés se identifica como “cordon operations”. Tras el cotejo de las expresiones en estos tres idiomas, a simple vista se percibe que existe una clara similitud entre la referencia en español y en francés, no obstante del sentido literal del inglés se puede entender que “cordon operations” es menos una técnica y más una acción. Como suele ser habitual, la interpretación anglosajona es más directa, por lo que en comparación con la expresión española o francesa que de manera simplista puede ser entendida como medida de aislamiento, mientras que en el idioma inglés podría entenderse como una precisa operación de control.

⁹³⁰ En este sentido, casi como ocurre con las OMP, que es una nueva figura ideada por el propio Secretario General.

decisión de la ONU (es decir, mediante resolución del Consejo de Seguridad, o como recomendación), aún no se ha puesto en práctica.

La entelequia de dicho sistema por la falta de aplicación práctica y real en el sistema internacional, motiva la insuficiencia e, incluso el vacío, de una ordenación y sistematización teórica/práctica. En este sentido, se procede a precisar las cuestiones más relevantes a tener en cuenta en caso de que esta figura tuviera que ser aplicada.

a) Procedimiento:

Cuando una amenaza a la seguridad sanitaria avanza en la fase de impacto o post impacto⁹³², provocando la amenaza a la paz y seguridad internacionales, resultará preceptiva la intervención de la ONU, especial y primordialmente, del Consejo de Seguridad, de acuerdo con el artículo 39 que constata la existencia de una amenaza actual.

En este sentido, como garante de la seguridad internacional le corresponderá analizar la naturaleza de la amenaza que se desarrolla. Por ejemplo, como en varias ocasiones he comentado con respecto a la crisis sanitaria del ébola, en la Resolución 2177, el Consejo de Seguridad determinó que ésta constituía una amenaza para la paz y seguridad internacionales (distinguiéndose el alcance de los hechos o situaciones). Esto resulta importante porque además de canalizar la magnitud, se determina en función de la misma, el camino a seguir para la resolución. Por ello cuando exista una amenaza a la seguridad sanitaria, que en opinión del Consejo de Seguridad amenace o quebrante la paz y seguridad

⁹³¹ Párrafo 144, Resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

⁹³² De acuerdo con FITZSIMONS y WHITESIDE, el proceso de una catástrofe (natural o provocada por el hombre) podría estructurarse en cinco fases: “the pre-disaster, the pre-impact, the impact itself, the relief phase and the final stages rehabilitation”. “The impact phase of conflicts is characterised by destruction. Whether by design or intent public health and medical facilities such as water-treatment plants, sewage Works, and hospitals are destroyed in military operations (...)” While “the post-impact phase see initially the emergence of the epidemic diseases -for instance, cholera, typhoid, hepatitis, dysentery and tuberculosis (...)”. FITZSIMONS, D.W. and WHITESIDE, A.W., *op. cit.*, pp. 20-22.

internacionales, el siguiente paso será delimitar el procedimiento de actuación de conformidad con el capítulo VII de la Carta.

Lo descrito es lo que hasta ahora ha tenido lugar. No obstante, como revela la Asamblea, si la epidemia fuera tan grave y fuerte que se hubieran agotado los distintos métodos que se han ido describiendo en este capítulo, el Consejo de Seguridad tendría que imponer medidas más coercitivas, como es un cordón sanitario mediante una operación coercitiva.

Pero, ¿cuál sería el procedimiento de trámite? Figuremos que se transmite un agente biológico infeccioso o un brote natural excepcional de un virus contagioso (por ejemplo, el ébola descontrolado u otra enfermedad con alta tasa de mortalidad). Tras las alertas y medidas de reacción nacionales, la siguiente fase es la comunicación a la OMS. Ésta, como se ha puesto de manifiesto, tras el análisis del problema y sus consecuencias, si corresponde, alertará de la existencia de una emergencia sanitaria internacional⁹³³. En este sentido se recomiendan medidas de prevención, se adoptan protocolos de actuación, se coordinan estrategias de asistencia, etc.

Cuando la trascendencia de los acontecimientos supere la normalidad y puedan suponer una amenaza a la paz y seguridad internacionales, la OMS lo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas⁹³⁴ (en realidad es conocido por ésta última desde el momento en el que se declara emergencia internacional⁹³⁵). Además, como punto de conexión para estas situaciones de

⁹³³ En relación con el ébola, por el último caso más grave, la Directora General de la OMS declara la epidemia una emergencia de salud pública de importancia internacional el 8 de agosto de 2014.

⁹³⁴ De conformidad con la recomendación 8 “El Director General de la OMS presenta informes al Secretario General de las Naciones Unidas sobre la respuesta”, p. 66.

⁹³⁵ De conformidad con la Recomendación 8 del Informe del Grupo de Alto Nivel de 9 de febrero de 2016, en caso de que se produzca un brote de categoría 2 o categoría 3, entre otras medidas, “el Director General de la OMS presenta(rá) informes al Secretario General de las Naciones Unidas sobre la respuesta”.

De manera aclaratoria, como se recoge en el Anexo I del Informe A/70/723: “Nivel de bioseguridad 2 [es cuando] los patógenos representan riesgos moderados para el personal de laboratorios y el medio ambiente (por ejemplo, *Estafilococo dorado*)” mientras que el “Nivel de bioseguridad 3 [es cuando] los patógenos pueden causar enfermedades graves o potencialmente letales mediante la transmisión por vía respiratoria (por ejemplo, *Mycobacterium tuberculosis*)”.

emergencias sanitarias, desde 2015, existe el *Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias* que también emitirá recomendaciones con las que hacer frente a las crisis sanitarias.

Si la magnitud de dicha situación de emergencia es reconocida por el Consejo de Seguridad como una amenaza para la paz y seguridad internacionales (es decir, que ha pasado de ser una mera situación que ponga en peligro la paz y seguridad sanitaria a una amenaza actual), caben dos posibilidades de acuerdo con el artículo 39:

- Hacer recomendaciones. Así ocurre en la Resolución 2177 (2014), con excepción de la obligatoriedad que se deriva del punto 8^a.
- Adoptar medidas, mediante una resolución obligatoria, con el propósito de mantener o restablecer la paz y seguridad internacionales, como ocurriría si en este contexto se insta a la configuración de un cordón sanitario.

En cualquiera de las dos decisiones⁹³⁶, como admite la Asamblea General, “el Director General de la OMS, por conducto del Secretario General, manten(drá) informado al Consejo de Seguridad”, hasta el punto de que el Consejo de Seguridad deberá apoyar la labor de investigación⁹³⁷ y, en caso de que el riesgo continúe incrementando, se verá en la obligación de “imponer medidas más coercitivas”⁹³⁸, de conformidad con la opción b.

Cuando la gravedad del suceso exija la adopción de medidas obligatorias que mantengan o restablezca la paz y seguridad internacionales, en función de las circunstancias éstas serán medidas que impliquen o no, el uso de la fuerza.

⁹³⁶ Resolución 2177 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268^a sesión, de 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014), como con anterioridad ha sido expuesto, combina ambas formas.

⁹³⁷ De manera indirecta se puede deducir que lo hace en el párrafo 12 de la Resolución aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268^a sesión, celebrada el 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014).

⁹³⁸ Párrafo 144, Resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

De conformidad con el artículo 41, cuando el Consejo de Seguridad llegue a la determinación de que se ha producido una amenaza o quebrantamiento, obligará a los distintos sujetos de derecho internacional a que apliquen medidas que “podrán comprender la interrupción total o parcial de las relaciones económicas y de las comunicaciones ferroviarias, marítimas, aéreas, postales, telegráficas, radioeléctricas, y otros medios de comunicación, así como la ruptura de relaciones diplomáticas”⁹³⁹. O incluso podrá instar a la apertura de las comunicaciones cuando unilateralmente se hubiesen cortado como medida interna de seguridad⁹⁴⁰.

En este sentido la adopción de un cordón sanitario⁹⁴¹ sería una medida impuesta por el Consejo de Seguridad, como se manifiesta por el Secretario General (1/59/565)⁹⁴², que implicaría suspender -de manera total o parcial- los viajes⁹⁴³, los transportes, el comercio o las comunicaciones con la zona afectada,

⁹³⁹ Artículo 41 de la Carta de las Naciones Unidas.

⁹⁴⁰ Ese no es el caso del párrafo 4 de la resolución 2177 (2014), ya que en este se “exhorta (...) a que eliminen las restricciones generales de viajes (...) y (...) a que mantengan los vínculos comerciales y de transporte”. Estamos pues ante una recomendación que no cabría en el artículo 41. Resolución 2177 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268ª sesión, de 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014).

⁹⁴¹ Esto también es anunciado por Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio convocado por el Secretario General de la ONU en preparación para La Cumbre Mundial 2005, “(...) a strong affirmation at the international level in 2004 by the High-level Panel on Threats, Challenges, and Change convened by the UN Secretary-General in preparation for the 2005 World Summit. The Panel’s report states that ‘... Any event or process that leads to large-scale death or lessening of life chances and undermines States as the basic unit of the international system is a threat to international security’ and proposes as a separate cluster of threats ‘economic and social threats, including poverty, infectious diseases and environmental degradation’.[15] Among the Panel’s most far-reaching statement was a recommendation that WHO keep the Security Council informed during any suspicious or overwhelming outbreak of infectious disease and that the Council would either support WHO’s work or to take over direct responsibility for the response to the outbreak. The Panel also envisaged a role for the Council in establishing a sanitary cordon or quarantine measures in cases of extreme threat, and mandate compliance from recalcitrant states”. LUCA BURCI, G., “Ebola, the Security Council ...” *op. cit.*, p. 34.

⁹⁴² “Si un Estado no pudiera organizar una cuarentena adecuada de un gran número de posibles portadores, el Consejo de Seguridad debería estar dispuesto a apoyar la adopción de medidas internacionales para ayudar a establecer cordones sanitarios”. Párrafo 144, Resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

⁹⁴³ Aunque en la Resolución 2177 (2014), de 18 de septiembre, es el propio Consejo de Seguridad el que recomienda que se eliminen las restricciones de viajes y comercio adoptada por determinados Estados, en otras ocasiones, “governments had also become reluctant to report out breaks of those disease subject to the IHR, using creative means to avoid notifying the WHO

como si de una zona en cuarentena tradicional se tratara, con el fin de aislar la zona o el Estado. En los términos y en el contexto del ébola, la Resolución 2177 (2014), de acuerdo con el artículo 41, “exhorta a los Estados Miembros a que proporcionen urgentemente recursos y asistencia...”.

Por otro lado, el artículo 42, va más allá y confiere al Consejo de Seguridad la capacidad de tomar acciones necesarias que incluyan el uso de las fuerzas “aéreas, navales o terrestres”⁹⁴⁴, siempre que hayan “fracasado todos los medios pacíficos”⁹⁴⁵, es decir, en última instancia. Todo ello justificado por ser la única alternativa con la que hacer cumplir las exigencias que ostenta, en general, el Consejo de Seguridad como garante de la paz y seguridad internacionales.

Como el propio precepto ejemplifica, este tipo de acciones pueden basarse en bloqueos u otras acciones basadas en la fuerza. En el contexto de las graves amenazas a la seguridad sanitaria, tales como fuertes pandemias cuyo virus supusiera la muerte asegurada de quienes lo padecen, considero que bajo este artículo podría fundamentarse el aislamiento de una comunidad infectada. Sin perjuicio de que con fuertes medidas de seguridad se respetaran los derechos mínimos⁹⁴⁶, previamente enumerados, de abastecimiento, cuidados médicos, asistencia religiosa, etc. y se prestara la correspondiente asistencia humanitaria.

Ninguna de estas situaciones ha tenido que desarrollarse en la práctica hasta el momento, aunque con la reciente epidemia de ébola la amenaza fue de una gravedad elevada. No obstante, se observa que existe la posibilidad de que puedan darse las condiciones más propicias para el desarrollo de una pandemia

Secretariat due to the risk of trade and travel-related restrictions imposed by other countries". KAMRADT-SCOTT, A., *op. cit.*, p. 230.

⁹⁴⁴ Artículo 42 de la Carta de las Naciones Unidas.

⁹⁴⁵ GHALI, B. B., “Un programa de paz”, FASOC, vol. VIII, nº1. Asamblea General, Cuadragésimo séptimo período de sesiones, 17 de junio de 1992, A/47/277, p. 2.

⁹⁴⁶ Asimismo, el propio artículo 4 del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional, 8 de junio de 1977, expresa con nitidez: “Todas las personas (...) tienen derecho a que se respeten su persona, su honor, sus convicciones y sus prácticas religiosas. Serán tratadas con humanidad en toda circunstancia, sin ninguna distinción de carácter desfavorable. Queda prohibido ordenar que no haya supervivientes”.

trascendente, ya sea de manera natural o porque se utilice la enfermedad de manera intencionada como arma de guerra o como medio para producir un ataque terrorista.

b) Situación política:

Antes de continuar avanzando en el estudio y descripción de los cordones sanitarios como medida con la que mantener o restablecer la paz y seguridad internacionales, resulta procedente detenerse en las distintas situaciones políticas que pueden concurrir ante esta resolución por parte del Consejo de Seguridad.

Como antes se describía, dicha resolución se adoptaría en el marco del capítulo VII, de conformidad con el artículo 41 o 42 de la Carta -en función de la gravedad de la amenaza-. Para ello, debería haberse agotado las opciones recomendarorias o que la urgencia o gravedad justifique que no caben otras sugerencias.

En este sentido, para poder discernir las distintas alternativas, hay que partir de que el principal órgano garante del propósito de las Naciones Unidas es el Consejo de Seguridad. Respecto del funcionamiento, la regla esencial para la cuestión que me ocupa, es que el artículo 27 concreta que las distintas decisiones serán tomadas por el voto afirmativo de 9 de los 15 miembros, siempre que no se ejercite el veto por ninguno de los 5 estados permanentes, lo cual provoca la inviolabilidad de la decisión o resolución.

Por estas razones, bajo mi punto de vista, caben tres marcos a tener en cuenta:

1. La primera y más sencilla es que, tal y como se ha ido describiendo, existe un Estado o Estados afectados por una emergencia sanitaria internacional reconocido como una amenaza para la paz y seguridad internacionales, piénsese de nuevo en el caso del ébola. La crisis sanitaria es reconocida por el Consejo de Seguridad como una amenaza para la seguridad internacional y se insta a desarrollarse un cordón sanitario como medida de actuación y resolución, utilizándose una OMP u operación de imposición.

En esta ocasión da igual cuáles sean los Estados afectados (aunque tienen derecho a ser oídos) o los Estados que votan positivamente la adopción de la resolución. Lo importante es que se adopte y no se ejercite el derecho al veto y que los Estados afectados y a los que incide directamente la resolución, se dejen coordinar por la OMS y colaboren con otros sujetos de derecho internacional.

Consecuentemente, este posicionamiento, permite comprender que, en los mejores casos, los cordones sanitarios más eficientemente desarrollados, presentan como elemento necesario el consentimiento del Estado/s afectado y sobre el que se desarrolla la medida. En este caso, el consentimiento no supone un requisito esencial, como ocurre en las OMP, pero sí permite una ejecución más sencilla, como a continuación se describirá.

2. Otra postura puede ser que, de similar forma, existe un Estado o Estados afectados por una emergencia sanitaria internacional reconocido como una amenaza para la paz y seguridad internacionales, respecto a la cual el Consejo de Seguridad adopta como medida obligatoria resolutoria el desarrollo de un cordón de seguridad. No obstante, el Estado (o Estados) sobre el que se debe desplegar no cumple con los objetivos impuestos⁹⁴⁷. Como con anterioridad expresaba, esto podría ser viable ya que existen situaciones en las que los Estados rehúyen de informar o adoptar políticas de control, para que esto no afecte al comercio, libertad de movimiento, etc.

Ante este escenario, la salida es que, contra la displicencia del gobierno de una zona directamente afectada, el cordón (imprescindible para restablecer la normalidad a nivel internacional) se realizaría alrededor de dicha zona no colaborativa. Aunque lógicamente esto acabaría repercutiendo negativamente a la población y al Estado, en general aislado, en función de la gravedad. Para este caso, entiendo que, en última instancia, la rebeldía del sujeto que no colabora se repliega con aplicación del artículo 42 de la Carta que permite utilizar “los medios necesarios” para hacer efectivo dicho cordón, con proporcionalidad y coherencia. Sin perjuicio de la responsabilidad internacional que surge por el incumplimiento.

⁹⁴⁷ Sin perjuicio de que la no puesta en práctica de una resolución obligatoria no pueda ser objeto de sanción por parte del Consejo de Seguridad.

Por otro lado, en esta segunda situación, más compleja que la primera, confluyen distintas variables simultáneamente, con relación a que sean varios Estados los afectados, uno acate la resolución y otro no, todos sí, o ninguno la acepte.

3. Como circunstancia más extrema, ¿qué ocurriría si uno de los Estados que tuvieran que ser destinatario de dicho cordón, fuese uno de los cinco miembros permanentes del Consejo de Seguridad y ejerciera su derecho al veto?

Otra de las situaciones posibles que pueden tener lugar ante una amenaza sanitaria de carácter letal es que, por razones políticas, estratégicas, económicas, etc., la medida del cordón sanitario que pretende decidir el Consejo de Seguridad no sea adoptada, pese a que sea la solución más razonable.

La primera consecuencia de que la resolución sea vetada supone, lógicamente, la eximente de obligatoriedad. En todo caso, el mecanismo del cordón sanitario únicamente podría ser una recomendación de la OMS o, en el mejor de los casos, de la Asamblea General⁹⁴⁸. No obstante, la fuerte amenaza sobre el o los Estados afectados -si estuvieran de acuerdo con dicha medida- podría permitir una puesta en funcionamiento casi como si en una resolución obligatoria se hubiera concretado. La falta de imposición se supliría por la voluntad, en primer lugar nacional (aunque también internacional) y por la coordinación internacional, esencialmente por la OMS, con el objetivo de que surta eficacia (pero siempre fundamentado en la voluntad cooperadora del resto de Estados). No obstante, esta infinitésima posibilidad supondría un reto inalcanzable si el Estado que tiene que hacer efectivo, directa o indirectamente, el cordón sanitario que ha sido vetado en el seno del Consejo de Seguridad.

Me propongo explicar el anterior supuesto con un ejemplo hipotético: si China padeciera una fuerte epidemia o estuviera afectada por otros casos, como alimentos infectados, graves consecuencias en la salud propagado por un acto

⁹⁴⁸ Por ejemplo, Resolución 195 (III), de la Asamblea General, de 12 de diciembre de 1948, UNCOK (United Nations Commission on Korea).

terrorista, etc., en definitiva, si existiera una amenaza a la seguridad causada por enfermedades y se negara a adoptar la medida del cordón sanitario, hasta el punto de que condicionara la efectividad de la decisión que pretende tomar el Consejo de Seguridad, cabría la puesta en práctica por el resto de la comunidad internacional. Esto es, podría aplicarse un cordón sanitario *ad extra*, no solo por los Estados limítrofes al afligido, sino por todos los que tengan contacto con él, al menos directamente.

Y continúo puntualizando con un caso ideado: si China bloquease la decisión en el Consejo de Seguridad, pero ante tal circunstancia sigue siendo recomendable el cese de comunicaciones para restaurar la seguridad, España podría cortar su comercio con China para intentar protegerse y, en definitiva, acordonar al Estado del virus altamente infeccioso, a expensas del importante coste económico, de las consecuencias en el abastecimiento y de otros problemas que se generarían por tal decisión. Esto podría ser calificado como una medida de retorsión, que no una represalia, ya que el objetivo es responder a un acto previo que en este particular caso no puede ser considerado ilícito en *stricto sensu* ya que hipotéticamente China habría vetado una decisión en el Consejo de Seguridad. No obstante, la medida que adoptaría España sería un acto inamistoso, aunque riguroso con la legalidad.

Esto permite mostrar que cuando estamos ante la única medida con la que restablecer la paz y seguridad internacional, incluso con un plus de esfuerzo y complejidad, el cordón sanitario puede hacerse realidad.

c) Reglas de actuación:

Con independencia de que la medida del cordón sanitario (y sin importar el origen y causa de la enfermedad que si quiere contener), haya consistido en una recomendación ante la puesta en peligro de la paz y seguridad internacionales, se haya instado a la práctica de dicha medida como forma de restablecer la señalada seguridad internacional o incluso haya sido una decisión nacional bajo la coordinación de la OMS, el sistema de protección debe ser puesto en práctica. Por ello, la decisión o recomendación, provenga del Consejo de Seguridad, de la Asamblea General, de la OMS o del propio Estado(s), se debe elaborar para el

caso concreto un conjunto de reglas que detalle el proceso de desarrollo y ejecución, es decir un protocolo de actuación.

En este sentido, en mi opinión deberá ser la OMS⁹⁴⁹, autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria a nivel internacional (de la ONU), la encargada de analizar el caso particular y de concretar las directrices de la actuación y el procedimiento. Ello se materializará a través de un protocolo, que supondrá la adaptación al contexto y a las circunstancias de las normas y de las reglas generales al proceso de actuación *médico-humanitario*.

Como reitero, cada emergencia sanitaria en función de su causa de origen, de su letalidad, de la extensión, del contexto, etc., requerirá de un tratamiento particularizado. A continuación, detallo las disposiciones que, en mi opinión, resultarían imprescindibles.

En base a lo concretado en el apartado segundo de este capítulo y, de forma general, en adaptación a los principios básicos de la asistencia humanitaria⁹⁵⁰, se debe garantizar y tener en cuenta que:

- La posibilidad de que se desarrolle un cordón sanitario se sustenta en el principio de humanidad del derecho internacional humanitario, el cual se refiere a que todas las personas “gozarán de protección general contra los peligros”⁹⁵¹. Esto es, toda persona debe ser tratada “humanamente en todas las circunstancias”⁹⁵². Para este particular caso, el hecho de que se aisle el

⁹⁴⁹ Sin perjuicio de que el Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias aporte recomendaciones u otros sujetos u otros entes contribuyan con datos y análisis relevantes.

⁹⁵⁰ La profesora BADIA MARTÍ es precisa cuando explica que el Derecho Internacional Humanitario se aplica en tiempo de conflicto armado mientras que los Derechos Humanos en sí son garantizados en situación de paz. Por lo que el problema no es de precisión, ya que los conceptos están claros, sino de “eficacia de los principios humanitarios mínimos”. BADIA MARTÍ, A. M., “Comentarios a los “Principios éticos de la asistencia de salud en tiempos de conflictos armados y otras situaciones de emergencia”, Comité Internacional Cruz Roja, 2015”, en *Revista de Bioética y Derechos & Perspectivas Bioéticas*, nº 36, p. 128.

⁹⁵¹ Artículo 13 del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 12 de agosto de 1977.

⁹⁵² Si se recoge el deber de trato humano, en toda circunstancia, para el prisionero de guerra (artículo 13 III Convenio de Ginebra), con mayor motivo deberá establecerse como obligatorio para los enfermos (artículo 12 I Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña, aprobado el 12 de agosto de 1949). De forma

foco infeccioso supone de manera directa que se proporcione seguridad⁹⁵³. Proviene dicho peligro de epidemia fuertemente contagiosa o como causa de un ataque a la población civil⁹⁵⁴, como ocurre si se utiliza un germen infeccioso como arma en un acto terrorista o en cualquier conflicto armado.

- Ni el propio cordón sanitario, ni ninguna otra acción u omisión que derive de esta medida, podrá poner en peligro la salud ni la integridad física o mental de las personas de manera injustificada⁹⁵⁵. Entendiéndose por justificadas aquellas acciones coherentes y proporcionales con el objetivo del cordón y sin que sobrepase o vulnere los derechos mínimos que garanticen una asistencia humanitaria⁹⁵⁶.

Esto, en mi opinión, apoyaría que la existencia de un cordón en una determina zona o territorio, requiere la existencia de otros cordones concéntricos, en los que se lleve a cabo el tratamiento diferenciado. En otras palabras, *a priori* la amenaza internacional se resuelve una vez que el cordón sanitario frena la expansión de la enfermedad o el probable daño a la salud. No obstante, el problema continúa, solo que focalizado y sin el

específica, se recoge que los “heridos y los enfermos serán recogidos y asistidos” (artículo 3, III Convenio) y tratados con humanidad en toda circunstancia, (sin derogaciones).

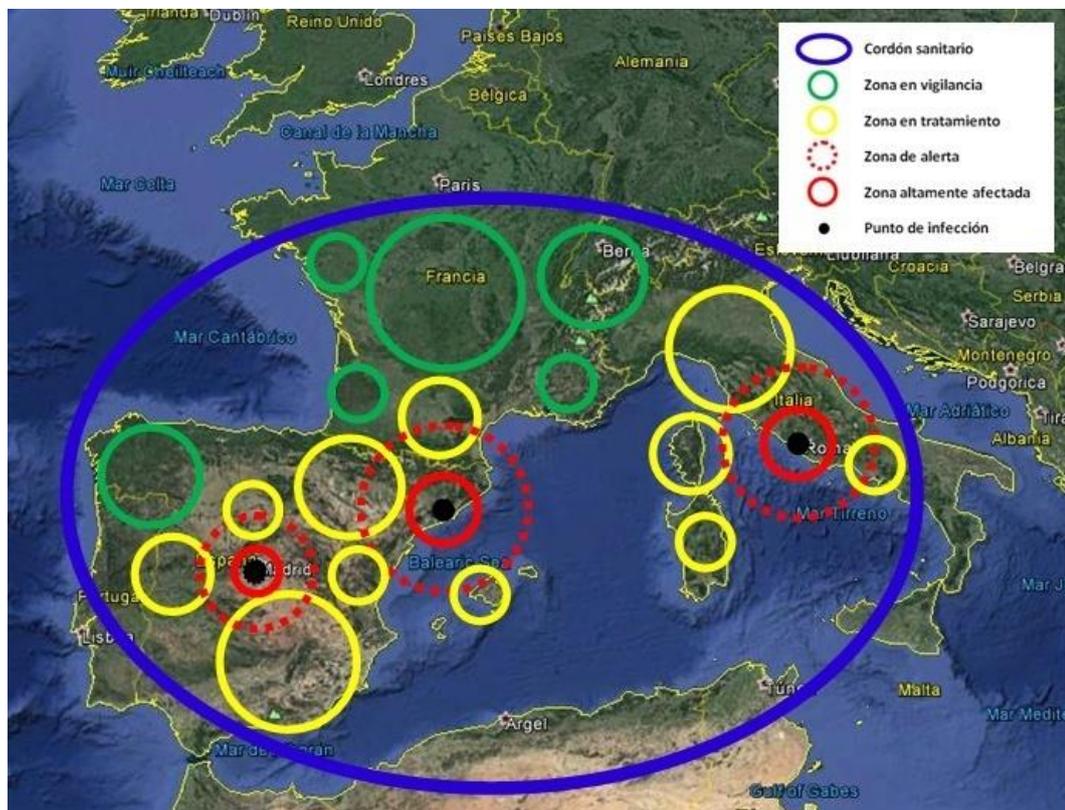
⁹⁵³ El aislamiento de quienes padezcan enfermedades infecciosas es una medida básica e imprescindible, como se recoge en el artículo 30 del III Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra y en el artículo 91 del IV Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra.

⁹⁵⁴ Cualquier ataque que afecte directamente a la población civil supone una absoluta vulneración del principio de precaución en el ataque que se recoge en el artículo 57 del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 8 de junio de 1977.

⁹⁵⁵ Artículo 11 del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 8 de junio de 1977.

⁹⁵⁶ Como ya ha sido mencionado, todo trato humano se cumplirá con las garantías fundamentales que se expresan en el artículo 4 del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra. En este caso en concreto, los individuos aislados en situaciones de inseguridad sanitaria deberán ser tratados “con humanidad en toda circunstancia, sin ninguna distinción de carácter desfavorable”, lo cual rechaza el tratamiento similar y en zonas conjuntas de los distintos grados de infección. En este sentido, se debe actuar de manera diligente para que, por acción u omisión, el objetivo sea que “que no haya supervivientes”. Artículo 4 del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 12 de agosto de 1977.

extra que genera la amenaza global. En este sentido, la existencia de una zona afectada, con enfermos y afectados, requiere del tratamiento diferenciado e individual, de conformidad con el principio de “protección y asistencia” a los “heridos y enfermos”⁹⁵⁷. Evidentemente teniéndose en cuenta el caso particular de la amenaza y que los individuos confinados por esta medida no presentarán el mismo grado de infección, no requerirán los mismos tratamientos y, en definitiva, no responderán por igual en el tiempo de la incomunicación. Estas variantes exigen un tratamiento diferenciado para que no se vulnere el derecho a la salud, es decir, la falta del mismo, supondría una omisión de dicha responsabilidad y, en consecuencia, también un incumplimiento del deber de protección.



⁹⁵⁷ “1. Todos los heridos, enfermos y náufragos, hayan o no tomado parte en el conflicto armado, serán respetados y protegidos [incluso las personas privadas de libertad, de conformidad con el artículo 5, deberán ser tratadas en igualdad de condiciones]. 2. En toda circunstancia serán tratados humanamente y recibirán, en toda la medida de lo posible y en el plazo más breve, los cuidados médicos que exija su estado. No se hará entre ellos distinción alguna que no esté basada en criterios médicos”. Artículo 7 del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 12 de agosto de 1977.

- Estrechamente vinculado con lo anterior y, sobre todo si el cordón es una medida impuesta, el/los Estado/s y la comunidad internacional “tiene la obligación de asegurar que las necesidades médicas de la población (...) sigan siendo satisfechas”⁹⁵⁹, además en el mayor grado posible en consonancia con la asistencia humanitaria. Esto es, debe asegurarse una asistencia médica adecuada, que será complementada con inspecciones médicas periódicas, lo cual permitirá controlar la evolución y la aparición de nuevos contagios⁹⁶⁰.
- Para que la prestación de la asistencia humanitaria en estas crisis pueda ser efectiva y eficiente, será imprescindible que se proteja⁹⁶¹ al personal sanitario (el encargado de hacer que se restaure la salud), así como al personal religioso para que se garantice, en la medida de lo posible, el derecho a las prácticas propias de cada creencia religiosa⁹⁶². En efecto, se le deberá garantizar y prestar toda la ayuda, información o instalaciones disponibles para que puedan desempeñar sus funciones de asistencia o misión humanitaria.

De forma más específica y práctica, asimismo, en el mencionado Protocolo se debe garantizar:

- El alojamiento, medidas de higiene y condiciones salubres⁹⁶³, lo cual al mismo tiempo ayuda a prevenir las epidemias o al control cuando ya son

⁹⁵⁸ Imagen de elaboración propia.

⁹⁵⁹ Artículo 14 del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra.

⁹⁶⁰ Artículo 92 del IV Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra y artículo 31 del III Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra.

⁹⁶¹ Sin que puedan en ninguna circunstancia, renunciar parcial o totalmente a los derechos, artículo 7 I Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña.

⁹⁶² Artículo 15 del Protocolo I y artículo 9 del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra de 1949.

⁹⁶³ Si a los civiles internados en tiempo de guerra e incluso a los prisioneros, los Convenios de Ginebra exige el cumplimiento de dichas garantías, para el caso que me ocupa de los cordones sanitarios, debe establecerse mínimamente las mismas garantías, o incluso incrementadas siempre

una realidad. Esto es completamente indispensable para la asistencia humanitaria y para garantizar los derechos básicos.

- Alimentación, proporcionando raciones diarias suficientes a los enfermos y afectados, así como el agua potable⁹⁶⁴.
- Medidas de especial atención para los menores, especialmente si estos han quedado huérfanos o están separados de sus familias⁹⁶⁵.
- Cabría una política de traslados e incluso evaluación⁹⁶⁶, sobre todo, en situaciones especialmente graves, en las que se concentraran los afectados por grado de enfermedad. De esta manera los cuidados resultarían más sencillos, se emplearían de modo más eficiente las instalaciones e instrumentos y se evitaría riesgos de contagios.
- Razonablemente tanto la asistencia médica como la manutención para los enfermos o personas retenidas en centros por cuestiones de seguridad sanitaria, deberá ser gratuita, respondiendo tanto a los Estados afectados como a la propia comunidad internacional institucionalizada.
- El control de la propagación necesita, además de medidas como el cordón sanitario, un eficiente sistema de registro y transmisión de datos. Como ya ha sido descrito la OMS cuenta con un completo y amplio procedimiento de información. No obstante, si la situación lo requiriere, en el propio protocolo se deberían contener extensiones del sistema. Por ejemplo, sería conveniente que se elaborara una clasificación de los distintos grados de afección, en función de la gravedad, que permita dar sentido al cordón sanitario *ad intra*, así como un sistema de control de las muertes y, en función de la epidemia, una concreción de trámites funerarios que permita

que fuera posible. Artículo 85 del IV Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra y artículo 29 del III Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra.

⁹⁶⁴ Así es garantizado a los prisioneros de guerra por el III Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra, en el artículo 26.

⁹⁶⁵ Con base a la Convención sobre los Derechos del Niño y sus Protocolos.

⁹⁶⁶ Aunque en contextos dispares, de manera similar se recoge en el artículo 18 del II Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar.

respetar cuando fuera posible las tradiciones religiosas del sujeto en cuestión y de la familia, entre otros.

d) ¿Existe responsabilidad diferenciada por riesgos y amenazas a la seguridad sanitaria?

De la Declaración Universal de los Derechos Humanos y de otros instrumentos se desprende que existe una obligación de respeto universal y efectivo de los derechos humanos -como el derecho a la salud (artículo 25 DUDH)- y, por tanto, una responsabilidad de garantía universal.

En este mismo sentido y, como ya ha sido puesto de manifiesto, en la comunidad internacional recae, en última instancia, una responsabilidad de protección por motivos de urgente necesidad e incluso, de manera concreta, una responsabilidad de proteger la salud de la población que esté sufriendo una situación o amenaza a la seguridad sanitaria.

La pregunta que me formulo, respecto a la responsabilidad de proteger la salud por parte de la comunidad internacional institucionalizada, es si la entidad de la responsabilidad debe ser uniforme para todos los Estados. Es decir, ¿es posible la graduación de la responsabilidad de proteger la salud?

La lucha contra el cambio climático y la protección del medio ambiente, mediante distintos instrumentos matrices, ha instaurado el “principio de responsabilidad común, pero diferenciada”. En este sentido, este principio es definido por primera vez en la Declaración de Rio sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo⁹⁶⁷ como:

“PRINCIPIO 7: Los Estados deberán cooperar con espíritu de solidaridad mundial para conservar, proteger y restablecer la salud y la integridad del ecosistema de la Tierra. En vista de que han contribuido en distinta medida

⁹⁶⁷ Declaración de Rio sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, junio 1992. Recogida por la Asamblea General en el “Report of the United Nations Conference on Environment and Development. Rio de Janeiro, 3-14 June 1992”, el 12 de agosto de 1992. A/CONF.151/26/Rev.1.

a la degradación del medio ambiente mundial, los Estados tienen responsabilidades comunes pero diferenciadas. Los países desarrollados reconocen la responsabilidad que les cabe en la búsqueda internacional del desarrollo sostenible, en vista de las presiones que sus sociedades ejercen en el medio ambiente mundial y de las tecnologías y los recursos financieros de que disponen”.

Dicho principio viene a expresar que lógicamente existe una responsabilidad común (en este caso de prevenir o remediar los efectos negativos del cambio climático), pero que la responsabilidad se graduará en función de las circunstancias, es decir, la obligación “será diferenciada”. Pero, ¿en qué se basa? Según el principio de responsabilidad diferenciada se debe realizar un balance equitativo en función del grado de desarrollo y capacidad de cada Estado, además del grado de responsabilidad de cada uno por los daños causados.

Este principio de responsabilidad diferenciada no es un hecho aislado y desconocido, sino que ha continuado desarrollándose por posteriores instrumentos internacionales. Así es recogido directamente en la Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático⁹⁶⁸ (en adelante CMNUCC), en el Protocolo de Kyoto⁹⁶⁹ o en el Acuerdo de París⁹⁷⁰, entre otros.

De manera que en cuestiones medio ambientales se considera un principio asentado que los Estados más desarrollados (que por tanto han contaminado más

⁹⁶⁸ 3.1. “Las Partes deberían proteger el sistema climático en beneficio de las generaciones presentes y futuras, sobre la base de la equidad y de conformidad con sus responsabilidades comunes pero diferenciadas y sus respectivas capacidades. En consecuencia, las Partes que son países desarrollados deberían tomar la iniciativa en lo que respecta a combatir el cambio climático y sus efectos adversos”. Y también en los compromisos del artículo 4. Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, hecho en Nueva York el 9 de mayo de 1992 y en vigor desde el 21 de marzo de 1994. España fue incorporada en el anexo I mediante una enmienda que entró en vigor el 13 de agosto de 1998 de conformidad con la decisión 4/CP.3, adoptada por la CP en su tercer periodo de sesiones, (BOE nº 27, de 1 febrero 1994).

⁹⁶⁹ Instrumento de Ratificación del Protocolo de Kyoto al Convenio Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, hecho en Kyoto el 11 de diciembre de 1997, en vigor desde el 16 de febrero de 2005. España lo ratificó el 10 de mayo de 2002, BOE nº 33, de 8 de febrero de 2005.

⁹⁷⁰ Acuerdo de París, hecho en París el 12 de diciembre de 2015, en vigor de forma general desde el 4 de noviembre de 2016. Ratificado por España el 23 de diciembre de 2016, en vigor desde el 11 de febrero de 2017, BOE nº 28, de 2 de febrero de 2017.

hace décadas) ostentan mayor responsabilidad de acuerdo con sus propias “circunstancias nacionales”⁹⁷¹.

En este sentido, volviendo a la cuestión que me formulaba hace algunas líneas, supletoriamente podría utilizarse este principio. De manera que, sí podría fundamentarse una graduación de la responsabilidad de proteger la salud. No obstante, a mi juicio, dicho principio -lógicamente de acuerdo con la peculiaridad de la materia- no se aplicaría directamente así en las cuestiones de salud o seguridad sanitaria.

Piénsese en cualquier pandemia que pueda llegar a constituir una amenaza a la paz y seguridad internacionales. Por ejemplo, imagínese que el ébola no se consigue controlar y continúa suponiendo una amenaza a la paz y seguridad internacionales. Lo primero es que, evidentemente, cada uno de los Estados por la amenaza que sufre o la situación de peligro, debe proteger la salud de su población, individualmente y de acuerdo con los sistemas de coordinación internacionales.

Además, si un Estado no puede garantizar un mínimo de seguridad en su territorio por carecer de los medios suficientes, la comunidad internacional debe auxiliarle. Por ejemplo, el Consejo de Seguridad⁹⁷² exigía la ayuda de la UE o de la Unión Africana a los Estados fuertemente afectados por el ébola en 2014.

¿Y si no es suficiente? ¿Y si la comunidad internacional necesita de un antígeno?

Considero que la diferencia sustancial con el principio de responsabilidad común pero diferenciada, con relación al medio ambiente es que, en cuestiones de salud, las circunstancias que se derivan se relacionan únicamente con la capacidad del Estado y no con la responsabilidad por daño previo. Por lo que, en caso de amenaza a la paz (pero no solo), el Consejo de Seguridad podría exigir a los Estados más desarrollados, con mejores avances tecnológicos logísticos y

⁹⁷¹ Así es repetido en numerosas ocasiones en el reciente Acuerdo de París. *Ibíd.*

⁹⁷² Resolución del Consejo de Seguridad del 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014), párrafo. 7.

científicos, que hallen la vacuna, que la suministren a bajo costo o incluso que un concreto laboratorio proporcione la fórmula en aras de la paz y seguridad internacionales.

CONCLUSIONS

1. In spite of the fact that there is no generally accepted concept of health security, the study of its key ideas has helped me to define it.

Firstly, health in general is a comprehensive, transversal and positive concept. It refers to the highest possible physical, mental and social levels. Because everyone, as an individual, has the human right to have and benefit from the highest standards of health. Each State or each government has the direct responsibility to ensure the effectiveness and the full use of the right to health. To accomplish this, there are international legal instruments which complement the internal legal instruments.

Secondly, health security is a part of human security. In this sense, human security is a broad, practical and inclusive idea, which focuses on providing stability and well-being in an individual way and also in a general way. Its extensive character is quite necessary it can reveal any also policies and measures taken that are not totally efficient. For this reason, in most cases, any shortcomings will probably be due to practical problems that impede that the programmed policies reach their established objectives.

All of this helps us to understand that health security is one of the main challenges of public health. It prevents and controls the spread of infectious diseases on an international scale and other threats to public health.

2. There is a clear connection between health security and international security because the spread of viruses or infectious diseases is one of the main threats to international security. It can cause instability and conflicts. To safeguard international peace and security there must be threat control, and at the same time, social and economic development.

The causes of risks and threats to international peace and security are not only epidemics caused by natural causes, but are also diseases used in biological warfare, infectious viruses used in terrorist attacks and epidemics caused by migratory flow, industrial accidents or climate change.

3. At this time, terrorist attacks whose main objective is to cause as many civilian victims, as possible, have increased the threat of the use of biological or chemical weapons. The main reasons for this are that the information on how to use and make them is easily found. In addition, it is difficult to identify the point of origin and the authors of the attacks and, above all, because the effects on health and life are far-reaching.

In the same way, cyber-terrorism or any cyberattack, as in the case of a conventional armed conflict, can threaten health security and international peace and security. The international institutionalized community is especially vulnerable to cyberattacks, which could even result in the paralysis of health and security systems and whole States.

4. Having fully understood these basic ideas, I can address the main question on which the most important and specific objectives are based. Is it legally feasible to set up cordons sanitaires as an answer to threats to health security and international security? The answer is yes.

5. Since the main purpose of the United Nations is to maintain international peace and security in the face of dangerous situations, risk or threats concerning health, these will be adequately handled by this international organization, and specifically by the Security Council or the General Assembly, in accordance with the context and circumstances.

In this sense, it can be noted that in accordance with the UN Charter, if a potential international health emergency is a risk to international peace and security, the Security Council, and if not, the General Assembly can recommend a cordon sanitaire as a system of prevention, action or rebuilding.

6. If the threats are potential, present or real, or there is a clear breach of international peace and security, the Security Council can establish cordons sanitaires by a resolution as a provisional measure. In this resolution, the fatality and extent of the epidemic, pandemic or other contagious elements will be analysed. That is that the Security Council can recommend or strongly urge the establishment of cordons sanitaires in order to maintain or restore international

peace and security in the case of threats to health security, as stipulated in Article 40, Article 41 or Article 42 of the UN Charter. The cordon is contained in a non-binding resolution of the Secretary-General, 2004 (A/59/565), although this possible measure has not been used yet. This text considers a cordon sanitaire to be an action of prevention or enforcement in accordance with the kind of threat.

7. A cordon sanitaire is not a new invention. The concept of a cordon sanitaire has existed for centuries and was used to isolate or separate persons affected by epidemics or serious infectious diseases. If any subject of international law decides to set up a cordon, key rules and a procedure of action will have to be established in accordance with the law.

8. In my opinion, if cordons sanitaires are to be set up, WHO will have to be in charge of directing and coordinating any international health action. WHO should analyze the specific situation to develop a coherent and rigorous protocol. This *ad hoc* protocol must be efficient and must contain a series of guidelines which respect Human Rights so that the control of the epidemic would not be a violation of those rights. In this way, an uncrossable red line would protect some minimum rights. For this reason, the cordon sanitaire would need to consist of concentric circles to individualize the treatment of the infected or the ill in accordance with the specific circumstances and severity.

9. The implementation of a cordon sanitaire would require the participation of the United Nations, mainly the Security Council or the General Assembly, which can recommend or decide on the appropriate measures to be taken. Besides this, the isolation must be defined by a protocol of action indicated by WHO in each case, but will be carried out by the national authorities of the affected States, NGOs, international organizations or whoever is necessary for achieving the objectives.

10. Those States, affected by an epidemic, will have the responsibility of safeguarding health. And if all of them cannot do that, the other States, involved directly or indirectly, or at least the bordering States will have the obligation to cooperate and assist in the responsibility of safeguarding health.

In addition, the Security Council, in accordance with Chapter VII, can call upon the neighboring States, international organizations or even the international institutional community, to help the affected States. Failing to comply with this obligation can lead to sanctions imposed by this organ.

11. This study has led me to affirm that, as has developed in International Environmental Law, there is a common but differentiated responsibility, to protect health. Consequently, the more developed States will have to assume more responsibility in health protection, particularly in the case of a threat to international peace and security.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS

TRATADOS INTERNACIONALES

- Acuerdo de París, de 12 de diciembre de 2015. (BOE nº 28, de 2 de febrero de 2017).
- Carta de la Organización de los Estados Americanos, Bogotá, 1948 (Reformada por el Protocolo de Buenos Aires en 1967, por el Protocolo de Cartagena de Indias en 1985, por el Protocolo de Washington en 1992, y por el Protocolo de Managua en 1993).
- Carta de las Naciones Unidas, San Francisco, de 26 de junio 1945 (BOE n. 275, de 16 de noviembre de 1990).
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, (2000/C 364/01, Diario Oficial de las Comunidades Europeas 18.12.2000).
- Carta Social Europea, Turín, de 18 de octubre de 1961, (BOE nº 153, de 26 de junio de 1980).
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 21 de diciembre de 1965, Resolución 2106 A (XX), (BOE n. 118, de 17 de mayo de 1969).
- Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, Nueva York, de 9 de mayo de 1992, (BOE nº 27, de 1 febrero 1994).
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 18 de diciembre de 1979, (BOE nº. 69, de 21 de marzo de 1984).
- Convención sobre la prohibición del desarrollo, la producción y el almacenamiento de armas bacteriológicas (biológicas) y toxinas y sobre su destrucción, Londres, Moscú y Washington, de 10 de abril de 1972 en. (BOE nº 165, de 11 de julio de 1979).

- Convención sobre la Prohibición del Desarrollo, la Producción, el Almacenamiento y el Empleo de Armas Químicas y su Destrucción, de 13 de enero de 1993, (BOE nº 300 del 13 de diciembre de 1996).
- Convención sobre los Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1989 (BOE nº 313 de 31 diciembre 1990).
- Convenio de Minamata sobre Mercurio, Kumamoto, Japón, de 10 de octubre de 2013, PNUMA, (DOUE n. 142, de 2 de junio de 2017).
- Convenio Marco para el Control de Tabaco, Resolución WHA56.1, (BOE nº 35, de 10 de febrero de 2005).
- Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, Consejo de Europa de 4 de noviembre de 1950 (BOE nº 243, de 10 de octubre de 1979).
- Convenio sobre la Ciberdelincuencia, Budapest, de 23 de noviembre de 2001 (BOE nº 226, de 17 de septiembre de 2010).
- Convenio sobre la Diversidad Biológica, Río de Janeiro, de 5 de junio de 1992, (BOE nº. 27, de 1 de febrero de 1994).
- Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, Oviedo, de 4 de abril de 1997, Consejo de Europa, N°164.
- Estatuto del Consejo de Europa, Tratado de Londres, de 5 de mayo de 1949, (BOE núm. 51/1978, de 1 de marzo de 1978).
- I Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña, de 12 de agosto de 1949, (BOE de 23 agosto 1952).
- II Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar, de 12 de agosto de 1949 (BOE de 26 agosto 1952).

- III Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra, aprobado de 12 de agosto de 1949 (BOE de 5 septiembre 1952).
- IV Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra de 12 de agosto de 1949 (BOE de 2 septiembre 1952).
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Nueva York, de 19 de diciembre de 1966, (BOE n. 103, de 30 de abril de 1977).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Nueva York, de 19 de diciembre de 1966 (BOE n. 103, de 30 de abril de 1977).
- Protocolo Adicional a la Convención sobre prohibiciones o restricciones del empleo de ciertas armas convencionales que puedan considerarse excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados, Viena, de 13 de octubre de 1995. (BOE nº 114, de 13 de mayo de 1998).
- Protocolo de Kyoto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, Kyoto, de 11 de diciembre de 1997, (BOE n. 33, de 8 de febrero de 2005).
- Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho, Nueva York, de 10 de diciembre de 2008 (BOE nº 48, de 25 de febrero de 2013).
- Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, Ginebra, de 8 de junio de 1977, (BOE n. 177, de 26 de julio de 1989).
- Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional, Ginebra, de 8 de junio de 1977, (BOE n. 177, de 26 de julio de 1989).
- Protocolo sobre la prohibición del uso en la guerra, de gases asfixiantes, tóxicos o similares y de medios bacteriológicos, Ginebra, de 17 de junio de 1925, (Real Decreto 663/1997, de 12 de mayo).

ACTOS JURÍDICOS DE CONTENIDO NORMATIVO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

- “El Reglamento Sanitario Internacional (2005), Áreas de trabajo para su aplicación”, OMS, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/AreasofworkES.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.
- Decision in 3046th meeting of the Security Council, on 31 January 1992, (S/23500).
- Decisión nº 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2007 por la que se establece el segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud (2008-2013). DOCE L 301/3, de 20.11.2007.
- Decisión nº 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002 relativa a la adopción de un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008), DOCE L 271/1, de 9.10.2002.
- Ley 9/2003, de 25 de abril, por la que se establece el régimen jurídico de la utilización confinada, liberación voluntaria y comercialización de organismos modificados genéticamente, (BOE nº 100, de 26 de abril de 2003).
- Reglamento (UE) Nº 282/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo de 11 de marzo de 2014 relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014-2020 y por el que se deroga la Decisión no 1350/2007/CE (Texto pertinente a efectos del EEE), nº L 86/1, de 21.3.2014.
- Resolución 1308 (2000), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 4172^a sesión, de 17 de julio de 2000, S/RES/1308 (2000).
- Resolución 1509 (2003), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 4830^a sesión, de 19 de septiembre de 2003, S/RES/1509 (2003).
- Resolución 1540 (2004) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 4956^a sesión, de 28 de abril de 2004, S/RES/1540 (2004).

- Resolución 1674 (2006), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 5430^a sesión, de 28 de abril de 2006, S/RES/1674 (2006).
- Resolución 1706 (2006), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 5519^a sesión, de 31 de agosto de 2006, S/RES/1706 (2006).
- Resolución 1889 (2009), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 6196^a sesión, de 5 de octubre de 2009, S/RES/1889/2009.
- Resolución 195 (III), de la Asamblea General, de 12 de diciembre de 1948, UNCOK (United Nations Commimssion on Korea).
- Resolución 1973 (2011), adoptada por el Consejo de Seguridad en su 6498^a sesión, de 17 de marzo de 2011, S/RES/1973 (2011).
- Resolución 1975 (2011), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 6508^a sesión, de 30 de marzo de 2011, S/RES/1975 (2011).
- Resolución 1983 (2011), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 6547^a sesión, de 7 de junio de 2011, S/RES/1983 (2011).
- Resolución 2012 (2011), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 6631^a sesión, de 14 de octubre de 2011, S/RES/2012 (2011).
- Resolución 2031 (2011), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 6696^a sesión, de 21 de diciembre de 2011, S/RES/2031 (2011).
- Resolución 2177 (2014) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7268^a sesión, de 18 de septiembre de 2014, S/RES/2177 (2014).
- Resolución 2190 (2014), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7340^a sesión, de 15 de diciembre de 2014, S/RES/2190 (2014).
- Resolución 2215 (2015), aprobada por el Consejo de Seguridad en su 7423^a sesión, de 2 de abril de 2015, S/RES/2215 (2015).
- Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2002/31 con la que se nombra al Sr. PAUL HUNT, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos.

- Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre la garantía de protección de la salud en todas las políticas y acciones de la Comunidad. DOCE nº C 86 de 24/3/2000.
- Resolución del Consejo de 8 de junio de 1999 sobre la acción futura de la Comunidad en el ámbito de la salud pública. DOCE nº C 200 de 15/7/1999.
- Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, Tratado de Lisboa, 2007, Diario oficial de la Unión Europea, nº C 306/1.

JURISPRUDENCIA

- African Human Rights Case Law: Purohit & Another v The Gambia (2003) AHRLR 96 (ACHPR 2003).
- Caso *Selmouni contra Francia* [C], nº 25803/94, TEDH de 28 de julio de 1999.
- Caso *Center of Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu contra Romania* [GC], nº 47848/08, TEDH de 17 julio de 2014.
- Caso *Elberte contra Latvia* [C], nº 61243/08, TEDH de 13 de enero de 2015.
- Caso *Hatton y otros contra Reino Unido* [GC], nº 36022/97, TEDH de 8 de julio de 2003, p. 11.
- Caso *Hristozov y otros contra Bulgaria* [C], nº 358/12, TEDH de 13 noviembre 2012.
- Caso *L.L. c. Francia* [C], nº 7508/02, TEDH de 10 de octubre de 2006.
- Caso *López Ostra contra España* [C], nº 16798/90, TEDH de 9 de diciembre de 1994.Caso *K.H. y otros contra Eslovaquia* [C], nº 32881/04, TEDH de 28 abril de 2009.
- Caso *Moreno Gómez contra España* [C], nº 4143/02, TEDH de 16 de noviembre de 2004.

- Caso *Otgon contra República de Moldavia* [C], nº 22743/07, TEDH de 25 octubre de 2016.
- Caso *Panaitescu contra Rumanía* [C], nº 30909/06, TEDH de 10 de abril de 2012.
- Caso *Šilih contra Eslovenia* [GC], nº 71463/01, TEDH de 9 abril de 2009.
- CIDH, *Caso 12.249, Jorge Odir Miranda Cortez y otros*. El Salvador. Sentencia nº 27/09 de 20 de marzo de 2009.
- CIDH, *Caso Comunidad indígena Yakye Axa Vs. Paraguay*. Sentencia nº 67/02 de 17 de junio de 2005.
- CIDH, *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Sentencia nº 33/96 de 19 de noviembre de 1999.
- CIDH, *Caso Furlan y familiares vs. Argentina*, Sentencia nº 111/10 de 31 de agosto de 2012.
- CIDH, *Caso Rosendo Cantú Y Otra vs. México*, Sentencia nº 36/09 de 15 de mayo de 2011.
- CIDH, *Caso Tribu Ache v. Paraguay*, Sentencia nº 1802, del 27 de mayo de 1977.
- CIDH, *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia nº 43/03 de 4 de julio de 2006.

SOLF LAW

- “Informe sobre el Desarrollo Humano 1994, Un programa para la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social”, PNUD, Nueva York, 1994, ISBN 968-16-4489-1.
- Actas de la Conferencia General sobre la “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos” de la UNESCO, 19 de octubre de 2005, 32ª reunión, (Resolución 32 C/24).
- African Commission Resolution about Access to Health and Needed Medicines in Africa, 44st Ordinary Session, November 2008, ACHPR/Res 141, 2008.

- African Commission Resolution about Resolution on Maternal Mortality in Africa, 44st Ordinary Session, November 2008, ACHPR/Res 135, 2008.
- African Commission Resolution about the Health and Reproductive Rights of Women in Africa, 41st Ordinary Session, May 2007, ACHPR/Res 110, 2007.
- African Commission Resolution Involuntary Sterilisation and the Protection of Human Rights in Access to HIV Services, 54th Ordinary Session, November 2013 ACHPR/Res 260, 2013.
- Anuario de la Comisión de Derecho Internacional, 1999, volumen II, primera parte, documentos del quincuagésimo primer periodo de sesiones, Naciones Unidas, A/CN.4/SER.A/1999/Add.1 (Part 1).
- Carta de Banjul, durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana, Nairobi, de 27 de julio de 1981.
- Carta dirigida al Presidente del Consejo de Seguridad por el Grupo de Expertos sobre Liberia establecido en virtud de la resolución 2128 (2013), de 19 de noviembre de 2014, S/2014/831.
- Carta dirigida al Presidente del Consejo de Seguridad por el Secretario General transmitiendo sus impresiones sobre la misión de evaluación en relación con el régimen de sanciones contra Liberia, de 29 de septiembre de 2014, S/2014/707.
- Comisión Europea, Guía para la Estrategia Europea de Desarrollo Sostenible, “Un futuro sostenible a nuestro alcance”, Bruselas, 2007.
- Comisión, “Libro Blanco, Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)”, Bruselas, 23 de octubre de 2007, COM(2007) 630 final.
- Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social Europeo “Estrategia europea de medio ambiente y salud”, 11.6.2003 COM (2003).
- Comunicación de la Comisión, de 9 de junio de 2004, «Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010) [COM (2004) 416 - Diario Oficial C 49 de 28.2.2006].

- Comunicado oficial de la 4259ª sesión del Consejo de Seguridad, 19 de enero de 2001, S/PV. 4259.
- Consejo de la Unión Europea “Estrategia Europea de Seguridad. Una Europa segura en un Mundo mejor”, Bruselas, 2009.
- Declaración del Presidente del Consejo de Seguridad de 28 de mayo de 1993, Doc. S/25859.
- Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, Organización Mundial del Comercio, WT/MIN (01)/DEC/2.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptado por la Asamblea General, París, de 10 de diciembre de 1948, A/RES/217(III).
- European Commission. Commission Staff Working Document. Investing in Health. SWD (2013) 43 final, 20 February 2013. Accompanying the Communication: Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020. COM (2013) 83 final, 20 February 2013.
- Guía FAO/OMS para la aplicación de principios y procedimientos de análisis de riesgos en situaciones de emergencia relativas a la inocuidad de los alimentos, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Organización Mundial de la Salud, Roma, 2010, ISBN 978 92 4 350247 2.
- Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos 19º período de sesiones, de 16 de diciembre de 2011, (A/HRC/19/34).
- Informe de la Asamblea General sobre “Declaración de Rio sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo”, Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, Rio de Janeiro, de 12 de agosto de 1992, A/CONF.151/26/Rev.1.
- Informe de la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía de los Estados, “La responsabilidad de proteger”, 2001.

- Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Informe de la Secretaría de la OMS sobre “Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, OMS, de 19-21 de octubre de 2011”, en la 130.ª reunión del Consejo Ejecutivo, de 24 de noviembre de 2011, EB130/15.
- Informe de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud sobre “Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias”, Consejo ejecutivo, 107ª reunión, de 28 de noviembre de 2000, EB107/5.
- Informe del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias, “Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias”, Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, 9 de febrero de 2016, A/70/723.
- Informe del Grupo sobre las Operaciones de Paz de la Naciones Unidas, conocido como Informe Brahimi, Asamblea General Quincuagésimo quinto período de sesiones, 21 de agosto de 2000, A/55/305–S/2000/809.
- Informe Final de la OMS, *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Comisión sobre Determinantes sociales de la salud, Ginebra, 2009.
- Observación general 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22º período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, CESCR.
- OMS, “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”, primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, de 21 de noviembre de 1986.
- OMS, “Normas de comunicación de brotes epidémicos de la OMS”, 2005, CDS/2005.28.

- OMS, Guía sobre la reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas 2015, Ginebra, 2016, WHO/HSE/GCR/2015.2.
- OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2007, un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI, 2007.
- OMS, Manual de bioseguridad en el laboratorio, 3ª ed., Ginebra, 2005.
- Opinión consultiva por la Corte Internacional de Justicia sobre la “licitud de la amenaza o del empleo de armas nucleares”, 8 de julio de 1996.
- Report of the Secretary-General about “In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All”, 59th Sess., UN Doc. A/59/2005 (2005).
- Resolución 2625 (XXV) de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la “Declaración sobre principios de Derecho Internacional que rigen las relaciones de amistad y cooperación entre los Estados” de 24 de octubre de 1970.
- Resolución de la Asamblea General sobre “Alcance, modalidades, formato y organización de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles”, Sexagésimo quinto período de sesiones, 7 de abril de 2011, (A/RES/65/238).
- Resolución de la Asamblea General sobre “Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA”, Vigésimo sexto período extraordinario de sesiones, 2 de agosto de 2001, (A/RES/S-26/2).
- Resolución de la Asamblea General sobre “Declaración del Milenio”, Quincuagésimo quinto período de sesiones, 13 de septiembre de 2000, (A/RES/55/2).
- Resolución de la Asamblea General sobre “Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA”, Sexagésimo quinto período de sesiones, 8 de julio de 2011, (A/RES/65/277).
- Resolución de la Asamblea General sobre “Declaración sobre el derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los

derechos humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos”, Quincuagésimo tercer período de sesiones, de 8 de marzo de 1999, (A/RES/53/144).

- Resolución de la Asamblea General sobre “Examen del problema del virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en todos sus aspectos”, Quincuagésimo quinto período de sesiones, 13 de noviembre de 2000, (A/RES/55/13).

- Resolución de la Asamblea General sobre “Salud mundial y política exterior”, Sexagésimo séptimo período de sesiones, 12 de diciembre de 2012, (A/67/L.36).

- Resolución de la Asamblea General, “Declaración política sobre el VIH/SIDA”, Sexagésimo período de sesiones, 15 de junio de 2006, (A/RES/60/262).

- Resolución de la Asamblea General, “Documento Final de la Cumbre Mundial 2005”, Sexagésimo período de sesiones, 24 de octubre de 2005, (A/RES/60/1).

- Resolución de la Asamblea General, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, Quincuagésimo noveno período de sesiones, de 2 de diciembre de 2004, (A/59/565).

- Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud “Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud”, de 13 de junio de 1958, (WHA11.39).

- Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 11 de julio de 1994, (WHA39.6).

- Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 20 de enero de 1984, (WHA29.38).

- Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 3 de febrero de 1977, (WHA26.37).

- Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de septiembre de 2005, (WHA51.23).

- Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre “Global health security: epidemic alert and response”, 54º sesión, de 21 de mayo de 2001, (WHA54.14).
- Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, Duodécimo Programa General de Trabajo”, “No solo la ausencia de enfermedad”, 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, 19 de abril de 2013, (A66/6).
- WHO, “Guidance on regulations for the Transport of Infectious Substances 2013–2014”, Geneva, 2012, WHO/HSE/GCR/2012.12.
- WHO, “The world health report 2007. Global Public Health Security in the 21st Century”, Geneva, 2007.

FUENTES SECUNDARIAS

LIBROS

- BAIN, W., *The Empire of Security and the Safety of the People*, Routledge Taylor & Francis Group, London 2006, ISBN 020309946X.
- BOBBIO, N., *El tiempo de los derechos*, Editorial Sistema, Madrid, 1991, ISBN 13:9788486497156.
- BRUNET, J. P., LAUNAY, M., *De una guerra a otra, 1914-1945*, Akal, Madrid, 1991, ISBN 978-84-7600-671-9.
- CARRILLO SALCEDO, J. A., *Soberanía del Estado y Derechos Internacional*, 2ª ed., Tecnos, Madrid, 1976, ISBN: 84-309-0619-3.
- Commission on Human Security, *Human Security Now*, Grundy & Northedge, New York, 2003, ISBN 0-9741108-0-9.
- CRAVEN NUSSBAUM, M., *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*, Paidós, Barcelona, 2012, ISBN 9788449309885.

- CRAVEN NUSSBAUM, M., *Las mujeres y el desarrollo humano: el enfoque de las capacidades*, Herder, Barcelona, 2002, ISBN: 9788425431722.
- ECHEVARRÍA JESÚS, C., *Relaciones Internacionales III, Paz Seguridad y defensa en la sociedad internacional*, 1ª Edición, UNED, Madrid, 2011, ISBN 9788436262582.
- *Enciclopedia Moderna: Diccionario Universal de Literatura, Ciencias, Artes, Agricultura, Industria y Comercio*, vol. 25, Francisco de P. Mellado. Madrid, 1851, ISBN 84-08-45560-0.
- FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., *Operaciones de las Naciones Unidas para el Mantenimiento de la Paz*, vol. I, Universidad de Huelva Publicaciones, Huelva, 1998, ISBN 84-88751-64-8.
- GALTUNG, J., *Paz por medios pacíficos*, Bakeaz, Centro Documentación Estudios para la Paz, Bilbao, 2003, ISBN 9788488949523.
- GALTUNG, J., *Peace by Peaceful Means, Volume: Peace and Conflict, Development and Civilization* Vol. 14, SAGE Publications Ltd, Thousand Oaks, 1996, ISBN 9780857022813.
- GROS ESPIELL, H., *Estudios sobre Derechos Humanos II*, Civitas, Madrid, 1988, ISBN: 84-7398-609-1.
- GUTIÉRREZ ESPADA, C., CERVELL HORTAL, M. J., *Nacimiento, Auge y Decadencia de la Responsabilidad de Proteger*, Comares, Granada, 2014, ISBN 9788490452141.
- LINDERFALK, U., *On the Interpretation of Treaties: The Modern International Law as Expressed in the 1969 Vienna Convention on the Law of Treaties*, Springer, Dordrecht, 2007, ISBN 978-1-4020-6361-9.
- MIKUNDA FRANCO, E., *Derechos Humanos y Mundo Islámico*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2003. ISBN 84-472-0649-1
- MILLER, J., *Guerra bacteriológica: las armas biológicas y la amenaza terrorista*, Suma de Letras, Madrid, 2003, ISBN: 84-663-1052-5.

- PASTOR RIDRUEJO, J. A., *Curso de Derecho Internacional Público y Organizaciones Internacionales*, Tecnos, Madrid, 2014, ISBN 9788430962617.
- RENOUVIN, P., *Historia de las relaciones internacionales: Siglos XIX y XX*, Akal, Torrejón de Ardoz, 1990, ISBN 84-7600-597-0.
- RUIZ DE LA CUESTA, A., *Bioética y derechos humanos: implicaciones sociales y jurídicas*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005, ISBN: 84-472-0871-0.

CAPÍTULOS DE LIBROS

- AGER, A., “Health and Forced Migration” en FIDDIAN-QASMIYEH, E. *et al* (Ed), *The Oxford Handbook of Refugee and Forced Migration Studies*, Oxford University Press, Oxford, 2014, ISBN: 9780199652433.
- ALONSO FERNÁNDEZ, R., BOUZA SANTIAGO, E., “Guerra biológica” en AUSINA RUIZ, V., MORENO GUILLEN, S., (Ed), *Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 2º edición, Panamericana, Bogotá, 2006. ISBN 84-7903-921-3.
- AUST, A., “The Procedure and Practice of the Security Council Today” en DUPUY, J. (Ed.), *The development of the role of the Security Council: workshop*, Dordrecht, Nijhoff, 1993, ISBN: 0-7923-2318-1.
- AVILÉS FARRÉ, J., “Por un concepto amplio de seguridad” en *Revisión de la Defensa Nacional*, Monografías del CESEDEN, nº 55, Ministerio de Defensa, Madrid, 2002, ISBN 84-7823-918-9.
- AXEL, K., “States in Armed Conflict 1992”, *Department of Peace and Conflict*, Research Report No. 36, Uppsala University, 1993, ISBN 91-506-0975-0.
- CARRILLO SALCEDO, J. A., “Conclusiones generales”, en FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A. (Ed), *La licitud del uso de las armas nucleares en los conflictos*

armados, IV Jornadas de Derecho Internacional Humanitario, Universidad de Huelva, Sevilla, 1997, ISBN: 84-605-6826-I.

- FERNÁNDEZ GARCÍA, E., “Los derechos humanos y la historia” en BETEGÓN CARRILLO, J., *et al* (Ed), *Constitución y derechos fundamentales*, Presidencia del Gobierno, Madrid, 2004, ISBN 978-84-259-1272-6.

- FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “¿Podría ser proporcional el uso del arma nuclear”, en FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A. (Ed), *La licitud del uso de las armas nucleares en los conflictos armados, IV Jornadas de Derecho Internacional Humanitario*, Universidad de Huelva, Sevilla, 1997, ISBN: 84-605-6826-I.

- FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “La soberanía poliédrica” en PÉREZ VERA, E., RODRÍGUEZ CARRIÓN, A., (Ed), *Soberanía del Estado y derecho internacional: homenaje al profesor Juan Antonio Carrillo Salcedo*, Universidad de Málaga, Málaga, 2005, ISBN: 84-472-0148-1.

- FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., “La suspensión de las garantías establecidas en el Convenio Europeo de Derechos Humanos” en GARCÍA ROCA, J. *et al* (Ed), *La Europa de los Derechos: el Convenio Europeo de Derechos Humanos*, 3ª Ed., Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2014, ISBN 978-84-259-1596-3.

- GILES CARNERO, R., “Cambio climático y Derecho Internacional” en FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A., *et al* (Ed), *Seguridad medioambiental y orden internacional: IV Encuentro Luso-Español de Profesores de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales*, Atelier, Barcelona, 2015, ISBN 978-84-15690-72-6.

- HUNT P., KHOSLA, R., “Climate change and the right to the highest attainable standard of health” en HUMPHREYS, S. (Ed), *Human rights and climate change*, Cambridge University Press, Geneva, 2009, ISBN 9780521762762.

- KAMRADT-SCOTT, A. “The World Health Organization, global health security and international law” en NASU, H., RUBENSTEIN, K. (Ed), *Legal*

Perspectives on Security Institutions, Cambridge University Press, Cambridge, 2015, ISBN 9781316212677.

- KICKBUSCH, I., *et al*, “The European Union's Role and Potential in Research and Innovation for Global Health” en KADDOUS, C. (Ed), *The European Union in International Organisations and Global Governance*, Hart Publishing, Oxford, 2015, ISBN: 9781782259435.

- KOTSIONI, I., “Irregular migration and health challenges” en TRIANDAFYLLIDOU, A. (Ed), *Routledge handbook of immigration and refugee studies*, Routledge, Taylor and Francis Group, Abingdon, 2016. ISBN: 9781138794313.

- LISTER, S. A., REDHEAD, C. S., “The 2009 influenza pandemic: an overview” en MASSARI, M., LUTZ, K. (Ed), *Globalization: trade agreements, global health and United Nations involvement*, Nova, New York, 2012, ISBN 1614703272.

- LÓPEZ-JACOISTE DÍAZ, M. E., “Seguridad Humana y Seguridad Internacional: elementos claves para la paz” en LÓPEZ-JACOISTE, E. (Ed), *Seguridad, defensa y desarrollo en el contexto internacional actual*, EUNSA, Pamplona, 2010, ISBN 978-84-313-2692-0.

- LUCEY, D. R., *et al*, “Smallpox and Bioterrorism” en LUTWICK, L. I., LUTWICK, S. (Ed), *Beyond anthrax: the weaponization of infectious diseases*, Springer, New York, 2009, ISBN 978-1-588-29438-8.

- MÁRQUEZ CARRASCO, M. C., “La Injerencia Humanitaria”, en ORTEGA TEROL, J. M., *et al* (Ed) *Globalización y derecho: reflexiones desde el Seminario de Estudios Internacionales "Luis de Molina"*, Universidad de Castilla-La Mancha, Ciudad Real, 2003, ISBN 84-8427-245-1.

- MÁRQUEZ CARRASCO, M. C., “La prohibición del recurso a la fuerza en el marco actual de las Naciones Unidas”, FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, P. A. (Ed), *La ONU, 50 años después*, 1996, ISBN 84-605-4765-5.

- MEI, A. P., VAN DER VOS, E., “The State of the European Health Union – the Maastricht Contribution to EU Health Policy” en PIETER, A. (Ed), *The Treaty on European Union, 1993-2013: reflections from Maastricht*, Intersentia, Cambridge, 2013, ISBN:9781780682068.
- MILÁ MORENO, J., “El Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales” en GÓMEZ ISA, F., PUREZA, J. M. (Ed), *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*, HumanitarianNet, Bilbao, 2003, ISBN: 84-7485-899-2.
- MONEREO PÉREZ, J. L., “Derecho a la salud”, en MONEREO ATIENZA, C., MONEREO PÉREZ, J. L. (Ed), *El Sistema Universal de los Derechos Humanos*, Comares, Granada, 2014, ISBN 978-84-9045-026-0.
- MUNTHARBORN, V., “Hacia un sistema de protección de los derechos humanos en Asia y Pacífico” en GÓMEZ ISA, F., PUREZA, J. M. (Ed.), *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*, HumanitarianNet, Bilbao, 2003, ISBN 84-7485-899-2.
- ORAÁ, J., “La Declaración Universal de Derechos Humanos” en GÓMEZ ISA, F., PUREZA, J. M. (ed), *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*, HumanitarianNet, Bilbao, 2003, ISBN: 84-7485-899-2.
- PACE, P., *Migration and the right to health: a review of European Community law and Council of Europe instrument*, International migration law, nº 12, IOM (International organization for Migration), Ginebra, 2007, ISBN 9211036585.
- PARRA VERA, O., “La protección del Derecho a la Salud a través de casos contenciosos ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos” en CLÉRICO, L. *et al* (Ed), *Tratado de Derecho a la Salud*, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2013, ISBN: 978-950-20-2501-8.
- PÉREZ GONZÁLEZ, M., “Apuntes sobre los principios generales del derecho en el Derecho internacional” en VARGAS GÓMEZ-URRUTIA, M., SALINAS DE FRÍAS, A. (ed), *Soberanía del Estado y derecho internacional: homenaje al profesor Juan Antonio Carrillo Salcedo*, Vol. 2, Universidad de Málaga, Málaga, 2005, ISBN 84-472-0149-X.

- PONS RAFOLS, X., “La salud como objeto de cooperación internacional y regulación jurídica internacional” en PONS RAFOLS, X. (Ed), *Salud pública mundial y Derecho internacional*, Marcial Pons, Madrid, 2010, ISBN 978-84-9768-779-9.

- RAMÓN CHORNET, C., “Demasiado tarde para la población civil. El cometido del *Derechos internacional humanitario*” en CAFLISCH, L., *et al* (Ed), *El Derecho Internacional: Normas, Hechos y Valores. Liber Amicorum José Antonio Pastor Ridruejo*, Universidad Complutense Madrid, Madrid, 2005, ISBN 84-8481-059-3.

- SAURA ESTAPÁ, J., “La Organización Mundial de la Salud y la cooperación internacional frente a las grandes pandemias: el nuevo Reglamento Sanitario Internacional” en PONS RAFOLS, X. (Ed), *Salud pública mundial y Derecho internacional*, Marcial Pons, Madrid, 2010, ISBN 978-84-9768-779-9.

- SEATZU, F., “The ‘Zika Lost Generation’ and International Law, en SÁNCHEZ PATRÓN, J. M., GARCÍA SAN JOSÉ, D. (eds.), *International Biolaw in Times of Crisis: Progress and Challenges*, Routledge, London, 2017. Pendiente de publicación.

- SOMMERMANN, K., “El desarrollo de los derechos humanos desde la Declaración Universal de 1948” en PÉREZ LUÑO, A. (Ed), *Derechos Humanos y Constitucionalismo ante el Tercer Milenio*, Marcial Pons, Madrid, 1996, ISBN 84-7248-394-0.

ARTÍCULOS DE REVISTAS

- ABRAHAM, T., “The Chronicle of a Disease Foretold: Pandemic H1N1 and the Construction of a Global Health Security Threat” en *Political Studies*, vol. 59, 2011, ISSN 0032-3217.

- AGINAM, O., “Bio-terrorism, human security and public health: can international law bring them together in an age of globalization?” en *Medicine and Law*, 455, 2005, ISSN 0723-1393.
- ALDIS, W., “Health security as a public health concept: a critical analysis” en *Health Policy and Planning*, 23, 2008, ISSN 0268-1080.
- ALONSO, P. L., “Tendencias de la salud internacional: retos y oportunidades para nuestra sociedad” en *Gaceta Sanitaria*, 17 (3), 2003, ISSN 0213-9111.
- AÑAÑOS MEZA, M. C., “La ‘responsabilidad de proteger’ en Naciones Unidas y la doctrina de la ‘responsabilidad de proteger’”, en *UNISCI Discussion Papers*, nº 21, 2009, ISSN-e 2386-9453.
- ARCOS GONZÁLEZ, P. *et al*, “Terrorismo, salud pública y sistemas sanitarios”, en *Revista Española de Salud Pública*, vol. 83, nº3, Madrid, 2009, ISSN 1135-5727.
- AXEL, K., “States in Armed Conflict 1992”, *Department of Peace and Conflict*, Research Report No. 36, Uppsala University, 1993, ISBN 91-506-0975-0.
- BADIA MARTÍ, A. M., “Comentarios a los “Principios éticos de la asistencia de salud en tiempos de conflictos armados y otras situaciones de emergencia”, Comité Internacional Cruz Roja, 2015”, en *Revista de Bioética y Derechos & Perspectivas Bioéticas*, nº 36, ISSN 1886-5887.
- BALDWIN, D., “The Concept of Security” en *Review of International Studies*, vol. 23, nº 1, 1997, ISSN: 0260-2105.
- BAU, A. M., CANAVESE, G. F., “Sepultureros y enterradores. La manipulación de cuerpos y objetos en época de peste durante la baja Edad Media y la temprana modernidad europea”, en *Cuadernos de historia de España*, vol. 84, Buenos Aires, 2010, ISSN 0325-1195.
- BÉLANGER, M., “The future of international health legislation” en *International Digest of Health Legislation*, vol.40, 1, Ginebra, 1989, ISSN 0020-6563.

- BOND, K., “Health security or health diplomacy? Moving beyond semantic analysis to strengthen health systems and global cooperation” en *Health Policy and Planning*, 2008, 23, ISSN 0268-1080.
- BROWN, G. W., HARMAN, S., “Risk, Perceptions of Risk and Global Health Governance” en *Political Studies*, vol. 59, 2011, ISSN 00323217.
- CALDERÓN CONCHA, P., “Teoría de conflictos de Johan Galtung” en *Revista de Paz y Conflictos*, 2, 2009, ISSN 1988-7221.
- CALVETE OLIVA, A., “Estrategia de salud de la Unión Europea: Salud pública para las personas europeas” en *Revista española de salud pública*, nº 3, 2008, ISSN 1135-5727.
- CARRILLO SALCEDO, J. A., “Algunas reflexiones sobre la noción de Comunidad Internacional” en *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, Nº 85, 2008, ISSN 0210-4121.
- CUJABANTE VILLAMIL, X., “La seguridad internacional: evolución de un concepto” en *Revista de Relaciones Internacionales, estrategia y seguridad*, nº 4(2), 2009, ISSN 1909-3063.
- DAVIES, S. E., “Securitizing infectious disease” en *International Affairs*, vol. 84, 2, 2008, ISSN 0020-5850.
- DÍAZ BARRADO, C. M., “La responsabilidad de proteger en el Derecho Internacional contemporáneo: entre lo conceptual y la práctica internacional” en *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, 2012, ISSN 1697-5197.
- DOMÍNGUEZ MATÉS, R., “La represión judicial de los atentados contra el medio ambiente como crimen de guerra, con especial atención al desarrollo del ordenamiento jurídico español en la materia” en *Boletín de la Facultad de Derecho de la UNED*, nº 27, 2005, ISSN 1133-1259.
- FIDLER, D. P. *et al*, “Emerging and reemerging infectious diseases: challenges for international, national and state law” en *International Lawyer*, vol. 31, 3, 1997, ISSN 0020-7810.

- FIDLER, D. P., “Health as Foreign Policy: Between Principle and Power” en *The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, Maurer School of Law, Indiana University, 2005, ISSN 1538-6589.
- FIDLER, D. P., “Public Health and National Security in the Global Age: Infectious Diseases, Bioterrorism and Realpolitik” en *The George Washington International Law Review*, vol. 35, 4, 2003, ISSN 1534-9977.
- FIDLER, D. P., “The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy” en *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, n° 9, 2001, ISSN 0042-9686.
- FIDLER, D. P., “The UN and the Responsibility, to Practice Public Health” en *Journal of International Law & International Relations*, vol. 2 (1), 2005, ISSN 17122988.
- FITZSIMONS, D.W., WHITESIDE, A.W., “Conflict, war and public health” en *Research Institute for the Study of Conflict and Terrorism*, 1994, London, ISSN 0069-8792.
- FLEAR, M. L., “‘Supra-stewardship’: a tool for citizen participation in European Union pandemic preparedness planning” en *Northern Ireland Legal Quarterly*, Vol. 62, N° 5, 2011, ISSN 0029-3105.
- FRANCO VADEZ, J. A., “Control de legalidad a los actos del Consejo de Seguridad: ¿existe una vía jurisdiccional?” en *Revista jurídica Universidad Autónoma de Madrid*, n° 29, 2014, ISSN 1575-720X.
- GONZALVO NAVARRO, V., “Una definición jurídica válida de Seguridad Nacional a través de la Estrategia y de distintas cláusulas de los tratados internacionales” en *Instituto Español de Estudios Estratégicos*, n° 94, 2013, ISSN 2255-3479.
- GOSTIN, L. O. *et al*, “The International Health Regulations 10 years on: the governing framework for global health security” en *The Lancet*, n° 386, 2015, ISSN 0140-6736.

- GRANADOS, A. *et al*, “Relatoría del seminario ‘Cambio climático, amenazas naturales y salud’” en *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 23, n° 1, 2008, ISSN 0186-7210.
- GWYN PRINS, M. A., “Public medicine and global security: The challenge and the opportunities” en *Medicine and War*, vol. 8, 1992, ISSN 0748-8009.
- HERNÁNDEZ, A. A. *et al*, “Encefalopatía espongiforme bovina o ‘enfermedad de las vacas locas’” en *Gaceta Médica Caracas*, volumen 110, n° 2, 2002, ISSN 0367-4762.
- HEYMAN, D. *et al*, “Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic” en *The Lancet*, vol. 385, 2015, ISSN 0140-6736.
- INNERATY, D., “La gobernanza global, de la soberanía a la responsabilidad” en *Revista CIDOB d’afers internacionals*, n° 100, 2012, ISSN 1133-6595.
- KHAN, A. S., LURIE, N., “Health security in 2014: building on preparedness knowledge for emerging health threats” en *The Lancet*, vol. 384, 2014, ISSN 01406736.
- KIM ANDRUS, J. *et al*, “Global health security and the International Health Regulations”, en *BMC Public Health*, 2010, 10, ISSN 1471-2458.
- LARENAS ÁLVAREZ, A. A., “La evolución del vínculo entre seguridad y desarrollo. Un examen desde los estudios críticos de seguridad” en *Cuadernos Hegoa*, n° 62, 2013, ISSN 2340-318.
- LEAL MOYA, L., “Seguridad humana. La responsabilidad de proteger” en *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, n° 114, 2005, ISSN 0041-8633.
- LEDERMANN, W., “El hombre y sus epidemias a través de la historia” en *Revista chilena de infectología*, vol. 20, 2003, ISSN 0716-1018.
- LEE, K., MCINNES, C., “Health, security and foreign policy” en *Review of International Studies*, 32, 2006, ISSN 02602105.

- LEÓN MANRÍQUEZ, J. L., “Globalización, salud y seguridad. Coordenadas de un ‘nuevo tema’ de la agenda internacional” en *Revista CIDOB d’Afers Internacionals*, nº 72, 2006, ISSN 1133-6595.
- LUCA BURCI, G., “Ebola, the Security Council and the securitization of public health” en *Questions of international law*, 2014, ISSN 2284-2969.
- LUCA BURCI, G., QUIRIN, J., “Ebola, WHO, and the United Nations: Convergence of Global Public Health and International Peace and Security” en *American Society of International Law*, vol. 18, nº 25, 2014, ISSN 0272-5037.
- MACHÍN, N., “Las armas biológicas. Perspectivas de futuro”, en *UNISCI Discussion Papers*, nº 35, 2014, p. 211. ISSN 1696-2206.
- MAHLER, H., “El sentido de ‘la salud para todos en el año 2000’”, en *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 35, nº 4, 2009, ISSN 0864-3466.
- MATEOS JIMÉNEZ, J. B., “Actas de las Conferencias Sanitarias Internacionales (1851-1938)”, en *Revista española de salud pública*, 2005, nº 79, ISSN 1135-5727.
- MELLADO RUIZ, L., “La bioseguridad como concepto jurídico” en *Revista Catalana de dret públic*, nº 36, 2008, ISSN 1885-5709.
- MÍNGUEZ GONZALO, M., “El nuevo reglamento sanitario internacional: RSI (2005)” en *Revista española de salud pública*, v.81, n.3, Madrid, 2007, ISSN 1135-5727.
- MOLOEZNIK, M. P., “La Seguridad Humana, un nuevo enfoque impulsado por la ONU” en *Renglones*, revista del ITESO, nº 51, 2002, ISSN 0186-4963.
- NEIRA, M., VILLALOBOS, E., “Cambio climático y salud”, *Revista Ambienta, Acuerdo de París sobre cambio climático*, nº 114, 2016, ISSN 1577-9491.
- ODELLO, M., “Commentary on the United Nations’ high-level panel on threats, challenges and change” en *Journal of Conflict and Security Law*, vol. 10, nº 2, 2005, ISSN 1467-7954.

- PAREJA ALCARAZ, P., SEUBA HERNÁNDEZ, X., “Salud y Seguridad Global: la integración de la salud en la agenda internacional de la seguridad” en *Agenda ONU: Anuario de la Asociación para las Naciones Unidas en España*, N° 8, 2006-2007, ISSN 1575-5355.
- PEREIRA HERNÁNDEZ, C., “Bioterrorismo” en *Boletín de Información*, n° 298, 2007, ISSN 0213-6864.
- PÉREZ ANDRÉS, C., “Hacia la cobertura sanitaria universal. El concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer” en *Revista española de salud pública*, n°1, 2013, ISSN 1135-5727.
- PÉREZ DE ARMIÑO, K., “El concepto y el uso de la seguridad humana: análisis crítico de sus potencialidades y riesgos” en *Revista CIDOB d’Afers Internacionals*, 76, 2007, ISSN 1133-6595.
- PERIAGO, M. R., “Seguridad humana y salud pública” en *Revista Panamamericana de Salud Pública* 31(5), 2012, ISSN 1020-4989.
- PEZZINI, B., “Right to Health and Health Services: Law-policy Interplay through Italian and European Rules” en *Revue europeenne de droit public*, 25, 2013, ISSN 1105-1590.
- PRIETO RODRÍGUEZ, R., “¿Qué seguridad? Riesgos y Amenazas de Internet en la Seguridad Humana” en *Araucaria, Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, año 18, n° 36, 2016, ISSN 1575-6823.
- PRINS, G., “AIDS and global security” en *International Affairs*, 80, 5, 2004, ISSN 00205850.
- RODIN, J., DE FERRANTI, D., “Universal health coverage: the third global health transition?” en *The Lancet*, 2012, ISSN 01406736.
- RODRÍGUES, G., “La Responsabilidad de proteger: motivaciones, contenidos y cambios” en *Pensamiento Propio*, n° 35, 2012, ISSN 1016-9628.

- RODRÍGUEZ ALCÁZAR, F. J., “La noción de `seguridad humana’: sus virtudes y sus peligros” en *Polis: Revista Latinoamérica*, nº 11, 2005, ISSN 0717-6554.
- ROSALES ZAMORA, P. C., “La aplicación de la responsabilidad de proteger al conflicto armado colombiano” en *Pensamiento Propio*, 2012, ISSN 1016-9628.
- ROTHSCHILD, E., “What is Security” en *Daedalus*, nº 124, 1995, ISSN 0011-5266.
- SAAVEDRA ÁLVAREZ, Y., “El sistema africano de derechos humanos y de los pueblos. Prolegómenos”, en *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, vol. VIII, 2008, pp. 672-673. ISSN 1870-4654.
- SANDORSKI, J., “Universal International Standards of Human Rights Protection and the HIV/AIDS Pandemic” en *Polish yearbook of international law*, vol. 26, 2002-2003, ISSN 0554-498X.
- SEUBA HERNÁNDEZ, X., “La emergencia del Derecho Internacional de la Salud”, en *Revista Digital Facultad de Derecho*, nº 1, 2009, ISSN 1989-6085.
- SOTOMAYOR VELÁZQUEZ, A., “La seguridad internacional: vino viejo en botellas nuevas” en *Revista de ciencia política*, vol. 27, nº 2, 2007, ISSN 0718-090X.
- TARDIF, E., “Acercamiento al sistema africano de protección de los derechos humanos: avances y retos”, en *Anuario de Derechos Humanos*, nº 9, 2013, ISSN 0718-2058.
- THOMAS, C., “Global governance, development and human security: exploring the links” en *Third World Quarterly*, vol. 22, 2003, ISSN 0143-6597.
- TORO ITURRA, H., “La Seguridad Nacional: Una visión para América Latina” en *Revista del Instituto de Estudios Internacionales de la Universidad de Chile*, Santiago de Chile, 1980, ISSN 0719-3769.

- TORRECUADRADA GARCÍA-LOZANO, S., “La dudosa competencia del Consejo de Seguridad para adoptar algunas medidas decididas a partir de 1990”, en *Anuario Colombiano de Derecho Internacional*, vol. 4, 2011, ISSN 2027-1131.
- TRINIDAD NÚÑEZ, N., “La función de la costumbre en el Estatuto de la Corte Penal Internacional” en *Anuario Iberoamericano de Derecho Internacional Penal*, Vol. 4, N° 0, 2016, ISSN 2346-3120.
- VERDES-MONTENEGRO ESCÁNEZ, F. J., “Securitización: agendas de investigación abiertas para el estudio de la seguridad” en *Relaciones internacionales: Revista académica cuatrimestral de publicación electrónica*, 29, 2015, ISSN 1699-3950.
- VIGNES, C. H., “The future of international health law: WHO perspectives” en *International Digest of Health Legislation*, vol.40, 1, 1989, ISSN 0020-6563.
- VILLAREAL, P. A., “Pandemic Declarations of the World Health Organization as an Exercise of International Public Authority: The Possible Legal Answer to Frictions Between Legitimacies” en *Goettingen Journal of International Law*, vol. 7, 2016, ISSN 1868-1581.
- ZABALETA CATÓN, B., “Naciones Unidas y la Responsabilidad de Proteger: ¿Qué papel debe desempeñar la ONU en los conflictos internos?”, en *Instituto Español de Estudios Estratégicos*, nº 54, 2014, ISSN 2255-3479.

DOCUMENTOS DIGITALES

- “Bioseguridad y mantenimiento, Organización Panamericana de Salud y OMS”. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5460%3A2011-bioseguridad-mantenimiento&catid=3612%3Alaboratory-services-contents&Itemid=3952&lang=es Consultado el 16 de junio de 2017.

- “Centro de Noticias ONU”. Disponible en: http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=33037&Kw1=ebola#.VfQM_NhHtmko Consultado el 16 de junio de 2017.

- “Centro Europeo de la Juventud con sede en Estrasburgo y Budapest”. Disponible en: <https://www.coe.int/es/web/about-us/headquarters-and-offices> Consultado el 16 de junio de 2017.

- “Declaración de la OMS sobre la primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas”, Centro de prensa OMS, de 1 de febrero de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

- “Derecho internacional humanitario y derecho internacional de los derechos humanos: Analogías y diferencias”, Servicio de asesoramiento en Derecho internacional humanitario, Comité Internacional de la Cruz Roja, 2003. Disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5v5132.htm> Consultado el 16 de junio de 2017.

- “Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas”, informe técnico de la OMS, Ginebra, 2003. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42755/1/WHO_TRS_916_spa.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

- “Directrices de la Unión Europea sobre el apoyo a los defensores de los derechos humanos”. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV%3A133601> Consultado el 16 de junio de 2017.

- “Education: Focusing Resources on Effective School Health”, UNESCO. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/leading-the-international-agenda/health-education/fresh/> Consultado el 16 de junio de 2017.

- “El Mundo Cronología del ébola en España”, 9 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2014/10/09/5436be10ca4741d0438b4592.html> Consultado el 16 de junio de 2017.

- “El Mundo La verdad tóxica sobre el ‘Probo Koala’ en África”. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/09/24/natura/1348506811.html> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Enfermedad por el virus del Ébola”, Centro de prensa, OMS, 2014. Más información en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Epidemiología”, Temas de salud. Disponible en: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Fiebre del Valle del Rift”, Zoonosis vírica. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs207/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “FRESH Pillars”, UNESCO, Disponible en: <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/leading-the-international-agenda/health-education/fresh/fresh-pillars/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Global Health Security Agenda, Toward a World safe & Secure from Infectious Disease Threats”, disponible en: <http://www.globalhealth.gov/global-health-topics/global-health-security/GHS%20Agenda.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Gripe por A (H1N1): preguntas frecuentes”, Alerta y Respuesta Mundiales (GAR), 2009. Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/faq/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Inocuidad de los alimentos”, Contaminación originada por microorganismos, sustancias químicas y toxinas Centro de prensa, OMS, 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs399/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Iraq’s neglected health and humanitarian crisis”, Editorial, The Lancet, vol. 385, 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01406736/385/9985> Consultado el 16 de junio de 2017.

- “La respuesta de la UE al brote más trágico de Ébola”, Noticias, Parlamento Europeo. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/news/es/news-room/20141024STO76228/la-respuesta-de-la-ue-al-brote-m%C3%A1s-tr%C3%A1gico-de-%C3%A9bola> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “La Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN)”, Alerta y Respuesta Mundiales (GAR), OMS. Disponible en: <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Los acuerdos de la OMC y la salud pública. Un estudio conjunto de la OMS y la Secretaría de la OMC”, OMS y OMC, 2002. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42552/1/a76863.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Mensaje del Secretario General de las Naciones Unidas” 7 de abril de 2007, Disponible: http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/activities/un_sg_message/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Ocho preguntas que los consumidores deben hacer respecto a la amenaza de la enfermedad de las vacas locas”, Centro de prensa de la OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr5/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Papel de la FAO en la nutrición”, OMS. Disponible en: <http://www.fao.org/nutrition/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Paz y seguridad internacionales”, Las Naciones Unidas Hoy. Disponible en: <http://www.un.org/es/aboutun/untoday/peace.shtml> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Prácticas higiénicas ayudan a evitar casos de ébola en escuelas africanas” 12 de agosto, 2015, Centro de Noticias ONU. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=33037&Kw1=ebola#.VfQMNhHtmko>. Consultado el 16 de junio de 2017.

- “Principios generales básicos del derecho internacional humanitario”, Disponible en: http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=878,12647079&_dad=portal30&_schema=PORTAL30 Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Promover la Seguridad Humana: Marcos Éticos, Normativos y Educativos en América Latina y el Caribe”, UNESCO, 2005. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001389/138940S.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Respuesta internacional a la pandemia de gripe: la OMS responde a las críticas”, Alerta y Respuesta Mundiales (GAR), OMS. Disponible en: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100610/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Seguridad sanitaria internacional, Día Mundial de la Salud”, OMS, 2007. Véase: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/en/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- “Soluciones de bajo costo para luchar contra las enfermedades no transmisibles”, 18 de septiembre de 2011, Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/NCDs_solutions_20110918/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.
- ABC “Al menos ocho muertos y cinco mil afectados en un atentado con gas venenoso en el metro de Tokio”, hemeroteca. Disponible en: <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1995/03/21/033.html> Consultado el 16 de junio de 2017.
- Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial (Global Health Security Agenda –en adelante GHSA–). Véase: <http://iipdigital.usembassy.gov/st/spanish/article/2014/02/20140220293690.html#axzz3rsZ7SIMM> Consultado el 16 de junio de 2017.
- BAN KI-MOON, “la propagación de enfermedades, los desastres naturales, los cambios ambientales, los actos de bioterrorismo y los derrames de sustancias

químicas pueden tener efectos importantes en las personas, las sociedades y las economías de todo el mundo”. Disponible en: http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/activities/un_sg_message/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.

- BBC “Ciberataque masivo: ¿quiénes fueron los países e instituciones más afectado por el virus WannaCry?”. Disponible en: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-39929920> Consultado el 16 de junio de 2017.

- BBC “Con el último hospital destruido: la crítica situación de Alepo del este tras los bombardeos "más intensos que se recuerden", 21 de noviembre de 2016. Disponible en: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-38052073> Consultado el 16 de junio de 2017.

- BOUTROS-GHALI, B., “Un Programa De Paz”, (versión resumida), FASOC Vol. VIII, nº 1. Disponible en: http://www.ceppacr.org/3_un_programa_de_paz.pdf Consultado el 16 de junio de 2017.

- CENDRERO ALMODOVAR, J. “¿La guerra biológica es un invento moderno?”. Disponible en: <http://elbustodepalas.blogspot.com.es/2011/04/la-guerra-biologica-es-un-invento.html> Consultado el 16 de junio de 2017.

- CHAN, M., “Address to ASEAN+3 Health Ministers Special Meeting on Influenza A (H1N1)”, World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/dg/speeches/2009/asean_influenza_ah1n1_20090508/en/ Consultado el 16 de junio de 2017.

- CHEN, L. C., “Health as a Human Security Priority for the 21st Century” en *Paper for Human Security Track III*, Helsinki Process, 2004. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.176.681&rep=rep1&type=pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

- CNN library “Anthrax Fast Facts”. Disponible en: <http://edition.cnn.com/2013/08/23/health/anthrax-fast-facts/> Consultado el 16 de junio de 2017.

- Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). “Infecciones por coronavirus”, Preparación y respuesta ante emergencias, OMS. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/archive/disease/coronavirus_infections/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.
- DUARTE, I., PACHÓN, R., “Entre el altruismo racional y el pragmatismo estratégico: una aproximación a la Seguridad Humana (I)” en *Magazine Seguridad Sostenible*, 2004 y 2005. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/Universidad-Ciencia-Desarrollo/ur/Fasciculos-Anteriores/Tomo-I--2006/Fasciculo-6/pdf/2006_fa06_RPachon_Seguridad_Humana/ Consultado el 16 de junio de 2017.
- El Mundo “Camerún cierra sus fronteras con Nigeria para evitar la llegada del ébola”, 19 de agosto de 2014. Disponible en: <http://www.elmundo.es/internacional/2014/08/18/53f25feb22601dce668b457f.html> Consultado el 16 de junio de 2017.
- El Mundo “Qué pasó en Chernóbil”. Disponible en: <http://www.elmundo.es/especiales/chernobil/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- El Mundo “Sierra Leona declara emergencia ante brote de ébola”. Disponible en: <http://archivo.eluniversal.com.mx/el-mundo/2014/sierra-leona-emergencia-ante-brote-de-ebola-1016673.html> Consultado el 16 de junio de 2017.
- El País “Así ha sido el relato en directo del atentado en Niza y los días posteriores”. Disponible en: http://internacional.elpais.com/internacional/2016/07/15/actualidad/1468534360_045217.html Consultado el 16 de junio de 2017.
- El País “La trágica intoxicación puede haber desbaratado en sus inicios un impresionante fraude en el aceite de colza”. Disponible en: http://elpais.com/diario/1981/07/18/espana/364255231_850215.html Consultado el 16 de junio de 2017.

- El País “Las centrales nucleares desatienden el riesgo de ataques informáticos”. Disponible en: http://tecnologia.elpais.com/tecnologia/2015/10/05/actualidad/1444058435_765864.html Consultado el 16 de junio de 2017.
- GAHR STORE, J., “Día Mundial de la salud. 2007: Seguridad sanitaria internacional...”, Centro de Prensa, OMS, Ginebra/Singapur, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr11/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- GARCÍA MORENO, D., “Ciberseguridad: qué es y para qué sirve”, Blog de la Universidad Católica de Ávila, 2015. Disponible en: <https://www.ucavila.es/blog/2015/07/03/ciberseguridad-que-es-y-para-que-sirve/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- GASSER, H. P., “El derecho internacional humanitario y la protección de las víctimas de la guerra”, en *Comité Internacional de la Cruz Roja*, 1998. Disponible: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5tdle2.htm> Consultado el 16 de junio de 2017.
- Gripe H5N1. “Gripe aviar”, Centro de prensa, OMS, 2014. Más información en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/es/ Consultado el 16 de junio de 2017.
- Guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2015, Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/guiabioseseg.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.
- Informe “EEB: balance de la situación en marzo de 2003”. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=URISERV:f83002&from=ES> Consultado el 16 de junio de 2017.
- La Estrategia de Ciberseguridad Nacional, Gobierno de España, 2013. Disponible en:

- Misión de observadores de las Naciones Unidas en El Salvador, ONUSAL. Disponible en: <http://www.un.org/es/peacekeeping/missions/past/onusal.htm> Consultado el 16 de junio de 2017.

- OIT “Colaboración de la OIT y la OMS para mejorar las condiciones laborales del sector sanitario”, Publicaciones del programa Health WISE, 2014. Disponible en: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_250160/lang--es/index.htm Consultado el 16 de junio de 2017.

- OSWALD SPRING, Ú., “Seguridad ambiental: un reto a la supervivencia humana”, disponible en: http://www.afes-press.de/html/download_oswald.html 2009. Consultado el 16 de junio de 2017.

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Versión comentada, Comisión Presidencia Coordinadora de la Política del ejecutivo en materia de Derechos Humanos -COPREDEH-, Guatemala, 2011. Disponible en: <http://www.aprodeh.org.pe/documentos/marco-normativo/legal/Pacto-Internacional-de-Derechos-Civiles-y-Politicos.pdf> Consultado el 16 de junio de 2017.

- PICTET, J., *Comentario del artículo 3 común a los Convenios de Ginebra y relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional*, Centro de Estudio de Derecho Internacional Humanitario, Comité Internacional de la Cruz Roja, Colombia, 1998, ISBN: 958-14-0301-9. Disponible en: <http://www.cedih.sld.cu/convenios/comentart3.htm> Consultado el 16 de junio de 2017.

- Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH, 2016–2021, marzo de 2015, OMS. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/proposed-hiv-strategy2016-2021/es/> Consultado el 16 de junio de 2017.

- REGUERA, J., “Aspectos legales en el ciberespacio. La ciberguerra y el Derecho Internacional Humanitario” en GESI, Grupo de Estudios de Seguridad Internacional, Universidad de Granada, Granada, 2015. Disponible en: <http://www.seguridadinternacional.es/?q=es/print/601> Consultado el 16 de junio de 2017.

- Síndrome respiratorio agudo severo. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) Emergencies preparedness, response. Más información en: <http://www.who.int/csr/sars/en/#> Consultado el 16 de junio de 2017.