

LA COVID-19, LA SALUD GLOBAL Y EL DERECHO INTERNACIONAL: UNA PRIMERA APROXIMACIÓN DE CARÁCTER INSTITUCIONAL

COVID-19, GLOBAL HEALTH AND INTERNATIONAL LAW: A FIRST APPROACH OF INSTITUTIONAL NATURE

XAVIER PONS RAFOLS*

Sumario: I. INTRODUCCIÓN: GLOBALIZACIÓN Y SALUD GLOBAL. II. LAS NACIONES UNIDAS Y LA PANDEMIA DE LA COVID-19. III. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y LA PANDEMIA DE LA COVID-19. IV. CONSIDERACIONES FINALES.

RESUMEN: Este estudio constituye una primera y urgente aproximación a algunas de las implicaciones en el Derecho Internacional de la pandemia de la COVID-19, con sus múltiples consecuencias sanitarias, económicas y sociales. El estudio, después de referirse a la salud global y a la globalización de la salud, se ocupa fundamentalmente del examen de la labor de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ante la pandemia. Este examen evalúa críticamente la falta de liderazgo e impulso político ante una crisis sanitaria de una magnitud sin precedentes. Se examinan también los resultados de la Asamblea Mundial de la Salud celebrada el 18 y 19 de mayo de 2020 y dedicada exclusivamente a la COVID-19, en un contexto de competencia política y de crítica a la gestión de la emergencia por la OMS y con el anuncio de la retirada de los Estados Unidos.

ABSTRACT: This study constitutes a first and urgent approach to the some of the implications of the COVID-19 pandemic in International Law, with its multiple health, economic and social consequences. The study, after referring to global health and the globalization of health, is primarily concerned with the review of the work of the United Nations and the World Health Organization (WHO) in the face of the pandemic. This review critically assesses the lack of leadership and political impetus in the face of a health crisis of unprecedented magnitude. It also reviews the outcome of the World Health Assembly held on 18-19 May

Fecha de recepción del trabajo: 31 de mayo de 2020. Fecha de aceptación de la versión final: 5 de junio de 2020.

* Catedrático de Derecho Internacional Público de la Universitat de Barcelona. Email: xpons@ub.edu. Algunos de los aspectos que se tratan ahora -y que necesitarán mayores desarrollos futuros- fueron objeto de exámenes previos en “La salud como objeto de cooperación y regulación internacional”, en X. PONS RAFOLS (ed.), *Salud pública mundial y Derecho internacional*, ed. Marcial Pons, Madrid 2010, pp. 23-66; “International Law and Global Health: An Overview”, *Paix et Sécurité Internationales*, Núm. 3, janvier-décembre 2015, pp. 33-60; y “La salud global y la globalización de la salud: respuesta institucional y normativa de la Organización Mundial de la Salud”, en A. BLANC ALTEMIR, C. CIERCO SIERA (coords.), *El derecho a la salud pública: dimensión interna, europea e internacional*, Thomson Reuter Aranzadi, Cizur Menor 2018, pp. 21-50.

El autor agradece los comentarios recibidos en el proceso de evaluación de este estudio.

2020 and devoted exclusively to the COVID-19, in a context of political competition and criticism of WHO's management of the emergency and with the announcement of the United States withdrawal.

PALABRAS CLAVE: Pandemia de la COVID-19; Salud Global; Naciones Unidas; Organización Mundial de la Salud; Reglamento Sanitario Internacional.

KEYWORDS: *COVID-19 pandemic; Global Health; United Nations; World Health Organization; International Health Regulations.*

La magnitud y extensión de la pandemia de la COVID-19 provocada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, con su altísimo impacto humano, económico y social, y su carácter disruptivo, condicionará probablemente gran parte de las relaciones internacionales de los próximos años. También incidirá en algunos aspectos clave del Derecho Internacional y puede que favorezca -o, quizá, no- la cada vez más necesaria cooperación multilateral para hacer frente a los grandes desafíos internacionales del mundo contemporáneo; entre ellos, los eventos de salud pública de importancia internacional, como una pandemia como la actual. Muchos son los aspectos y factores donde se podrá contemplar esta incidencia a medio y largo plazo y muchos también los análisis que cabrá hacer -y que ya se están haciendo- sobre las implicaciones en el Derecho Internacional y en las Instituciones internacionales de una pandemia global como la COVID-19. Ante la multiplicidad y gran variedad de enfoques posibles, el objeto de este estudio es el de -simplemente- realizar una primera rápida aproximación a las implicaciones jurídico-internacionales de la COVID-19 en relación con la salud global y, esencialmente, en relación con la actuación del sistema institucional internacional, con el papel central de las Naciones Unidas, y, en particular, con la crucial actuación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

A tal efecto, se ordena este estudio en tres apartados. En un primer apartado se formulan unas consideraciones introductorias sobre la globalización y la salud global (I). Seguidamente, se aborda el enfoque de la actuación de las Naciones Unidas en relación con la pandemia de la COVID-19, más de carácter operacional que propiamente político (II). Después, de una manera más desarrollada y extensa, se analiza la actuación de la OMS ante la pandemia -en el marco de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005- que, de momento, y más allá del anuncio de la retirada de los Estados Unidos, ha tenido su último hito destacable en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada el 18 y 19 de mayo pasados (III) ¹.

I. INTRODUCCIÓN: GLOBALIZACIÓN Y SALUD GLOBAL

Aunque pueda remontarse a épocas anteriores, la preocupación a gran escala sobre las cuestiones relacionadas con la salud pública mundial y, especialmente, en relación con las enfermedades infecciosas se desarrolla en el ámbito del Derecho Internacional a

¹ Al cerrar este estudio el 30 de mayo de 2020.

mediados del siglo XIX. A partir de la segunda mitad de ese siglo se empezaron a celebrar las primeras conferencias sanitarias internacionales con la pretensión inicial de abordar la adopción de medidas de cuarentena frente al cólera, la fiebre amarilla y la peste, y se adoptaron los primeros convenios sanitarios. Estas primeras normas internacionales en el marco de la lucha contra las enfermedades infecciosas pretendían no sólo la protección frente a estas enfermedades y la armonización de los requisitos de cuarentena que distorsionaban el comercio internacional, sino que también propiciarían la creación de un sistema internacional de vigilancia epidemiológica y, en última instancia, la progresiva creación de instituciones internacionales para coordinar las actuaciones estatales en materia de lucha contra las enfermedades infecciosas ².

De esta manera, a principios del siglo XX surgieron las primeras instituciones internacionales relacionadas con la cooperación sanitaria, tanto específicamente en el continente americano (la Oficina Sanitaria Panamericana) como en un ámbito más universal (la Oficina Internacional de Higiene Pública y la Organización de la Salud de la Sociedad de las Naciones). Sin embargo, el gran salto cualitativo se operó en 1946 con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Un auténtico salto cuántico que se refleja, particularmente, en la finalidad perseguida por la OMS y en el concepto de salud que se formula en la misma Constitución de la OMS ³.

En este sentido, debe indicarse que la OMS se crea con una finalidad mucho más amplia de la contemplada hasta entonces en la cooperación sanitaria internacional. Está enunciada en el artículo 1 de la Constitución en los siguientes términos: “La finalidad de la Organización Mundial de la Salud será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”. Es decir, ya no sólo se pretende luchar contra la propagación de las enfermedades infecciosas, sino que se pretende, de manera genérica, alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud, vinculando claramente este objetivo al derecho humano -individual y colectivo- a la salud, al que también se refiere el mismo preámbulo de la Constitución de la OMS y que desarrollan otros tratados internacionales sobre derechos humanos ⁴. Esta finalidad se ha traducido en las funciones que se asignan a la OMS, que son también de carácter amplio y preferentemente técnico, convirtiéndola en la autoridad rectora internacional en materia sanitaria, con una competencia y una autoridad técnica ampliamente reconocidas por los Estados.

² Vid. al respecto, por ejemplo, I. KICKBUSCH, M. IVANOVA, *The History and Evolution of Global Health Diplomacy*, Springer 2013; así como las síntesis de D.P. FIDLER, “The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy”, *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, vol. 79, pp. 842–849, y de X. SEUBA HERNÁNDEZ, “Los orígenes de la cooperación sanitaria internacional”, en X. PONS RAFOLS (ed.), *Salud pública mundial y Derecho .., op. cit.*, pp. 67-87.

³ Constitución de la OMS, firmada en Nueva York el 22 de julio de 1946 y revisada en diversas ocasiones, publicada en el BOE de 15 de mayo de 1973.

⁴ El preámbulo de la Constitución de la OMS reconoce que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. El derecho humano a la salud está reconocido, asimismo, en el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y, especialmente, en el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Vid. sobre todo ello la Observación general núm. 14, de 11 de mayo de 2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, titulada “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, en el Documento E/C.12/2000/4.

De otro lado, es relevante también el concepto de salud que formula la Constitución de la OMS. En su preámbulo se establece que la “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Se trata de un concepto internacional de salud que refleja, a mi juicio, tres características principales. En primer lugar, su carácter “holístico”, en el sentido de que conduce a elevar y ampliar el foco y darle una perspectiva global o de conjunto, en particular con esta dimensión “social” vinculada a la salud ⁵. En segundo lugar, su carácter “transversal”, ya que la salud está presente y subyace, de manera directa o indirecta, en otros múltiples ámbitos políticos, económicos y sociales, y puede actuar, así, como factor de conexión entre todos ellos ⁶. Finalmente, en tercer lugar, la presencia de todos estos múltiples sectores y ámbitos temáticos pone de relieve, asimismo, la dimensión “internacional” de los problemas relacionados con la salud, que no pueden abordarse desde una perspectiva estrictamente nacional y que precisan, necesariamente, de la cooperación multilateral. Carácter holístico, transversal e internacional de la noción de salud global que conduce a considerarla como un bien público mundial que debe promoverse y protegerse internacionalmente ⁷.

Señaladas estas ideas iniciales, conviene indicar ahora que el fenómeno de la globalización ha incidido e incide, directa e indirectamente, en la salud “de todos los pueblos”, generando lo que perfectamente podemos denominar una globalización de la salud ⁸. Una globalización de la salud que es un efecto o consecuencia del fenómeno general de la globalización, pero que también opera en sentido inverso. Así, no cabe duda -aunque sólo sea por lo que ha sucedido estos meses- que una pandemia global como la COVID-19 ha agudizado las contradicciones propias del sistema de la globalización económica y acelerado algunas de las tendencias que ya se vislumbraban de un cierto freno en la deslocalización industrial y del resurgimiento de políticas comerciales de carácter proteccionista. En un escenario de relaciones económicas internacionales que ya

⁵ Lo que se conoce como los “determinantes sociales de la salud”, a los que la OMS ha dedicado también su atención. Vid., en este sentido, el Informe de 2008 de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud titulado “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” (vid. el Informe completo disponible en http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/, consultado el 1 de mayo de 2020); así como la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en Río de Janeiro en 2011 (vid. la “Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud”, Río de Janeiro, 21 de octubre de 2011, que está disponible en <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>, consultado el 1 de mayo de 2020).

⁶ En la perspectiva de la “salud en todas las políticas” (*Health in All Policies*) propugnada en la Declaración de Helsinki, adoptada en la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud organizada por la OMS y celebrada en Helsinki entre el 10 y el 14 de junio de 2013 (vid. la Declaración disponible en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1, consultado el 1 de mayo de 2020).

⁷ Lo que, por ejemplo, se compendia en el compromiso internacional en relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) adoptados en 2015 (“Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, Resolución 70/1, de 25 de septiembre de 2015, de la Asamblea General). La salud global se concreta en uno de los ODS (el ODS 3 titulado “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”), pero es obvio que para lograr el conjunto de Objetivos proclamados es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal.

⁸ De ahí también que se haya generalizado, incluso en castellano, el uso de la expresión “salud global” (por el inglés “*global health*”).

estaban tensionadas por la feroz competencia entre los Estados Unidos y la China, la aparición de la COVID-19 está precipitando unos procesos de cambio -de final todavía ignoto- que pueden llevarnos o bien, quizás, a una cierta desglobalización con recesión del desarrollo económico mundial o bien, quizás, a un nuevo paradigma de desarrollo económico responsable y sostenible, social y medioambientalmente.

En lo que ahora interesa, debe destacarse que algunos de los factores de aceleración y cambio económico y social que inciden en la globalización también actúan claramente en esta globalización de la salud. Así, por ejemplo, las actuales dinámicas demográficas internacionales, que implican movimientos masivos de población facilitados, a su vez, por los espectaculares desarrollos de los medios de transporte. Ya sea para hacer turismo o negocios o para huir de la miseria económica o de los conflictos bélicos, centenares de miles de personas se desplazan diariamente -en mejores o en peores condiciones- de un lado a otro del planeta; lo que, indudablemente, configura un posible vector de transmisión de enfermedades -ya sean sus portadores de carácter sintomático o asintomático- y, en muchos casos, la precariedad de estos mismos movimientos los convierte también en un importante problema sanitario, cuando no en una auténtica tragedia humanitaria. Bajo esta misma perspectiva, otro factor de aceleración y cambio viene configurado por la liberalización del comercio internacional de bienes y servicios que la globalización económica ha comportado. Los intercambios comerciales internacionales, desarrollados exponencialmente como nunca en la historia humana, también constituyen potenciales vectores de enfermedades. No sólo por los riesgos sanitarios que pudieran derivarse de determinados productos agropecuarios -de origen animal o vegetal- para la alimentación procedentes de ciertas partes del mundo ⁹, sino porque los mismos movimientos internacionales de todo tipo de mercancías pueden también transportar, inadvertidamente, virus o cepas de enfermedades.

En otras palabras, aunque pestes y grandes epidemias las ha habido recurrentemente a lo largo de la historia humana, es innegable que esta globalización de la salud ha propiciado que en las últimas décadas hayamos asistido a la emergencia de nuevas enfermedades infecciosas de rápida propagación ¹⁰. Por citar sólo algunas, baste con mencionar el virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA o HIV/AIDS) o el síndrome respiratorio agudo severo (*Severe Acute Respiratory Syndrome*, SARS) o la gripe aviar producida por el virus A(H5N1) o el síndrome respiratorio de Oriente Medio por coronavirus (MERS-CoV) o la pandemia de gripe A(H1N1) 2009 o el virus del Zika o la actual pandemia de la COVID-19. Se trata de un fenómeno que se ha superpuesto a la reemergencia de

⁹ Baste con señalar la fundada sospecha de que la transmisión del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 a seres humanos tuvo su origen en un mercado de pangolines -un exótico animal parecido a un oso hormiguero-, generando el salto zoonótico de la pandemia de la COVID-19.

¹⁰ Como señala M. Hidalgo García en su análisis de los factores de riesgo en relación con las epidemias, el número de enfermedades nuevas por década se ha multiplicado por cuatro durante los últimos sesenta años y desde 1980 el número de brotes por año se ha triplicado, lo que puede hacer pensar en “una nueva era en el riesgo de epidemias” y en una “una tendencia que se espera que se intensifique en el futuro” (vid. M. HIDALGO GARCÍA, “Las enfermedades infecciosas: el gran desafío de seguridad en el siglo XXI”, en *Emergencias pandémicas en un mundo globalizado: amenazas a la seguridad*, Cuadernos de Estrategia núm. 230, IEEE, Madrid 2020, p. 39, disponible en http://www.ieee.es/Galerias/fichero/cuadernos/CE_203_2p.pdf, consultado el 2 de junio de 2020).

enfermedades infecciosas que aparentemente habían sido controladas, como, por ejemplo, la tuberculosis ¹¹.

Ambos fenómenos, además, coexisten con importantes -aunque puntuales- brotes epidémicos de otras enfermedades infecciosas -como el de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en África Occidental en 2014 o el más reciente y cronificado en la República Democrática del Congo desde 2018- y con la persistencia del grave problema de la malaria ¹², endémica en muchos países en desarrollo, y de las enfermedades tropicales desatendidas, como la enfermedad de Chagas. A todo lo cual debe añadirse -de manera directamente asociada al progreso y al incremento de la esperanza de vida en determinadas regiones del globo y en algunos países- el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, no transmisibles y no declarables, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y oncológicas ¹³.

En definitiva, la actual pandemia de la COVID-19 puede considerarse como un fenómeno propio del actual estadio de globalización y, por su magnitud y alcance constituye, sin duda, el epítome de esta perspectiva de nuevas enfermedades desconocidas que se expanden rápidamente y que, con consecuencias sistémicas, pueden poner en peligro la estabilidad, seguridad e, incluso, la misma supervivencia del mundo tal como lo conocemos. En relación con las enfermedades infecciosas anteriormente mencionadas, el coronavirus causante de la COVID-19 es todavía un gran desconocido, del que sólo sabemos que pudo tener su origen en un episodio de zoonosis; que puede tener una elevada carga vírica, con cepas mutantes aunque, aparentemente, con el mismo fenotipo; que es de rápida transmisión entre seres humanos; que se ha extendido por prácticamente todos los países del mundo; y que está teniendo unos gravísimos efectos disruptivos en las sociedades contemporáneas.

II. LAS NACIONES UNIDAS Y LA PANDEMIA DE LA COVID-19

Para abordar la actuación de las Naciones Unidas en relación con la pandemia de la COVID-19 me ocuparé, en primer lugar, de la respuesta global que ha dado la Organización universal por excelencia, de tipo más operacional que político (1), para abordar, seguidamente, la interacción de la COVID-19 con la paz y seguridad internacional y la nula respuesta del Consejo de Seguridad (2).

¹¹ Según datos de la OMS la tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad. En 2016 unos 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad. Acabar para 2030 con la epidemia de tuberculosis es una de las metas relacionadas con la salud incluidas en los ODS.

¹² En 2015 hubo unos 212 millones de casos de la enfermedad del paludismo que, según las estimaciones de la OMS, costaron la vida a 429.000 personas.

¹³ Que también se han situado como un eje central de la acción internacional en materia de salud global (vid., en este sentido, la Resolución 73/2, de la Asamblea General, de 10 de octubre de 2018, conteniendo la “Declaración política de la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles”).

1. Una respuesta más de carácter operacional que político

Como no podía ser de otra manera, la pandemia de la COVID-19 entró inmediatamente en la agenda de las Naciones Unidas, en tanto que eje institucional central del sistema internacional. Sin embargo, la actuación de la Organización ha respondido más a la iniciativa del Secretario General y a la acción de los diversos organismos, programas, agencias y fondos de las Naciones Unidas que al empuje de los órganos propiamente políticos. En este sentido, António Guterres ha formulado en estos meses numerosas declaraciones, llamamientos y comunicados de diversa índole, expresando su profunda preocupación por los efectos de la pandemia, en términos sanitarios y también económicos y sociales, y desde la Secretaría General se han puesto en marcha grupos de tareas y de asesoramiento y de asistencia técnica ¹⁴. Con las dificultades propias tanto del confinamiento como de la presencia protagónica en la información de la COVID-19, y los complejos contextos políticos y económicos que la pandemia ha hecho aflorar, debe reconocerse que el Secretario General, y otros altos cargos del sistema, como la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, han intentado mantener una presencia constante en los medios de comunicación instando a la concienciación y a la necesaria cooperación internacional para dar respuesta a la pandemia y a sus efectos económicos y sociales en todo el mundo, en particular en relación con determinados países y en relación con los colectivos y sectores más vulnerables ¹⁵.

De manera particular, debe destacarse que el Secretario General ha puesto en marcha una serie de informes de política que exponen una clara visión de cómo la comunidad internacional puede dar una respuesta eficaz y coordinada a la pandemia de la COVID-19. Estos informes reúnen análisis de todo el sistema de las Naciones Unidas y proporcionan a los Estados miembros propuestas concretas sobre cómo abordar las consecuencias de la COVID-19. El listado de informes disponibles cubre, precisamente, el más amplio abanico temático de las consecuencias que está teniendo y va a seguir teniendo la COVID-19 sobre los países y los sectores más vulnerables. Baste con citar que se trata de informes de política que o bien son temáticos, sobre los derechos humanos, la deuda externa, el impacto socioeconómico, las personas con discapacidad, la salud mental, las personas mayores o las mujeres y los niños, o bien son de carácter regional ¹⁶.

¹⁴ Al margen de este enfoque, otro componente importante son los efectos de la pandemia en relación con la misma Organización y con su personal. En este sentido, como en tantos otros países, instituciones, empresas y organizaciones, se han adoptado medidas de confinamiento, estrictos protocolos de seguridad y se ha extendido el teletrabajo, como mínimo en aquellas sedes y en aquellos momentos en los que la curva de contagios no estaba estabilizada, adoptándose numerosas instrucciones, recomendaciones y protocolos en relación con la actuación del personal internacional y de su protección.

¹⁵ Evidenciando, así, el carácter holístico, transversal e internacional de la salud global y, por tanto, su interacción también con los pilares esenciales del sistema de las Naciones Unidas: la paz y la seguridad, el desarrollo y los derechos humanos (vid. al respecto, los desarrollos sobre esta interacción en X. PONS RAFOLS, “La salud como objeto de cooperación y regulación internacional”, en X. PONS RAFOLS (ed.), *Salud pública mundial y Derecho ... op. cit.*, en especial pp. 44-64).

¹⁶ Disponibles en <https://www.un.org/en/coronavirus/un-secretary-general#reports>, consultado el 28 de mayo de 2020. El Consejo Económico y Social y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas han elaborado también numerosos informes y *policy brief* sobre estas y muchas más temáticas vinculadas al impacto socioeconómico y en los derechos humanos de la COVID-19. En este

Estos comunicados y llamamientos han constituido quizás la mejor presencia pública de las Naciones Unidas, ya que todo el aparato de reuniones de órganos intergubernamentales del conjunto del sistema onusiano ha quedado prácticamente paralizado por las medidas de cierre y confinamiento que se han ido declarando en los diversos países. Se han cancelado o pospuesto reuniones de órganos principales y subsidiarios¹⁷ y cumbres internacionales de todo tipo previstas para los próximos meses y hubo de suspenderse también sobre la marcha, por ejemplo, el 43º período de Sesiones del Consejo de Derechos Humanos que se estaba celebrando en Ginebra y que todavía no tiene fecha para su reanudación. Apenas se han celebrado reuniones de órganos principales y éstas han sido en formato telemático y con un procedimiento de toma de decisiones por consenso tácito, es decir, mediante la circulación previa de los proyectos de decisión o resolución y su adopción a las setenta y dos horas si el procedimiento de silencio no había sido interrumpido por ninguna representación estatal¹⁸. Lo que, obviamente, conlleva un contenido sustantivo todavía más genérico y débil de los que ya normalmente incorporan las resoluciones adoptadas por consenso.

Pese a esta cierta parálisis, lo cierto es que, por contraste, se ha activado una importante actividad operacional interagencias, con el liderazgo de la OMS y la actuación sobre el terreno de diversos órganos, programas y agencias, como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) o UNICEF. A principios de febrero de 2020, y bajo el liderazgo de la OMS, se activó el Equipo de Gestión de Crisis de las Naciones Unidas (*United Nations Crisis Management Team*, UNCMT) para coordinar todo el sistema en apoyo a los países en la respuesta a la COVID-19. Igualmente, el Grupo de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (*United Nations Sustainable Development Group*, UNSDG) puso en marcha un marco global para una inmediata respuesta socioeconómica ante la COVID-19¹⁹ y se estableció,

sentido, en la página <https://www.un.org/development/desa/en/covid-19.html>, consultada el 28 de mayo de 2020, están disponibles informes en relación con las consecuencias de la COVID-19 sobre los mercados financieros, los estímulos fiscales, la cooperación política/ciencia, el gobierno digital, los productos básicos, la desigualdad, los discapacitados, la perspectiva de género, los jóvenes, la deuda soberana, los países menos avanzados, los pueblos indígenas, la transparencia, responsabilidad y participación, o el deporte y la actividad física. Por su parte, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha publicado también directrices e informes respecto del impacto de la COVID-19 sobre los derechos humanos, los niños, los jóvenes, las mujeres, los pueblos indígenas, las minorías, los migrantes, desplazados y refugiados, el colectivo LGTBI, la estigmatización y el racismo, la privacidad, las personas mayores, las personas detenidas, las personas con discapacidad, la alimentación, la vivienda, el agua, el saneamiento y la higiene o la trata de personas, por señalar sólo algunas de las principales temáticas (vid. en <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/COVID-19.aspx>, consultado el 28 de mayo de 2020).

¹⁷ En este sentido, por ejemplo, mediante la Decisión 74/545, la Asamblea General decidió aplazar el inicio de la primera parte del 72º período de sesiones de la Comisión de Derecho Internacional hasta una fecha por determinar y, de manera inicial, alargar la finalización de la segunda parte de este período de sesiones.

¹⁸ Vid., en este sentido, la Decisión 74/544, de 27 de marzo de 2020, de la Asamblea General, así como la Decisión 2020/205, de 3 de abril de 2020, del Consejo Económico y Social, estableciendo los procedimientos para la toma de decisiones en el contexto de la pandemia.

¹⁹ Puede subrayarse en este sentido el enfoque que ofrece el informe del Secretario General titulado “*Shared Responsibility, Global Solidarity: Responding to the socio-economic impacts of COVID-19*”, publicado en marzo de 2020, disponible en <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-03/SG-Report-Socio-Economic-Impact-of-Covid19.pdf>, consultado el 20 de mayo de 2020. Como continuación de este Informe, en abril

asimismo, un Fondo de Respuesta y Recuperación de la COVID-19 dedicado a apoyar los esfuerzos en los países de ingresos bajos y medios. El enfoque es el de buscar una respuesta coordinada, multiinstitucional y multisectorial para apoyar las medidas nacionales para hacer frente a las repercusiones socioeconómicas de la crisis de la COVID-19. Igualmente, se estableció un Equipo de Tareas de Suministro (*UN COVID-19 Supply Task Force*), que está actuando en dos esferas principales: de un lado, promoviendo la concienciación sobre la prevención del coronavirus y la adopción de las necesarias medidas higiénicas de carácter preventivo; y, de otro lado, ayudando a los países de ingresos bajos y medianos a obtener test y otros suministros médicos y de protección precisos ante la COVID-19, en medio de un escenario de elevada competencia internacional para su adquisición y con una inicialmente grave escasez mundial de estos materiales y suministros. En definitiva, el objetivo claramente explicitado ha sido el de apoyar desde la comunidad internacional a los países con los sistemas de salud más precarios.

En este mismo orden de ideas, por ejemplo, y en la medida que la COVID-19 afectaba especialmente y de manera más grave a pacientes con patologías previas, se activó también el Equipo Interagencias de Enfermedades No Transmisibles y COVID-19 (*UN Inter-Agency Task Force on Non Communicable Diseases and COVID-19*), con el objetivo de fortalecer los sistemas sanitarios y las infraestructuras de salud para tratar a las personas que viven con enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, las respiratorias o las oncológicas, controlando así sus factores de riesgo durante el brote de la COVID-19. De alguna manera, y en relación con lo que hemos comentado anteriormente, la pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto el carácter interrelacionado de las cuestiones de salud global, así como la comorbilidad, es decir, la interacción entre enfermedades.

En este mismo sentido, deben apuntarse algunas iniciativas específicas de interés como la *Reunión de alto nivel sobre la financiación para el desarrollo en la era de la COVID-19 y más allá*, coorganizada por Canadá, Jamaica y las Naciones Unidas y que se celebró telemáticamente el 28 de mayo de 2020, con el objetivo de avanzar soluciones concretas a la emergencia de desarrollo causada por la pandemia de la COVID-19. El Secretario General declaró en esta Reunión de alto nivel que el mundo necesitaba aumentar la liquidez mundial para que los países en desarrollo dispusieran de los recursos necesarios para luchar contra la pandemia; prevenir las crisis de la deuda en todos los países en riesgo, incluidos los países de ingresos medianos; aumentar la participación de los acreedores privados en los esfuerzos conjuntos de alivio de la deuda; alinear los sistemas financieros mundiales con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); y, finalmente,

de 2020 se publicó otro informe titulado “*A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19*”, disponible en <https://unsdg.un.org/resources/un-framework-immediate-socio-economic-response-covid-19>, consultado el 20 de mayo de 2020. Estos informes sirvieron de base para una reunión informal virtual del Consejo Económico y Social el 11 de mayo de 2020 sobre el tema “*Joining Forces: Effective Policy Solutions for Covid-19 Response*” (vid. más información en <https://www.un.org/ecosoc/en/events/2020/joining-forces-effective-policy-solutions-covid-19-response>, consultado el 20 de mayo de 2020).

poner fin a las corrientes financieras ilícitas ²⁰. Un preciso catálogo programatorio de medidas económicas ante la crisis socioeconómica que se avecina, que no se encuentra todavía en la voluntad política de los Estados miembros.

En cualquier caso, llama poderosamente la atención la parquedad de la actuación de las Naciones Unidas en términos más intergubernamentales y de política. La situación fáctica y la dificultad de llevar a cabo reuniones lo hacía ciertamente difícil, pero la Asamblea General sólo ha adoptado hasta la fecha dos resoluciones relacionadas con la pandemia de la COVID-19 y ambas pueden calificarse como de consensos y de retórica de mínimos; es decir, carecen, a mi entender, del liderazgo y del impulso político que debería esperarse de la máxima organización intergubernamental internacional en un momento de crisis mundial tan grave como el actual.

La primera es la Resolución 74/270, de 3 de abril de 2020, titulada “Solidaridad mundial para luchar contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19)”, mediante la cual la Asamblea General, además de expresar su preocupación por la COVID-19, reconocer los efectos sin precedentes de la pandemia, especialmente con los más pobres y los más vulnerables, y poner en valor el papel central del sistema de las Naciones Unidas en la catalización y la coordinación de la respuesta mundial para controlar y contener la propagación de la COVID-19, enunciaba la tríada de principios sobre los que debería basarse la respuesta mundial ante la pandemia: “la unidad, la solidaridad y la cooperación multilateral renovada”. Más allá de estos principios genéricos, los reconocimientos, las expresiones, las reiteraciones, las reafirmaciones y las exhortaciones son, probablemente, las adecuadas y usuales, pero la magnitud de la crisis sanitaria, económica y social, exigía, a mi entender, mayor altura de miras, mayores compromisos efectivos y mayor liderazgo político transformador.

La segunda resolución adoptada por la Asamblea General es algo más específica, pero se mueve también en el marco de la retórica general. Se trata de la Resolución 74/274, de 20 de abril de 2020, titulada “Cooperación internacional para garantizar el acceso mundial a los medicamentos, las vacunas y el equipo médico con los que hacer frente a la COVID-19”. En ella, la Asamblea General, además de formular las expresiones y los reconocimientos al uso y reiterar también los tres principios sobre los que debe basarse la respuesta mundial ante la pandemia -unidad, solidaridad y cooperación multilateral-, focalizaba su contenido en la petición al Secretario General para que adoptase las medidas necesarias, estableciendo incluso un grupo de tareas, para coordinar y seguir de manera eficaz los esfuerzos de todo el sistema de las Naciones Unidas por promover y garantizar el acceso mundial a los medicamentos, las vacunas y el equipo médico necesarios para hacer frente a la COVID-19. Se trata de un planteamiento genérico en el sentido de que nadie debe quedarse atrás y que todo el mundo ha de poder tener un “acceso justo, transparente, equitativo, eficiente y oportuno a instrumentos preventivos, pruebas de laboratorio, reactivos y materiales de apoyo, suministros médicos esenciales, nuevos

²⁰ Vid. la intervención de António Guterres disponible en <https://www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2020-05-28/secretary-generals-closing-remarks-high-level-event-financing-for-development-the-era-of-covid-19-and-beyond-delivered>, consultado el 30 de mayo de 2020.

diagnósticos, medicamentos y futuras vacunas de la COVID-19”. Pero es algo que va poco más allá del principio general, puesto que la Asamblea General se limitaba a pedir al Secretario General que, en estrecha colaboración con la OMS y otros organismos competentes del sistema de las Naciones Unidas, incluidas las instituciones financieras internacionales, “determine y recomiende opciones, incluidos enfoques para ampliar rápidamente la fabricación y fortalecer las cadenas de suministro”²¹.

2. La COVID-19 y la paz y la seguridad internacional

La relación de la salud global con los aspectos relativos a la paz y la seguridad internacionales ya venía establecida en los años inmediatamente posteriores a la segunda guerra mundial, en la misma medida que el propio preámbulo de la Constitución de la OMS establece que “La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados”. En todo caso, esta interacción entre la paz y la seguridad internacionales y la salud global es, en mi opinión, una correlación biunívoca en el sentido, de un lado, que las amenazas a la salud pueden ser o convertirse en amenazas o riesgos para la paz y la seguridad internacional, pero que, de otro lado, resulta también evidente que la misma existencia de conflictos armados constituye una directa amenaza a la salud humana. Se trata de una interacción que resulta difícilmente discernible puesto que se retroalimenta mutuamente y que, al menos en parte, se ha expresado también en la crisis de la COVID-19. De un lado, con el llamamiento formulado por el Secretario General a un cese del fuego en todos los conflictos, que ha tenido un eco limitado; y, de otro lado, con la absoluta inacción y dejación del Consejo de Seguridad ante la crisis sanitaria global de la COVID-19 que, sin duda, por su magnitud y efectos, podía haber sido considerada una amenaza a la paz y la seguridad internacional.

En efecto, el 23 de marzo de 2020, António Guterres formuló su llamamiento general a un cese el fuego en todos los conflictos, instando a todas las partes beligerantes de todo el mundo a deponer las armas para permitir que todos los actores focalizaran sus esfuerzos en apoyar la gran batalla contra la COVID-19 y facilitar asimismo la asistencia humanitaria a las poblaciones afectadas por la pandemia²². En la propuesta de Guterres había, a mi juicio, un triple enfoque subyacente: de un lado, que el enemigo común que ahora amenaza a toda la humanidad es el coronavirus y, por tanto, también las partes en conflicto deberían centrar todos sus esfuerzos en combatir a este enemigo común; de otro lado, que la pandemia de la COVID-19 tiene un altísimo potencial para agravar los conflictos y socavar más todavía a los Estados débiles o fallidos, abrumando a sus ya limitados sistemas de salud, generando nuevas tensiones sociales y propiciando el fortalecimiento de regímenes autoritarios; y, finalmente, haciendo de la necesidad virtud, entiendo que se pretendía aprovechar la oportunidad para reforzar la confianza entre las partes en conflicto y crear, así, mejores condiciones para la paz y evitar el agravamiento de los conflictos y el socavamiento de los Estados más débiles.

²¹ Párrafo 2 del dispositivo de la Resolución.

²² Vid. en <https://news.un.org/en/story/2020/03/1059972>, consultado el 1 de mayo de 2020.

Algunos grupos armados acogieron la propuesta de Guterres y se declararon dispuestos a aceptarla, pero, en general, ni todos los actores en un conflicto lo hicieron, ni los conflictos más sangrantes (Siria, Libia o Yemen, por señalar algunos) redujeron su intensidad ²³. Una situación distinta se hubiera generado, probablemente, si más allá del apoyo de casi 60 países a la iniciativa del Secretario General ²⁴, el Consejo de Seguridad hubiera avalado y apoyado de manera contundente el llamamiento de António Guterres. Es más, entiendo que el Consejo de Seguridad hubiera podido considerar la pandemia de la COVID-19 como una amenaza a la paz y a la seguridad internacionales y activar, por tanto, su amplio abanico de poderes especiales para dar un mayor apoyo político y operativo a la acción internacional para combatir la pandemia y sus efectos socioeconómicos ²⁵. Pero el Consejo de Seguridad ha sido, de nuevo, incapaz de estar a la altura de las circunstancias, por falta del necesario consenso político entre los cinco miembros permanentes ²⁶. El hecho de que el origen del virus se sitúe en China y la encendida e interesada polémica sobre si China ha cumplido o no sus obligaciones de alerta sanitaria o si ocultó o no la magnitud de la crisis, junto a la batalla por la hegemonía económica y tecnológica entre los Estados Unidos y la China, han acabado por paralizar la acción del Consejo de Seguridad a este respecto.

En este sentido, existen antecedentes y, a mi juicio, el Consejo de Seguridad tenía plena competencia para abordar los efectos de la pandemia de la COVID-19 y considerarla una amenaza a la paz y la seguridad internacional. En realidad, desde el fin de la guerra fría hemos asistido a una progresiva ampliación por parte del Consejo de Seguridad del concepto de mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales ²⁷. La constante multiplicación de su actuación en diversas esferas y en relación con diversos conflictos internacionales ha convertido al Consejo de Seguridad en un auténtico directorio mundial con capacidad de activar sus poderes y considerar determinadas situaciones como

²³ El *Crisis Group* publicó el 9 de abril un informe sobre todo ello: *Global Ceasefire Call Deserves UN Security Council's Full Support*, disponible en <https://www.crisisgroup.org/global/global-ceasefire-call-deserves-un-security-councils-full-support>, consultado el 1 de mayo de 2020. Vid., asimismo, J. GARRIGUES, “Guerra y paz en tiempos de la COVID-19”, *CIDOB Opinión*, núm. 618, marzo 2020.

²⁴ Vid. la información disponible en <https://onu.delegfrance.org/COVID19-59-pays-soutenant-l-appel-du-Secretaire-general-pour-un-cessez-le-feu>, consultado el 15 de mayo de 2020.

²⁵ El 27 de mayo de 2020 se celebró una reunión del Consejo de Seguridad dedicada a la protección de los civiles en los conflictos armados en la que varios intervinientes se refirieron a la pandemia. El Secretario General, en la presentación de su interesante informe sobre “La protección de los civiles en los conflictos armados” (Documento S/2020/336, de 9 de mayo de 2020) señaló claramente en esta reunión que “La pandemia está amplificando y explotando las fragilidades de nuestro mundo” (vid. Documento SC/14196, disponible en <https://www.un.org/press/en/2020/sc14196.doc.htm>, consultado el 29 de mayo de 2020).

²⁶ En estos meses se han celebrado en relación con la COVID-19 algunas reuniones informales del Consejo de Seguridad -o, simplemente, de los cinco miembros permanentes- en orden a intentar alcanzar un consenso para la adopción de una resolución, pero los esfuerzos no han fructificado. Ni una propuesta de resolución francesa ni una propuesta de resolución tunecina han obtenido hasta la fecha luz verde del Consejo. Vid., al respecto, la información que facilita la entidad no gubernamental *Security Council Report*, disponible en <https://www.whatsinblue.org/2020/04/informal-council-meeting-on-the-covid-19-pandemic-via-videoconferencing.php>, consultado el 2 de junio de 2020.

²⁷ Vid. V. ABELLÁN HONRUBIA, “La ampliación del concepto de mantenimiento de la paz y seguridad internacionales por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas: fundamento jurídico y discrecionalidad política”, *Hacia un nuevo orden internacional y europeo. Homenaje al profesor M. Díez de Velasco*, ed. Tecnos, Madrid 1993, pp. 3-18.

amenazas a la paz y la seguridad internacionales; y, en consecuencia, adoptar recomendaciones y decisiones en múltiples esferas, a las que debe añadirse claramente el ámbito de la salud global. Cuestión distinta es que la deriva ampliatoria del Consejo de Seguridad resulte también profundamente criticable por su discrecionalidad y carácter sesgado, en función de los intereses de los cinco miembros permanentes.

Como antecedentes inmediatos de este planteamiento, puede indicarse que el Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio establecido en 2004 por el entonces Secretario General, Kofi Annan, apostaba en su Informe por la formulación de un concepto más amplio respecto de la seguridad colectiva ante unas amenazas que se concebían como múltiples, diversas e interrelacionadas, y entre las que se situaban las enfermedades infecciosas²⁸. Esta perspectiva sería validada por el Secretario General en su muy sugerente informe “Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos”²⁹. Esta visión amplia y ecuménica de las amenazas a la paz y la seguridad internacionales -en la que se incorporan las enfermedades infecciosas y, de manera general, los problemas de salud global- fue, en parte, retomada en el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, en donde se reconocía que “el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas entrañan graves peligros para el mundo entero y constituyen importantes obstáculos para el logro de los objetivos de desarrollo”³⁰. Aunque sólo se enunciasen explícitamente algunas enfermedades, cabe entender que, de manera implícita, el Documento Final se refería también a otras enfermedades y a otros episodios o emergencias de salud pública de carácter internacional, que pueden entrañar graves peligros para el mundo entero³¹.

En este mismo sentido, deben subrayarse las consideraciones que formuló el Consejo de Seguridad en relación con la expansión de la pandemia del VIH/SIDA. En su Resolución 1308 (2000), de 17 de julio de 2000, el Consejo manifestó, por primera vez, su profunda preocupación por un problema de salud pública reconociendo que la pandemia del

²⁸ Vid. el Informe “Un mundo más seguro: la responsabilidad que compartimos”, Documento A/59/565, de 2 de diciembre de 2004. El Grupo identificó como una de las amenazas “la aparición de nuevas enfermedades infecciosas, el recrudecimiento de enfermedades ya existentes, un aumento en la resistencia a un número cada vez mayor de antibióticos de gran uso” (*ibid.*, párrafo 47).

²⁹ En este informe, y a los efectos que interesan ahora, Kofi Annan reiteraba la consideración de que, entre las amenazas a la paz y la seguridad en el siglo XXI, junto a la guerra y los conflictos internacionales, los disturbios civiles, la delincuencia organizada, el terrorismo y las armas de destrucción masiva, “también se incluyen la pobreza, las enfermedades infecciosas mortales y la degradación del medio ambiente, ya que también éstas pueden tener consecuencias catastróficas. Todas estas amenazas pueden ser mortales o reducir gravemente las posibilidades de vida. Todas ellas pueden socavar a los Estados como unidades básicas del sistema internacional” (Documento A/59/2005, de 21 de marzo de 2005, párrafo 78).

³⁰ Documento Final de la Cumbre Mundial, Resolución 60/1, de la Asamblea General, de 16 de septiembre de 2005, párrafo 57.

³¹ Este enfoque se ha concretado en la noción de “seguridad humana”, inspirada por el PNUD en 1994 y desarrollada por la Asamblea General en 2012. La Asamblea General desarrolla en la Resolución 66/290, de 10 de septiembre de 2012, el contenido y alcance de esta noción, que considera como “un enfoque que ayuda a los Estados Miembros a determinar y superar las dificultades generalizadas e intersectoriales que afectan a la supervivencia, los medios de subsistencia y la dignidad de sus ciudadanos”, es decir, con respuestas centradas en las personas e interrelacionadas de manera omnicompreensiva.

VIH/SIDA, “si no se controla, puede plantear un riesgo a la estabilidad y la seguridad”³². Posteriormente, mediante su resolución 1983 (2011), de 7 de junio, el Consejo de Seguridad reiteró estos planteamientos sobre el VIH/SIDA. En ambos casos, el Consejo se pronunciaba sobre los riesgos y consecuencias para la seguridad de un problema sanitario y sobre la manera de hacerle frente, con lo que situaba en un plano político más central -y al más alto nivel- una cuestión de salud pública. Se plasmaba, así, un consenso en relación con la consideración de que determinadas amenazas para la salud global constituyen también -o pueden constituir- amenazas para la paz y la seguridad internacionales.

Esta consideración quedó nuevamente confirmada con la resolución 2177 (2014) del Consejo de Seguridad en relación con la crisis del virus del Ébola en África occidental ³³. Lo más relevante de esta última resolución es, precisamente, que operaba un salto cualitativo ya que se dedicaba íntegramente y de manera más reforzada a esta nueva perspectiva al considerar que “el alcance sin precedentes del brote del Ébola en África constituye una amenaza para la paz y la seguridad internacionales”. La fórmula de determinar que una situación concreta -en este caso, el brote del virus del Ébola- constituía una amenaza para la paz y la seguridad internacionales es la prevista, de manera general, en el artículo 39 de la Carta. De esta determinación se deriva la activación del Capítulo VII y, por tanto, la capacidad de adoptar las recomendaciones o las decisiones que el Consejo de Seguridad estime oportunas en cada momento. En otras palabras, aunque el Consejo no adoptaba medidas particulares obligatorias jurídicamente, al haber activado el Capítulo VII de la Carta se dotaba de la posibilidad futura de adoptar medidas decisivas si hacía falta eliminar restricciones o si hacía falta imponer determinadas restricciones o medidas más contundentes.

Más allá, sin embargo, de esta posibilidad, entiendo que lo más relevante es una consideración de carácter político: el Consejo de Seguridad asumía y retenía todo el liderazgo político, restándosele incluso a la Asamblea General, y situando a la OMS en un reducido papel de liderazgo técnico y de apoyo operacional. En términos de liderazgo internacional el Consejo operaba con todo ello una especie de avocación respecto de las ya importantes competencias en materia de salud global de la OMS. En este contexto, la resolución del Consejo de Seguridad introdujo mayor presión a la actuación internacional, evocó la urgente y necesaria cooperación multilateral y reforzó y elevó al máximo nivel político internacional la lucha contra el brote epidémico del virus del Ébola.

En definitiva, creo que resulta meridianamente clara la interrelación entre los problemas de salud global y la paz y la seguridad internacionales. En este sentido, sólo consideraciones políticas explican que ante una crisis sanitaria de una magnitud tan global como la pandemia de la COVID-19 el Consejo de Seguridad haya estado por completo

³² Párrafo 11 del preámbulo de la Resolución 1308 (2000).

³³ Vid., al respecto X. PONS RAFOLS, “El brote del virus del Ébola en África occidental como amenaza para la paz y la seguridad internacionales”, *Revista Española de Derecho Internacional*, Vol. 67, 2015.2, pp. 258-262.

ausente³⁴. De un lado, es obvio, a mi entender, que la extensión de la pandemia constituye una amenaza sistémica global, que también afecta a la paz y la seguridad internacionales; y, de otro lado, la intervención del Consejo de Seguridad hubiera elevado al máximo nivel político el liderazgo internacional en la actuación multilateral para combatir la COVID-19, y hubiera, quizás, movilizado en todo el mundo mayores recursos y mayores capacidades, permitiendo también afrontar en mejores condiciones la situación sanitaria y sus consecuencias económicas y sociales.

III. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y LA PANDEMIA DE LA COVID-19

El análisis de la actuación de la OMS ante la pandemia de la COVID-19 se ordena abordando, en primer lugar, la naturaleza, alcance y contenido del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (1). En segundo lugar, se realiza una aproximación a las actuaciones de la OMS en virtud de este RSI y a la declaración de la COVID-19 como emergencia internacional (2). Finalmente, se analiza el desarrollo y resultados de la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2020 y consagrada exclusivamente a la COVID-19 (3).

1. Naturaleza, alcance y contenido del Reglamento Sanitario Internacional

La lucha contra las enfermedades infecciosas o transmisibles ha sido, históricamente -y como ya se ha indicado-, una constante en la cooperación sanitaria internacional, pero, en las últimas décadas, el surgimiento de nuevas enfermedades infecciosas de rápida propagación ha configurado un salto cualitativo en la exigencia de la cooperación internacional. En estas cuestiones la OMS actúa indudablemente como autoridad rectora y su propia Constitución le otorga competencias normativas. Concretamente, los artículos 19 a 23 de la Constitución de la OMS, facultan a la Organización para la adopción de convenciones o acuerdos, reglamentos y recomendaciones³⁵. La adopción de convenciones o acuerdos internacionales requiere la aprobación de dos terceras partes de la Asamblea Mundial de la Salud y su entrada en vigor necesitará -como en todo tratado

³⁴ A la luz del caso del Ébola, y dada la grave amenaza para la paz y seguridad internacionales que plantea la COVID-19, el Consejo de Seguridad podía haber actuado poniendo sobre la mesa su indiscutible capital político y su capacidad para adoptar decisiones obligatorias para todos los Estados (vid., en este sentido, C.D. GAVER, N. PERERA, ¿“Will the UN Security Council Act on COVID-19?””, *OpinioJuris COVID-19 Symposium*, 4 April 2020, disponible en <http://opiniojuris.org/2020/04/04/covid-19-symposium-will-the-un-security-council-act-on-covid-19/>, consultado el 2 de junio de 2020).

³⁵ Vid. al respecto, en general, L.O. GOSTIN, *Global Health Law*, Harvard University Press, 2014, así como las síntesis de L.O. GOSTIN, D. SRIDHAR, “Global Health and the Law”, *The New England Journal of Medicine*, 370;18, May 2014, pp. 1732-1740; y S.A. SÓLOMON, “Instruments of Global Health Governance at the World Health Organization”, in I. KICKBUSCH, G. LISTER, M. TOLD, N. DRAGER (eds.), *Global Health Diplomacy. Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases*, ed. Springer, New York 2013, pp. 187-198.

internacional- del consentimiento formal de los Estados miembros y sólo obligará a los que consientan ³⁶.

La posibilidad de adoptar reglamentos jurídicamente obligatorios está también contemplada en la Constitución de la OMS, aunque reducida a determinadas materias tasadas en la misma Constitución, entre ellas, sobre los “requisitos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades” ³⁷. Aunque, básicamente, la OMS sólo ha adoptado el Reglamento estableciendo las Listas Internacionales de Enfermedades y de Causas de Defunción (ICD por sus siglas en inglés), de 1948, actualizado en diversas ocasiones ³⁸ y el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) al que enseguida nos referiremos. Una peculiaridad destacable de los reglamentos de la OMS -que favorece evidentemente su universalidad y efectividad- es el hecho de que, en cuanto son adoptados, los reglamentos tienen automaticidad por lo que se refiere a su entrada en vigor y son obligatorios para todos los Estados miembros, salvo que éstos, expresamente, lo rechacen o formulen reservas en el plazo fijado. Por último, la OMS tiene competencia para adoptar recomendaciones sobre todo tipo de cuestiones relacionadas con la salud, competencia que la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo utilizan abundantemente. Estas recomendaciones, aún sin ser obligatorias -constituyen *soft law*-, resultan, en general, suficientemente efectivas, ya que los Estados reconocen ampliamente la competencia y autoridad técnica de la OMS.

El instrumento de cooperación internacional fundamental en una alerta sanitaria como la actual es el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), cuya primera versión fue adoptada por la OMS en 1951, siendo objeto de revisiones en 1969 y en 1981. El RSI acabó convirtiéndose en una norma obsoleta e ineficaz para prevenir la propagación internacional de enfermedades puesto que sólo se ocupaba de la notificación y de la acción internacional en relación con algunas enfermedades: hasta 1981 del cólera, la peste, la fiebre amarilla, el tifus, la viruela y la fiebre recurrente y, desde esta fecha, sólo del cólera, la peste y la fiebre amarilla. Además, el RSI no establecía instrumentos para garantizar el correcto cumplimiento de las decisiones de la OMS por parte de sus Estados miembros. Esta situación y, sobre todo, la emergencia de nuevas enfermedades, como el HIV/AIDS, la gripe aviar o el SARS, condujeron a que desde los años noventa del siglo pasado se planteara la revisión del RSI; lo que, finalmente, se llevó a cabo en 2005, entrando en vigor el nuevo RSI el 15 de junio de 2007 ³⁹.

La finalidad y alcance del RSI revisado son los de “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esta propagación, controlarla y darle una respuesta de

³⁶ En toda la historia de la OMS sólo se ha adoptado una convención sobre la base de lo dispuesto en el artículo 19 de la Constitución: el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco, hecho en Ginebra el 21 de mayo de 2003 (BOE de 10 de febrero de 2005).

³⁷ Artículo 21.a) de la Constitución de la OMS.

³⁸ Siguiendo labores estadísticas anteriores (desde el siglo XIX) y que se actualiza periódicamente. La última actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11) es de 2018. Vid. al respecto la información disponible en <http://www.who.int/classifications/icd/en/>, consultado el 30 de mayo de 2020.

³⁹ El RSI fue adoptado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud mediante la Resolución WHA58.3, de 23 de mayo de 2005, y está también publicado en el BOE de 12 de marzo de 2008.

salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales”⁴⁰. En otras palabras, se formula partiendo de un enfoque de salud pública que, sin embargo, debe congraciarse con un enfoque de liberalización del tráfico y el comercio internacional, no en vano el contexto internacional era y sigue siendo el de la globalización económica.

En cualquier caso, la novedad esencial del nuevo RSI reside en que la obligación de notificación no se circunscribe ahora sólo a determinadas enfermedades sino a cualesquiera “eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional” (ESPII)⁴¹. Es decir, a cualquier evento extraordinario que constituya un riesgo para la salud pública de otros Estados debido a la propagación internacional de una enfermedad, entendiendo por ésta, en su sentido más amplio, como “toda dolencia o afección médica, cualquiera que sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano”⁴². El RSI prevé un mecanismo para la determinación oficial de la ESPII a partir de la notificación por parte del Estado afectado; una determinación oficial que corresponde a la Dirección General de la OMS con el asesoramiento de un Comité de Emergencias y que puede implicar la adopción de recomendaciones temporales o permanentes⁴³. De conformidad con el artículo 48 del RSI, el Comité de Emergencias es establecido -sobre bases *ad hoc*- para cada situación y está integrado por expertos designados por el Director General de entre la Lista de expertos del RSI⁴⁴.

El RSI establece como obligaciones primarias de los Estados las de notificar, oportunamente y de buena fe, los eventos que ocurran en su territorio y que puedan constituir una ESPII, así como las medidas adoptadas y las necesidades de apoyo requeridas; disponer de la capacidad de detectar, evaluar y notificar estos eventos; y disponer de las capacidades necesarias en sus sistemas de salud para responder con prontitud y eficacia a los riesgos para la salud pública y a las ESPII. Ante las evidentes dificultades de algunos Estados en desarrollo, se fijó en el RSI un plazo de cinco años,

⁴⁰ Artículo 2 del RSI.

⁴¹ Artículo 12 del RSI. En inglés, *Public Health Emergencies of International Concern (PHEIC)*.

⁴² Artículo 1.1 del RSI.

⁴³ Sobre el contenido y alcance del RSI vid., por ejemplo, los análisis de D.P. FIDLER, L.O. GOSTIN, “The New International Health Regulations: An Historic Development for International Law and Public Health”, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, Vol. 34, Issue 1, Spring 2006, pp. 85-94; de J. SAURA ESTAPÀ, “La Organización Mundial de la Salud y la cooperación internacional frente a las grandes pandemias: el nuevo Reglamento Sanitario Internacional”, en X. PONS RAFOLS (ed.), *Salud pública mundial y Derecho ...*, *op. cit.*, pp. 165-192; así como de J. M. MARTÍN MORENO, L. GORGOJO JIMÉNEZ, “El papel de la OMS y de otras organizaciones supranacionales”, en *Emergencias pandémicas en un mundo globalizado: amenazas ...*, *op. cit.*, en especial pp. 87-94. También sobre el RSI pero, en particular, formulando una valoración de la respuesta a la pandemia de la COVID-19 vid. A. von BOGDANDY, P.A. VILLAREAL, *International Law on Pandemic Response: a First Stocktaking in Light of the Coronavirus Crisis*, Max Planck Institute, MPIL Research Paper Series, n° 2020-07, 26 March 2020, disponible en https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3561650, consultado el 25 de mayo de 2020.

⁴⁴ Artículo 47 del RSI. Actualmente la Lista de expertos la conforman 443 personas (vid. “Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)”, Documento A73/14, de 12 de mayo de 2020, párrafo 25).

que se ha ido prorrogando, para la exigibilidad a todos los Estados de estas capacidades y se estableció, asimismo, un mandato a la OMS para proporcionar asistencia a los Estados miembros que lo necesitasen para que puedan disponer de estas capacidades. A estos efectos, existe claramente un compromiso compartido por todos los Estados miembros con el objetivo de facilitar cooperación técnica y apoyo logístico para reforzar estas capacidades básicas; se ha establecido un procedimiento racionalizado de informes periódicos y de evaluación externa ⁴⁵; y, en 2018, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un primer plan estratégico mundial quinquenal 2018-2023 para mejorar la preparación y la respuesta de salud pública ⁴⁶.

Desde la adopción del RSI revisado en 2005 y hasta la situación actual de la COVID-19, la OMS ha declarado hasta cinco ESPII con características diferentes: la nueva gripe A(H1N1) el 25 de abril de 2009; la diseminación internacional del poliovirus salvaje el 5 de mayo de 2014; la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental el 8 de agosto de 2014; la emergencia por el virus del Zika el 1 de febrero de 2016; y la enfermedad por el virus del Ébola en Kivu, en la República Democrática del Congo, el 17 de julio de 2019. Todos los casos, así como otros brotes de enfermedad o eventos de salud pública que también monitorea el Comité de Emergencias de las OMS, han tenido un importante impacto en los sistemas nacionales de preparación y respuesta ante amenazas sanitarias ⁴⁷. Algunas de las emergencias declaradas han resultado también harto controvertidas o, incluso, generaron una alarma social sin correlación alguna con la baja incidencia de la enfermedad, como sucedió con el virus de la gripe A(H1N1). En este sentido, la evaluación de la gestión de estas emergencias por parte de la propia OMS, así como por los servicios de preparación y respuesta de los Estados miembros, ha puesto de manifiesto ciertas e importantes debilidades ⁴⁸.

En cualquier caso, está claro que la naturaleza jurídicamente vinculante de las obligaciones previstas en el RSI podría comportar la exigencia de responsabilidad internacional, aunque la práctica llevada a cabo hasta el momento evidencia que no se opta por los mecanismos legales, lo que, junto con la preferencia, en la cultura de la OMS, por la competencia técnico-sanitaria, puede debilitar la misma naturaleza obligatoria del RSI. En la actual pandemia de la COVID-19 algunos Estados, principalmente los Estados Unidos, han suscitado dudas y han planteado la realización de una encuesta o investigación para verificar si China cumplió sus obligaciones de notificación,

⁴⁵ Además de las evaluaciones externas, dentro del marco de seguimiento y evaluación del RSI, los Estados, también de manera voluntaria, presentan informes anuales sobre sus capacidades nacionales de prevención y respuesta ante emergencias.

⁴⁶ Vid. la Decisión WHA71(15), de la Asamblea Mundial de la Salud, 26 de mayo de 2018 y el Documento A70/16, de 18 de mayo de 2017, que establece los principios rectores del plan estratégico quinquenal.

⁴⁷ Por indicar un sólo dato, en noviembre de 2019, la OMS estaba respondiendo a 166 eventos y a un total de 54 crisis clasificadas como activas, entre ellas 17 crisis prolongadas (vid. el informe sobre “Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública”, del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, Documento EB146/16, de 23 de diciembre de 2019, párrafo 8).

⁴⁸ Vid., en este sentido, el análisis del ahora muy conocido F. SIMÓN SORIA, “Emergencias de salud pública de importancia internacional. Una oportunidad para mejorar la seguridad sanitaria global”, *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 2016, Núm. 34.4, pp. 210-221.

oportunamente y con la suficiente transparencia, tal y como se requiere en los artículos 6 y 7 del RSI ⁴⁹. Aunque pueda haber dudas sobre todo ello -atendiendo a la misma naturaleza autoritaria del régimen chino-, el contexto y la tormenta política no ha hecho más que arrear, afectando también de pleno a la OMS.

2. Las actuaciones de la OMS ante la COVID-19

El 31 de diciembre de 2019, la OMS conoció por primera vez casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan, en la provincia china de Hubei. Como es sabido, desde entonces, el virus se ha extendido por todo el mundo y prácticamente no hay, en el momento actual, país o territorio que no haya sido afectado ⁵⁰. Con la información facilitada por las autoridades chinas y la misión de la OMS en China que visitó Wuhan el 20 y el 21 de enero, así como con los datos y la información disponible sobre la situación tanto en China como en Japón, Corea y Tailandia, el Director General convocó, el 22 y el 23 de enero de 2020, un Comité de Emergencia del RSI acerca del brote provocado por el nuevo coronavirus ⁵¹. El Comité, competente para asesorar al Director General según establece el artículo 12 del RSI, consideró en ese momento, con diferentes puntos de vista entre sus miembros, que el evento no constituía una ESPII. En la reunión del Comité se reconoció que China había hecho esfuerzos para investigar y contener el brote epidémico -que, en aquel momento, sólo tenía 557 casos confirmados en China y algunos más exportados a Corea, Japón, Tailandia y Singapur- y que era demasiado pronto para declarar una ESPII. Sin embargo, no se hizo público un análisis pormenorizado con datos epidemiológicos que justificaran este asesoramiento ⁵². El problema de fondo es doble y ya se había suscitado en ocasiones anteriores: de un lado, la naturaleza estrictamente binaria del procedimiento, en el sentido de si hay o no hay

⁴⁹ Así como la respuesta a las peticiones de verificación formuladas por la OMS en los plazos previstos en el artículo 10 del RSI.

⁵⁰ Aunque los datos son confusos y hay dudas sobre la veracidad de la información proporcionada por determinados países, se estima (en el momento de cerrar este estudio el 30 de mayo de 2020) que en todo el mundo son prácticamente 4.500.000 los casos confirmados de infección por coronavirus y unas 400.000 las víctimas mortales provocadas por la pandemia.

⁵¹ Se trata, en cada caso, como ya se ha dicho, de Comités con composiciones que pueden ser diferentes y que son designados por el Director General de entre los miembros de la Lista de expertos del RSI, lo que dificulta establecer una interpretación sistemática de los criterios, ya de por sí amplios, establecidos en el RSI para la declaración de una ESPII (vid. artículo 12.4 del RSI y el anexo 2 con el instrumento de decisión, que no es más que un cuadro algorítmico).

⁵² Vid. el *Statement on the Meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*, disponible en [https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)), consultado el 2 de junio de 2020. Respecto de esta reunión del Comité de Emergencias y la potencial toma en consideración de factores ajenos a los previstos estrictamente en el RSI vid., por ejemplo, los comentarios de M. ECCLESTON-TURNER, "The Declaration of a Public Health Emergency of International Concern in International Law", *OpinioJuris COVID-19 Symposium*, 31 March 2020, disponible en <http://opiniojuris.org/2020/03/31/covid-19-symposium-the-declaration-of-a-public-health-emergency-of-international-concern-in-international-law/>, consultado el 2 de junio de 2020.

ESPII, sin graduación de niveles de alerta; y, de otro lado, la poca transparencia por parte del Comité de Emergencias de su proceso de toma de decisiones ⁵³.

En todo caso, el mismo Comité, expresando así su preocupación sobre el brote epidémico, aconsejó que fuera de nuevo convocado en un plazo máximo de diez días para reexaminar el tema. De hecho, atendiendo a la rápida evolución de la situación en relación con el brote ⁵⁴, el Director General -después de visitar oficialmente China- volvió a convocar al Comité de Emergencia el 30 de enero de 2020, y en esa ocasión el Comité convino en que para entonces el brote había cumplido los criterios para declarar una ESPII ⁵⁵, así lo aconsejó y así lo declaró el Director General ⁵⁶. En cualquier caso, tampoco se formulaba por parte del Comité un detenido análisis del cumplimiento de estos criterios, lo que dificulta también la evaluación *a posteriori* ⁵⁷.

Una vez declarada la ESPII, la OMS formuló, de conformidad con el RSI y con el consejo del Comité de Emergencias, recomendaciones provisionales en las que, aunque se sugería prudencia, se desaconsejaba la aplicación de restricciones a los viajes o al comercio, sobre la base de la información disponible en ese momento ⁵⁸. Algo que refuerza el planteamiento ya indicado -y que está recogido en el artículo 2 del RSI- de que tan importante es la respuesta de salud pública a la propagación de una enfermedad como evitar interferencias en el tráfico y en el comercio internacional. Lo que quiero subrayar

⁵³ Que ya fue denunciada, con sospechas de conflicto de intereses por parte de los miembros del Comité, con ocasión de la gripe A(H1N1), así como en el caso del brote de Ébola de la República Democrática del Congo, iniciado en 2018 pero que no fue declarado como ESPII hasta el 17 de julio de 2019 (vid., al respecto, por ejemplo, M. ECCLESTON-TURNER, A. KAMRADT-SCOTT, “Transparency in IHR emergency committee decision making: the case for reform”, *BMJ Global Health*, 2019, 4, disponible en <https://gh.bmj.com/content/4/2/e001618>, consultado el 2 de junio de 2020). Cabe añadir, a todo ello, que hasta 2011 no era público el nombre de los miembros designados para un determinado Comité de Emergencias y que lo fue por recomendación del Comité de Examen de la ESPII de la gripe A(H1N1).

⁵⁴ El 30 de enero de 2020 ya había 7.711 casos confirmados y 12.167 sospechosos en China y otros 83 casos confirmados en 18 países, de los cuales sólo 7 no tenían antecedentes de viajeros procedentes de China. Es decir, aunque fueran sólo 7, ya se planteaba en aquel momento un riesgo de transmisión comunitaria y ya no sólo importada del nuevo coronavirus.

⁵⁵ Vid. *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*, disponible en [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)), consultado el 2 de junio de 2020.

⁵⁶ Vid. la información disponible en [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)), consultado el 20 de mayo de 2020; así como el ya citado Documento A73/14, párrafo 6.

⁵⁷ En realidad, el artículo 12.4 del RSI sólo establece que “Para determinar si un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, el Director General considerará: a) la información proporcionada por el Estado Parte; b) el instrumento de decisión a que hace referencia el anexo 2; c) la opinión del Comité de Emergencias; d) los principios científicos así como las pruebas científicas disponibles y otras informaciones pertinentes; y e) una evaluación del riesgo para la salud humana, del riesgo de propagación internacional de la enfermedad y del riesgo de trabas para el tráfico internacional”.

⁵⁸ Así como todo tipo de directrices para prestar apoyo a los Estados en el desarrollo de sus capacidades de respuesta de salud pública, y documentos de asesoramiento sobre los más diversos aspectos relacionados con la pandemia y con las medidas de protección frente a la misma.

es que desde que se declaró la ESPII y se formularon las primeras recomendaciones de estrategias marco para la preparación ante la pandemia, todos los Estados que han introducido restricciones en el tráfico internacional, ya sea terrestre, marítimo o aéreo, ya sea de personas o de mercancías, han informado a la OMS de estas medidas y han proporcionado sus razones y justificaciones de salud pública para ello ⁵⁹. Inicialmente, además, se partía de la consideración de que estas medidas, en su caso, debían ser de corta duración y proporcionales a los riesgos de salud pública y deberían reconsiderarse periódicamente. Sin embargo, la rápida evolución de la situación, las incertidumbres sobre el nuevo virus y su posible origen animal, la ausencia de un tratamiento o vacuna, la morbilidad y mortalidad que estaba ocasionando y, en determinados países, la vulnerabilidad de sus sistemas de salud pública, acabaron generalizando estas medidas restrictivas.

Aunque con la declaración de una ESPII se aceleraron los esfuerzos por contener el brote, la situación siguió evolucionando rápidamente y el 11 de marzo de 2020 el Director General caracterizó el brote de la COVID-19 como una pandemia ⁶⁰. En este marco, la OMS lanzó una intensa actividad operacional, liderando, como ya se ha indicado, los esfuerzos del conjunto del sistema de las Naciones Unidas, y aportando, asimismo, asistencia técnica y análisis e información epidemiológica de calidad, con continuas y revisadas recomendaciones sanitarias. Pese a la competencia técnica de la OMS, el carácter desconocido del nuevo virus ha implicado ciertamente, en más de una ocasión, mensajes confusos y contradictorios ⁶¹. En cualquier caso, puede señalarse, además, una constante presencia en los medios de comunicación de responsables de las emergencias y de otros programas de salud pública de la OMS, así como del mismo Director General, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, elegido el 23 de mayo de 2017 y que se ha convertido en el centro de la controversia política sobre la gestión de la crisis ⁶².

El virus era y sigue siendo un gran desconocido. El mismo 11 de enero de 2020 se secuenció el primer genoma del coronavirus y las autoridades chinas pusieron los datos en acceso abierto a disposición de la comunidad científica y, desde entonces, centenares de laboratorios y grupos de investigadores están trabajando para diseñar una vacuna o reciclar fármacos aptos para combatirlo. El proceso, sin embargo, se estima largo y los análisis más optimistas dan para varios meses o años hasta lograr una vacuna efectiva. Las decenas de países que han adoptado confinamientos, más o menos intensos o totales,

⁵⁹ Medidas como éstas y otras muchas que, sin duda, pueden tener implicaciones de derechos humanos.

⁶⁰ Documento A73/14, párrafo 15. Vid., asimismo, en este sentido, la declaración del Director General disponible en <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>, consultado el 28 de mayo de 2020.

⁶¹ Por ejemplo, sobre el uso de las mascarillas o sobre la utilidad preventiva de la hidroxiquina.

⁶² Antes de su elección, el Dr. Tedros había sido Ministro de Salud y Ministro de Asuntos Exteriores de Etiopía, un gobierno y un país bajo una importante influencia política y económica de China. La elección en 2017 para el puesto de Director General -en sustitución de la Dr. Margaret Chan, de China- fue, además, una elección más complicada de lo habitual ya que, aunque el artículo 31 de la Constitución de la OMS establece que el Director General será nombrado por la Asamblea de la Salud, a propuesta del Consejo, y que normalmente el Consejo presentaba un sólo candidato, en esta ocasión el Consejo presentó tres candidatos: el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (de Etiopía), el Dr. David Nabarro (del Reino Unido) y la Dra. Sania Nishtar (del Pakistán). Vid. al respecto el Documento A70/4, de 24 de abril de 2017.

con todas las consecuencias sanitarias, económicas y sociales, generadas por la pandemia, deberán esperar todavía más tiempo y estar atentos a posibles rebrotes de la enfermedad mientras reducen sus estrictas medidas de aislamiento.

Visto con la perspectiva actual, quizás hubo errores de apreciación, como los que, de otra parte, hubo en España y en la mayoría de los países, así que no todos son atribuibles a la OMS. Es más, el Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (*Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme*, IOAC) ha publicado recientemente un informe provisional sobre la actuación de la OMS en relación con la COVID-19 entre enero y abril de 2020 en el que se enuncian diferentes recomendaciones y conclusiones⁶³. Se afirma en este informe, por ejemplo, que la respuesta de la OMS a la COVID-19 demostró su liderazgo y que fue, incluso, más rápida que en el caso de otras epidemias, como el MERS o el SARS, pero que esto no provocó una acción igualmente rápida por parte de todos los Estados miembros, lo que se atribuye a una cierta discrepancia entre el actual RSI y las expectativas de los Estados miembros sobre el papel de la OMS⁶⁴.

En todo caso, el Comité recomendaba, de un lado, una revisión del RSI para garantizar que las responsabilidades y las funciones esbozadas en el Reglamento estuvieran en consonancia con la comprensión y las expectativas de los Estados miembros; de otro lado, sugería el establecimiento de un nivel escalonado de alertas y de medidas de respuesta en el RSI, mejorando una situación actual que está siendo exclusivamente binaria en el sentido de si hay o no hay una ESPII; y, finalmente, aconsejaba llevar a cabo, en el momento oportuno, una evaluación independiente de la actuación de la OMS ante la pandemia de la COVID-19 para identificar las lecciones aprendidas para el futuro.

En definitiva, creo que puede afirmarse que la actuación de la OMS en estos meses de alerta sanitaria se ha movido en el marco de los parámetros establecidos por el RSI. Quizás éstos son insuficientes y quizás no responden suficientemente a las expectativas de los Estados miembros, pero en todo caso les corresponde a éstos revisar, en su caso, el RSI y fortalecer las capacidades de respuesta, tanto de la OMS como de ellos mismos. Lo cierto es que el contexto actual ha visibilizado, hasta extremos indecorosos, una extremada politización en la crítica al Director General y a la propia Organización, con intereses políticos que poco tiene que ver con la crítica positiva; aunque también podría ser que las vacilaciones iniciales del Director General en la declaración de la ESPII hubieran sido demasiado deferentes con el gobierno chino⁶⁵. En cualquier caso, todo ello

⁶³ Vid. el IOAC *Interim report on WHO's response to COVID-19 January-April 2020* disponible en https://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/IOAC-interim-report-on-COVID-19.pdf?ua=1, consultado el 28 de mayo de 2020.

⁶⁴ *Ibid.*, párrafo 12.

⁶⁵ Vid., por ejemplo, en este sentido, el comentario de G.L. BURCI, “The Outbreak of COVID-19 Coronavirus: are the International Health Regulations fit for purpose?”, *EJIL:Talk!*, *Blog of the European Journal of International Law*, 27 February 2020, disponible en <https://www.ejiltalk.org/the-outbreak-of-covid-19-coronavirus-are-the-international-health-regulations-fit-for-purpose/>, consultado el 30 de mayo de 2020; igualmente, V. PETROVA GIORGIEVA, “Los retos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Lecciones del brote de Covid-19”, en N. GONZÁLEZ MARÍN, *Emergencia Sanitaria por COVID-19: Reflexiones desde el Derecho (I)*, Opiniones Técnicas sobre Temas de relevancia Nacional, n° 14, Instituto

sitúa a la OMS en una posición de manifiesta debilidad. Recuperar la credibilidad y confianza puede pasar por la evaluación independiente de la gestión de esta crisis sanitaria y por continuar el proceso de reforma de la OMS y de sus procesos ante las emergencias sanitarias.

3. La Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2020 dedicada a la COVID-19

La reunión anual de la Asamblea Mundial de la Salud que tuvo lugar los días 18 y 19 de mayo de 2020 se centró específicamente en la COVID-19, dejándose para un momento ulterior el examen de todos los asuntos relacionados con la salud global que, normalmente, son ampliamente tratados en estas Asambleas. Lo relevante no sólo es que, por primera vez, la reunión se hiciera fundamentalmente de manera telemática, sino que se dedicara a un único tema, evidenciado así también la amplia preocupación internacional sobre la expansión de la pandemia. Cabe añadir, además, que la reunión venía precedida de una cierta tormenta política sobre la actuación china en los momentos iniciales de la pandemia, con una sobreactuada posición de los Estados Unidos cuestionando la gestión de la pandemia por parte de la misma OMS, con amenazas poco veladas de, cuanto menos, retirar la financiación norteamericana a la Organización y que, finalmente, se concretaban con el anuncio, el 29 de mayo de 2020, de la retirada de los Estados Unidos de la OMS. Pese a este evidente y complejo contexto político, lo cierto es que la Asamblea no quedó bloqueada y fue capaz de llegar a un acuerdo ⁶⁶, quizás de mínimos, sobre una única resolución adoptada por consenso -aunque con el apoyo expreso de los más de 140 Estados promotores del proyecto de resolución-, la Resolución WHA73.1, de 19 de mayo de 2020 ⁶⁷.

En la Resolución adoptada, la Asamblea, después de haber examinado el discurso del Director General sobre la pandemia de la COVID-19, expresó, en primer lugar, su profunda preocupación por la morbilidad y mortalidad causada por esta pandemia y expresó su solidaridad con los países afectados y con los familiares de las víctimas, manifestando también su preocupación por los sectores y países más vulnerables ante la pandemia. Establecidas estas premisas, la Resolución destila contundentes -aunque retóricas- referencias al mandato constitucional de la OMS para actuar como autoridad directiva y coordinadora sanitaria internacional y su función rectora fundamental y, por tanto, a sus competencias, en especial en virtud del RSI. En el párrafo final del preámbulo, la Asamblea expresa incluso su “optimismo respecto de la posibilidad de controlar y superar con éxito la pandemia de COVID-19, y mitigar sus efectos, mediante el liderazgo y la cooperación mundial sostenible, la unidad y la solidaridad”, reiterando, así, los principios enunciados por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas. En

de Investigaciones Jurídicas UNAM, disponible en <https://www.juridicas.unam.mx/publicaciones/detalle-publicacion/151>, consultado el 2 de junio de 2020.

⁶⁶ Vid., al respecto, el análisis de P.A. VILLARREAL, “Pandemic Intrigue in Geneva: COVID-19 and the 73rd World Health Assembly”, *EJIL:Talk!, Blog of the European Journal of International Law*, 22 May 2020, disponible en <https://www.ejiltalk.org/pandemic-intrigue-in-geneva-covid-19-and-the-73rd-world-health-assembly/>, consultado el 30 de mayo de 2020.

⁶⁷ Vid. el proyecto de resolución y la lista de sus proponentes en el Documento A73/CONF./1Rev.1, de 18 de mayo de 2020.

general, la Resolución constituye una agregación de reconocimientos, llamamientos y reiteraciones, propios de la fecunda labia de este tipo de documentos internacionales que expresan consensos de carácter muy general. En todo caso, sin embargo, creo que son destacables cinco aspectos centrales del dispositivo de la Resolución que, sin jerarquización de ningún tipo, paso brevemente a comentar.

En primer lugar, el llamamiento genérico que se hace a los Estados para adoptar planes de acción nacionales e intersectoriales de respuesta ante la COVID-19, fortaleciendo sus sistemas de salud y de atención y apoyo sociales, así como la capacidad de preparación, vigilancia y respuesta, adoptando asimismo las medidas necesarias para apoyar el acceso al agua potable, al saneamiento y la higiene y a la prevención y control de las infecciones. Un llamamiento, ciertamente, sin mayores concreciones de programas, planes, medidas o acciones específicas y sin compromisos financieros de ningún tipo, ni por parte de la OMS ni por parte de los Estados miembros.

En segundo lugar, deben destacarse las referencias a las tecnologías de la información y la comunicación que contiene la Resolución en un doble sentido que, sin duda, responde también a inquietudes ampliamente extendidas en este momento en la opinión pública internacional. De un lado, se pide a los Estados miembros y a las Organizaciones internacionales interesadas que combatan aquello que se ha venido en denominar “*infodemia*”, es decir, que combatan la “proliferación de desinformación e información errónea, especialmente en la esfera digital, así como la proliferación de actividades cibernéticas dañinas que socavan la respuesta de salud pública”, facilitando así a la población información fiable y exhaustiva sobre la COVID-19, con datos claros, objetivos y de base científica⁶⁸. De otro lado, se pide a los Estados que aprovechen las tecnologías digitales para la respuesta a la COVID-19 prestando “una atención especial a la inclusión digital, el empoderamiento de los pacientes, la privacidad de los datos y las cuestiones éticas, jurídicas y de seguridad, así como a la protección de los datos personales”, lo que apunta, entre otros muchos aspectos, al delicado tema de las aplicaciones de telefonía móvil creadas específicamente para el control de la enfermedad, de las personas infectadas y de sus posibles contactos.

En tercer lugar, y en la misma línea que había hecho la Resolución 74/274 de la Asamblea General, la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud reconoce la necesidad de que todos los países dispongan de un acceso oportuno y sin trabas a pruebas diagnósticas, tratamientos, medicamentos y vacunas de calidad, seguros, eficaces y asequibles y, en este sentido, se insta al Director General de la OMS para “determinar y presentar opciones que respeten las disposiciones de los tratados internacionales pertinentes, en particular las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) y las flexibilidades reconocidas en la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, para que se utilicen en el fortalecimiento de las capacidades de desarrollo, fabricación y distribución necesarias para un acceso transparente, equitativo y oportuno a pruebas diagnósticas, tratamientos, medicamentos y vacunas seguros, asequibles, eficaces y de

⁶⁸ Apartados 7.6 y 8.3 del dispositivo de la Resolución.

calidad para la respuesta a la COVID-19”⁶⁹. Referencia que apunta, por tanto, aunque sin mayores desarrollos, el complejo tema de la innovación y la propiedad intelectual relacionada con la salud, por lo que se refiere a las patentes farmacéuticas y en relación con el acceso a los medicamentos esenciales⁷⁰. El problema, obviamente, estriba en cómo se garantizará este acceso equitativo cuando las grandes empresas farmacéuticas empiecen a manufacturar a gran escala las vacunas más prometedoras.

En cuarto lugar, puede destacarse -por la relevancia política más que financiera que implica- el llamamiento que se hace a todos los Estados miembros para que “proporcionen financiación sostenible a la OMS para garantizar que la Organización pueda responder plenamente a las necesidades de salud pública en la respuesta mundial a la COVID-19 sin dejar a nadie atrás”⁷¹. No se formulan, ciertamente, explícitos compromisos financieros, pero en el contexto y con el ruido político de fondo de la amenaza de los Estados Unidos de retirar su contribución a la OMS o, incluso, de retirarse de la OMS, se trata de un renovado aval a la acción de la Organización por parte de sus Estados miembros, añadido al reconocimiento preambular en la misma Resolución de la función rectora fundamental de la OMS y de su mandato constitucional de actuar como autoridad directiva y coordinadora sanitaria internacional.

Finalmente, en quinto lugar, creo que debe formularse una especial referencia al hecho de que en la Resolución se pide al Director General que inicie, en el momento adecuado más temprano, “un proceso progresivo de evaluación imparcial, independiente y exhaustivo, en particular mediante el uso de mecanismos existentes, según proceda, para examinar la experiencia acumulada y las enseñanzas derivadas de la respuesta sanitaria internacional coordinada por la OMS contra la COVID-19”⁷². La polémica política sobre la actuación de las autoridades chinas en los momentos iniciales de la pandemia y la misma actuación de la OMS, así como la recomendación del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, están detrás de esta decisión de iniciar una evaluación imparcial -cuyos detalles aún están por definir- que, sin duda, requerirá tacto y consenso político en la definición del mandato y en la composición del órgano que lleve a cabo la evaluación.

En cualquier caso, conviene señalar, a mi juicio, dos consideraciones fundamentales. La primera es que en ningún caso se trata de una encuesta sobre la actuación de China, ya que la Resolución establece que esta evaluación imparcial deberá abordar, “en particular, i) la eficacia de los mecanismos con que cuenta la OMS; ii) el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y la situación de la aplicación de las

⁶⁹ Apartado 9.8 del dispositivo de la Resolución.

⁷⁰ Sobre esta cuestión en la doctrina española puede destacarse la obra de X. SEUBA HERNÁNDEZ, *La protección de la salud ante la regulación internacional de los productos farmacéuticos*, ed. Marcial Pons, Madrid 2010.

⁷¹ Apartado 7.15 del dispositivo de la Resolución. Sin entrar en ello, baste con señalar aquí que también debería reformarse el mecanismo de financiación de la OMS ya que, al margen de las cuotas de los Estados, está formado, en más de un 75% del total, a base de donaciones, ya sea de Estados o de otros donantes públicos y privados (vid., por ejemplo, al respecto, J.M. MARTÍN MORENO, *La OMS en su encrucijada*, Real Instituto Elcano, ARI65/2020, de 11 de mayo de 2020).

⁷² Apartado 9.10 del dispositivo de la Resolución.

recomendaciones pertinentes de los anteriores Comités de Examen del RSI; iii) la contribución de la OMS a los esfuerzos del conjunto de las Naciones Unidas; y iv) las actuaciones de la OMS y la cronología de estas en relación con la pandemia de COVID-19”⁷³. No obstante, el amplio espectro de esta evaluación imparcial cubre también la eficacia y el debido cumplimiento del RSI, por lo que la actuación de China y de otros países podrá, quizás, ser objeto de evaluación⁷⁴. Pero, en todo caso, no se tratará de una exigencia de responsabilidades jurídicas por incumplimiento de las obligaciones que establece el RSI, sino, tan sólo, una evaluación -como indica la Resolución- a los efectos de “formular recomendaciones para mejorar la capacidad de prevención, preparación y respuesta ante pandemias mundiales, mediante el fortalecimiento, según proceda, del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS”⁷⁵.

La segunda consideración que debe subrayarse es que no es la primera vez que la OMS se plantea una evaluación independiente de su actuación ante una determinada emergencia sanitaria, sino que, al contrario, es algo que forma parte de la cultura de la misma Organización. En todo caso, tal como establece la Resolución, la evaluación será interna y deberá llevarse a cabo mediante “los mecanismos existentes”. A estos efectos, la Resolución menciona, de un lado, el Comité de examen del RSI que está previsto en el artículo 50 del RSI, donde se establecen sus amplias funciones. Esta disposición también determina que su composición para el período que dure el trabajo de un examen determinado la fijará y elegirá el Director General entre la Lista de Expertos del RSI⁷⁶ y otros cuadros pertinentes de expertos de la Organización, atendiendo a “principios de representación geográfica equitativa, paridad entre los géneros, equilibrio de expertos de países desarrollados y países en desarrollo, representación de diferentes corrientes de pensamiento científico, enfoques y experiencia práctica en distintas partes del mundo y un equilibrio interdisciplinario adecuado”⁷⁷. Este Comité de examen del RSI ha realizado, por ejemplo, con composiciones distintas, evaluaciones del funcionamiento de la OMS y del RSI en relación con la pandemia por el virus A(H1N1) de 2009 o en relación con el brote del virus del Ébola en África occidental en 2014⁷⁸.

De otro lado, también se menciona en la Resolución al ya citado Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS como posible mecanismo para llevar a cabo la evaluación independiente. A diferencia del

⁷³ *Ibidem*.

⁷⁴ Vid., asimismo, P.A. VILLARREAL, “Pandemic Intrigue in Geneva: COVID-19 ..”, *op. cit.*,.

⁷⁵ *Ibidem*.

⁷⁶ Que, como ya se ha indicado, la conforman 443 expertos (Documento A73/14 ya citado, párrafo 25).

⁷⁷ Artículo 50.6 del RSI.

⁷⁸ Vid. “Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009”, Documento A64/10, de 5 de mayo de 2011, y el “Informe del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de Ébola y la respuesta que se le ha dado”, Documento A69/21, de 13 de mayo de 2016. Sin entrar en mayores desarrollos baste con señalar, por ejemplo, que en el primer caso, la gripe A(H1N1), el Comité consideró que “El mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave de gripe o a cualquier emergencia de salud pública que represente una amenaza semejante de alcance global y sostenida”; o que en el segundo caso, el brote de Ébola en África occidental, el Comité de examen recomendó que no se abriera un proceso de modificación del RSI y que se elaborara un Plan Estratégico Mundial para mejorar la preparación y la respuesta de salud pública.

Comité de Examen del artículo 50 del RSI, este otro Comité es un Comité ya preexistente, establecido en 2016 y compuesto de siete expertos independientes con amplia experiencia en una gran variedad de disciplinas, designados por el Director General, que ejercen sus funciones a título personal y que proceden de gobiernos nacionales, de ONGs, o del sistema de las Naciones Unidas. Como su nombre indica, el Comité tiene como misión principal evaluar el desempeño de las funciones clave de la OMS y las medidas adoptadas en las emergencias sanitarias, es decir, supervisar el funcionamiento del completo Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS ⁷⁹, asesorando al Director General y presentando informes anuales ⁸⁰. En realidad, como ya se ha indicado, este Comité ha dado ya a conocer un informe provisional sobre la respuesta de la OMS ante la COVID-19, que cubre las actuaciones llevadas a cabo entre enero y abril de 2020 ⁸¹.

En definitiva, la opción para llevar a cabo la evaluación independiente entre uno y otro mecanismo, con diferente composición y mandato, será también resultado de las consideraciones políticas que han estado presentes en la misma decisión de iniciar esta evaluación. Todo ello constituye el reflejo de una nueva crisis en la OMS, más grave si cabe que la que comportó la gestión de la nueva gripe A(H1N1). En cualquier caso, la Resolución, de mínimos, expresa un cierto consenso general y la Asamblea se desarrolló con normalidad institucional, pero las tendencias y los ruidos de fondo eran persistentes y la “política del Twitter” estaba absolutamente desbocada. Unas elecciones presidenciales en unos pocos meses, la batalla por ganar el relato y una feroz competencia por la hegemonía económica y tecnológica entre los Estados Unidos y la China pueden acabar lastrando una Organización como la OMS, fundamental para mejorar la salud de las personas y los pueblos. La anunciada retirada de los Estados Unidos de la OMS, hecha pública el 29 de mayo de 2020, constituye el colofón de un proceso de crítica cada vez más intensificado contra la OMS. Se trata, probablemente, de la clásica estrategia de la búsqueda del enemigo externo, pero, sin duda, puede debilitar -y no sólo financieramente- a la OMS y cuestionar su futuro.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

De esta rápida y primera aproximación a las implicaciones en el Derecho Internacional de la pandemia de la COVID-19 creo que pueden extraerse algunas ideas conclusivas de carácter inicial. En primer lugar, que la pandemia ha puesto intensamente de manifiesto el carácter holístico, transversal e internacional de las cuestiones y de los problemas relacionados con la salud global. Sin ninguna duda, las pautas de producción y consumo

⁷⁹ Resultado de las reformas llevadas a cabo por la OMS de su labor en relación con las emergencias sanitarias. Vid., en este sentido, la Resolución EBSS3.R1, del Consejo Ejecutivo, en sesión extraordinaria, de 25 de enero de 2015, y la Decisión WHA69(9), de la Asamblea Mundial de la Salud, de 27 de mayo de 2016.

⁸⁰ El último informe es el presentado ante la 72ª Asamblea Mundial de la Salud en 2019, Documento A72/6, de 7 de mayo de 2019.

⁸¹ Vid. el IOAC *Interim report on WHO's response to COVID-19 January-April 2020* disponible en https://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/IOAC-interim-report-on-COVID-19.pdf?ua=1, consultado el 28 de mayo de 2020.

y los determinantes económicos y sociales condicionan la salud de las personas y de los pueblos, pero también es cierto que un problema de salud global, como la COVID-19, puede alterar disruptivamente el discurrir de nuestras sociedades. Lo que conlleva una observación en un doble sentido: en el sentido de que deben mejorarse los condicionamientos económicos y sociales para una mejor salud de las personas y los pueblos haciendo efectivo el derecho humano a la salud, y eso requiere aumentar la cooperación al desarrollo y combatir las desigualdades; y en el sentido de que los grandes problemas de salud global -al igual que sucede con los grandes problemas internacionales medioambientales o de otro tipo- necesitan de una mayor cooperación internacional para poder ser abordados de manera que resulte exitosa. La conciencia de nuestra vulnerabilidad, y de las profundas inequidades existentes entre los países y en el interior de los países -que la COVID-19 ha evidenciado-, debería ser, precisamente, el acicate para un cambio y una transformación profunda.

En segundo lugar, ha quedado de nuevo de manifiesto el carácter central de las Naciones Unidas en el sistema internacional y sus capacidades para movilizar recursos y generar respuestas colectivas a los grandes problemas internacionales, como una pandemia global como la actual. Sin embargo, la inmensa actividad operacional y técnica llevada a cabo en este sentido contrasta con la debilidad del liderazgo y del impulso político, que ha acabado quedando en manos de los Estados. La magnitud del problema ha diluido la respuesta internacional multilateral a las simples generalidades y a los consensos de mínimos, cuando lo necesario hubiera sido una respuesta más coordinada, reforzada, rápida y efectiva ante una crisis sanitaria mundial, que está generando una crisis económica y social que puede que no tenga precedentes. Es decir, el sistema de las Naciones Unidas en su conjunto debería haber asumido -y debería seguir asumiendo- un fuerte liderazgo coordinador de naturaleza no sólo técnica y operacional, sino también política. Nos guste o no, el actual sistema internacional sigue teniendo como órgano político central al Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, cuya inacción ante la pandemia de la COVID-19 es, asimismo, desoladora y frustrante. Pese a esta dejación de responsabilidades, ha quedado probado claramente que las amenazas a la paz y la seguridad internacional son múltiples e interrelacionadas, y que entre ellas se hallan también las grandes pandemias como la de la COVID-19, con efectos sistémicos sobre todo el sistema internacional y con consecuencias para toda la sociedad internacional.

En tercer lugar, la pandemia de la COVID-19, pese a situar a la OMS en el centro de una auténtica tormenta política internacional, la ha configurado, de nuevo, como el eje principal de la acción internacional en materia sanitaria, por su carácter especializado y técnico, fortaleciendo así su papel como autoridad rectora internacional en esta materia. Aunque la crisis actual, como pasó con otras crisis sanitarias recientes -la de la gripe A en 2009 o el brote del virus de la enfermedad del Ébola en 2014-, haya puesto en cuestión los posibles errores de cálculo, la independencia de criterio de la Dirección General o del Comité de Emergencias o la lentitud burocrática y la ausencia de altura política de la propia OMS, entiendo que, en el estadio actual de la cooperación internacional, el Reglamento Sanitario Internacional sigue siendo el mejor instrumento internacional existente para abordar las emergencias sanitarias. En todo caso, requiere de un mayor compromiso y de una mayor capacitación por parte de todos los Estados para asegurar su

efectiva operatividad y la implementación de las medidas que puedan resultar necesarias, lo que puede aconsejar, como lección aprendida de la crisis actual, abordar su revisión.

Por último, quisiera destacar que el contexto internacional y el enfrentamiento político que está teniendo como foco la labor de la OMS -así como la anunciada retirada de los Estados Unidos-, han situado a la OMS en una auténtica encrucijada y pueden provocar una grave crisis de la Organización, en términos financieros y políticos. Quizás, cuando la crisis sanitaria esté superada y la tormenta política amaine, además de la evaluación independiente de la gestión de la emergencia sanitaria debería también reactivarse la semiparalizada reforma de la OMS, de sus programas y prioridades, así como de su gobernanza. Pero esto dependerá de la voluntad política de sus Estados miembros. Igual que depende de esta voluntad política prestar mayor atención internacional a la salud global y a todos aquellos otros sectores económicos y sociales conectados con la salud, que son los que deberían permitirnos -a todas las personas y a todos los pueblos- alcanzar el más alto grado posible de salud; es decir, ese estado de completo bienestar físico, mental y social al que se refiere la Constitución de la OMS. En este mismo sentido también, aunque los principios proclamados por las Naciones Unidas para la respuesta global ante la pandemia de la COVID-19 sean de carácter genérico, no me cabe ninguna duda de que un futuro esperanzador deberá basarse en la unidad de la especie humana, en la solidaridad entre los pueblos y en una fortalecida cooperación multilateral entre los Estados.