DERECHO Y PREPARACIÓN E INTERVENCIÓN ANTE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

Enseñanzas de la pandemia de COVID-19

IFRC

Disaster Law

© Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, 2021
Se autoriza citar, copiar, traducir o adaptar, total o parcialmente el contenido de esta publicación sin autorización expresa de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, con fines no comerciales, siempre y cuando se mencione claramente la fuente.

Foto de portada: © Cruz Roja Italiana

Contacto:
Las solicitudes para la reproducción comercial deberán dirigirse a la secretaría de la Federación Internacional:

Dirección: Chemin des Crêts, 17, Petit-Saconnex, 1209 Ginebra, Suiza
Apartado postal: 303 CH-1211, Ginebra 19, Suiza
T +41 (0)22 730 42 22 | **F** +41 (0)22 730 42 00 | **E** disaster.law@ifrc.org | **W** ifrc.org

Derecho y preparación e intervención ante emergencias de salud pública

Enseñanzas de la pandemia de COVID-19

ÍNDICE

Agradecimientos 8

Sobre la Federación Internacional y su unidad de Derecho relativo a Desastres (IFRC DL) 11

Prefacio 13

Abreviaturas y acrónimos 14

Terminología 15

Sinopsis 19

Sección A Introducción 19

Sección B Marcos jurídicos e institucionales sobre emergencias de salud pública 20

Sección C Función del derecho en la mitigación de la incidencia de las emergencias de salud pública en los grupos vulnerables y efectos secundarios de esas emergencias 27

Sección D Facilidades jurídicas para los agentes humanitarios y otros agentes de intervención inicial e inmediata 32

Recomendaciones 35

Reglamento sanitario internacional 35

Marcos jurídicos e institucionales nacionales 36

Estados de excepción 38

Importancia de la legislación en la mitigación de los efectos secundarios de las emergencias de salud pública y los efectos en los grupos vulnerables 42

Facilidades jurídicas para los agentes humanitarios 45

Sección A Introducción 46

1. Antecedentes y contexto 47

1.1. Derecho y emergencias de salud pública 47

1.2. Metodología 49

1.3. Estructura del informe 52

1.4. Recomendaciones y orientaciones adicionales 53

2. Emergencias de salud pública 55

2.1. Definiciones de emergencia de salud pública 55

2.2. Brotes, epidemias y pandemias 56

2.3. Bioterrorismo 58

2.4. Riesgos de evolución lenta y otros riesgos para la salud pública 58

Sección B Marcos jurídicos e institucionales sobre emergencias de salud pública 60

3. Marcos jurídicos e institucionales a nivel mundial 61

3.1. Introducción 61

3.2. Contexto mundial 61
3.2.1. Objetivos de desarrollo sostenible 61
3.2.2. Agenda de seguridad sanitaria mundial 62
3.2.3. El marco de Sendai y los principios de Bangkok 63
3.2.4. XXXIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja 64
3.2.5. Disposiciones específicas sobre la pandemia de COVID-19 65
3.2.6. Acuerdos regionales 66
3.3. Reglamento sanitario internacional (2005) 67
3.3.1. Establecimiento del Reglamento Sanitario Internacional 67
3.3.2. Responsabilidades de la OMS en el marco del Reglamento Sanitario Internacional 67
3.3.3. Responsabilidades de los Estados en virtud del Reglamento Sanitario Internacional 69
3.3.4. Exámenes del Reglamento Sanitario Internacional 70
3.3.5. Iniciativas de la OMS para mejorar la aplicación a nivel nacional 71
3.4. Incidencia del reglamento sanitario internacional en los marcos nacionales para emergencias de salud pública 73
3.4.1. Capacidades básicas 73
3.4.2. Seguimiento y evaluación 74
3.4.3. Participación en las evaluaciones 74
3.4.4. Acción posterior a la evaluación 76
3.4.5. Transparencia de la legislación sobre emergencias de salud pública 77
3.4.6. Capacidad para cumplir con las capacidades básicas exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional 78
3.4.7. Notificación y alerta temprana 79

4. Marcos jurídicos e institucionales a nivel nacional para las emergencias de salud pública 81
4.1. Introducción 81
4.2. Integración 83
4.2.1. Principios de Bangkok e integración 83
4.2.2. Marcos con énfasis en emergencias de salud pública 83
4.2.3. Marcos híbridos o combinados 84
4.2.4. Marcos con énfasis en gestión del riesgo de desastres 84
4.2.5. Integración existente 85
4.2.6. Integración futura 85
4.3. Mandatos para la gestión de emergencias de salud pública en el derecho interno 87
4.3.1. Gestión de los riesgos para la salud pública 87
4.3.2. Emergencias de salud pública secundarias 88
4.3.3. Fases de la gestión de riesgos de emergencias de salud pública 89
4.4. Coordinación y dirección 92
4.4.1. Coordinación 92
4.4.2. Dirección y función rectora 94
4.5. Participación y representación 96
4.5.1. Introducción 96
4.5.2. Interés general de todos los componentes del Estado 96
4.5.3. Interés general de todos los componentes de la sociedad 97
4.5.4. Agentes relacionados con Una sola salud y la cooperación para el desarrollo 98
4.5.5. Personas que brindan atención 98
4.5.6. Sociedades Nacionales y otras organizaciones humanitarias 99
4.5.7. Establecimientos escolares 100

4.5.8. Sector financiero 100
4.5.9. Fabricantes y proveedores de bienes y equipos esenciales 100
4.5.10 Representación 102

4.6. Preparación para emergencias de salud pública: planificación para contingencias 104
4.7. Incorporación de conocimientos y enseñanzas 105

5. Estados de excepción y poderes de emergencia en emergencias de salud pública 108

5.1. Introducción 108
5.2. Orígen y naturaleza de los estados de excepción y de los poderes de emergencia 110
5.3. Responsibilidad de la declaración de estado de excepción 112
5.4. Activación y oportunidad de los estados de excepción y de los poderes de emergencia 114
5.5. Naturaleza de los poderes y medidas de emergencia 116
5.6. Consecuencias de los estados de excepción y de las medidas de emergencia en lo que respecta a los derechos humanos 117
5.7. Salvaguardas y vigilancia durante los estados de excepción 119

5.7.1. Supervisión legislativa 119
5.7.2. Supervisión judicial 120
5.7.3. Transparencia 121

SECCIÓN C La Ley y la mitigación de los efectos de las emergencias de salud pública 122

6. Repercusiones de las emergencias de salud pública en la mobilidad humana y la migración 123

6.1. La mobilidad humana en general 123
6.2. Cierres de fronteras 124
6.3. Refugiados y solicitantes de asilo 126

7. Alojamiento provisional y vivienda 128

7.1. Introducción 128
7.2. Carencia de hogar y personas sin techo 128
7.3. Pérdida de vivienda 129

8. Protección de los grupos vulnerables 131

8.1. Vulnerabilidad en emergencias de salud pública 131
8.2. Personas expuestas a riesgos derivados de la enfermedad 132
8.3. Personas de edad y personas con discapacidades u otras condiciones de salud subyacentes 133
8.4. Protección del amplio acceso a la atención sanitaria 135
8.5. Personas expuestas a riesgos económicos y financieros 136
8.6. Protecccción de las personas expuestas a riesgo de violencia 137
8.7. Escolares 139
8.8. Migrantes y grupos raciales y étnicos marginados 140

8.8.1. Migrantes 140
8.8.2. Grupos raciales y étnicos marginados 143

SECCIÓN D Facilidades jurídicas destinadas a los agentes humanitarios 144

9. Facilidades jurídicas destinadas a los agentes humanitarios **145**

9.1. Introducción 145

9.2. Facilidades jurídicas 145

9.3. Repercusiones de las restricciones impuestas con motivo de la pandemia de covid-19 147

9.3.1. Restricciones al comercio y a los desplazamientos internos *147*

9.3.2. Cierres de fronteras y/o restricciones para el ingreso a un país *148*

9.3.3. Cualificaciones profesionales *151*

9.3.4. Restricciones relativas a la importación y a las exportaciones de mercancías y equipo *151*

9.3.5. Tasas e impuestos *153*

Anexo 1 Cuestionario para mapeos jurídicos de decretos de emergencia **154**

Anexo 2 Cuestionario para mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública **155**

Referencias **159**

AGRADECIMIENTOS

Este informe fue elaborado por la unidad de Derecho Relativo a Desastres de la Federación Internacional (IFRC DL). El autor principal de este informe es Simon Whitbourn, de Knightwood Legal. El asesoramiento técnico, la revisión y la edición fueron proporcionados por las responsables del proyecto de la IFRC Isabelle Granger, Coordinadora de Abogacía Legislativa de la IFRC, y Rachel Macleod, Oficial Senior de Derecho Relativo a Desastres.

Se debe agradecer a las siguientes personas, de la IFRC y de las organizaciones asociadas, que revisaron el informe y aportaron comentarios basados en sus áreas técnicas de experiencia: Giulio Bartolini, Huw Beynon, Iria Touzon Calle, Gwendolen Eamer, Gabrielle Emery, David Fisher, Ria Hidajat, Rajeev Issar, Sanny Jegillos, Rebeca Muñoz, Nadja Münstermann, Amjad Saleem, Maya Schaerer, Sharonya Sekhar, Jeanique Serradinho, Ezekiel Simperingham y Sophie Teyssier.

Este informe se basa en los mapeos a nivel de país preparados por abogados e investigadores jurídicos de Allens Linklaters, la Cruz Roja Británica, la IFRC y White & Case. La IFRC agradece sinceramente a cada uno de los abogados e investigadores jurídicos su trabajo, sin el cual el Informe no podría haberse preparado. En las páginas siguientes se ofrece una lista completa de los abogados e investigadores jurídicos que prepararon o contribuyeron a los mapeos jurídicos por país. Este Informe también se basa en una revisión de la literatura preparada por Michele Forzley, con la ayuda de investigación de Lauren McGee, Matthew Shevlin y Jobin George. La versión en español de este documento ha sido traducida a través de los servicios de traducción de la IFRC, revisado por Rebeca Muñoz, Oficial de Derecho Relativo a Desastres para América Latina.

La IFRC desea agradecer y reconocer a la Cruz Roja Británica y al Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania, cuyo apoyo financiero permitió la elaboración de este Informe.

Allens Linklaters
David Donnelly
Emma Warren
Tessie Chang
Thanushar Sridaran
Tom Bleby

British Red Cross
Carlos Orjuela
Claudia Maritano
Daniel Grütters
Emilie Fitzsimons
Francesco Romani
Hannah Maley
Michael Meyer
Noel Trew
Rashmin Sagoo
Sarah Thompson
Silvia Scozia
Simon Whitbourn

IFRC
Carmen Beltrán
Jessie Jordan
Luis Diego Castro
María Martínez
Meiapo Faasau
Rebeca Muñoz
Sophie Teyssier
Stella Ngugi
Tania Chambers

LEAD Institute
University of Canterbury
Finau Leveni
John Hopkins
Laura Braid
Sulaiman Sarwary
Talia Siataga

White & Case
Abdulrahman Alkhudairy
Ada Wang
Adam Gao
Adriana Zhan
Alec Johnson
Aleksandra Orzel
Aleksandra Stadnik
Allain Andry
Allyson Reynolds
Chloe Do
Christian Orton
Claudia Hasbun
Connie Ng
Connor Fuchs
Connor Gray
Constantin Teetzmann
Constantinos Droussiotis
Cristian Pleters
Daisy Wetherill
Dana Yeon
Daniel Hannuna
Daniel Shults
Daniel Yeh
Daniela Huerta Garcia
David Pezza
David Smith
David Stanek
Debashis Dey
Deborah Victoria
Deema Abini
Dionne Boahene
Doug Peel
Eduardo Barrachina
Ee Lynn Tan
Einat Goldstein
Elaf Al-Wohaibi
Elena Ruggiu
Elien Claeys
Elizabeth Massaro
Emily Lipka
Emily Thomson
Eojin Lie
Estelle Philippi
Esther So
Evan Rahn
Fabienne Vermeeren
Felix Mueller
Fergus Langstaff
Francisco Garcia Naranjo
Fraser Galloway
Gabriel Itagiba
Gabriella Richmond
Ghazi Kayal
Ghislaino Kamdo
Greg Pospodinis
Gretel Martinez
Hanna Hedayati
Carlos Viana
Catherine Yoon
Jingbo Hou
Jingjia Zhang
John Anderson
John Hannon
Joseph Fox-Davies
Joshua Berman
Joshua Butler
Joshua Cohen
Jowita Mieszkowska
Juan-Ignacio Lopez-Dominguez
Julieta Monteroni
Kameron Townsend
Kamilla Azamat
Kate Curran
Kate Gillett
Katy Lau
Katya Hartl
Kerri Spennicchia
Khawla Alatiyat
Kit Goodfellow
Kristina Klykova
Kristo Molina
Laura-Rose Lynch
Leia Andrew
Logan Quinn
Lowrie Robertson
Luka Kristovic
Lukas Kralovic
Mahir Maini
Manal Sanai
Manu Thadikkaran
Marco Stephan
Marcus Booth
Marcus Dashper
Maria Beguiristain
Maria Vanegas
Maria Yoo
Mariana Otto-Schoener
Mariel Martinez-Zarate
Mariele Coulet-Diaz
Marika Fain
Mario Barka
Marius Benedikt Gass
Mark Gustafson
Mark Powell
Martin Hrachovina
Martin Melicher
Martina Castren
Jakub Zelazny
Jan Voborsky
Pedro Jose Izquierdo
Philip Vavalidis
Pranav Subhedar
Rafael Llano
Raffaele Turco
Rayan Al Harbi
Rebecca Hughes
Reem Albakr
Reilly Gaertner
Rekha Ajoodha
Reuben McGregor-Sumpter
Richard Lloyd
Rick Greene
Robbie Powell
Rodrigo Dominguez
Ronald Gorsich
Sandra Huerta
Sarah Hudson
Sarah Kouchad
Scott Levi
Sean Goldstein
Sherief Rashed
Simon O'Connell-Schizas
Stacey Shen
Stefan Lyman
Steve Sha
Steven Gee
Steven Worthington
Strati Sakellariou-Witt
Suzanne Knijnenburg
Suzanne Perry
Tatiana Roldan Ferri
Thomas Harper
Thomas Jacques
Thomas Pate
Timo Airisto
Todd Wolynski
Tolu Obamuroh
Tomas Scerba
Tommi Kolehmainen
Valerie Menard
Vanessa Schuermann
Victoria Rodriguez De Anda
Waad Alkurini
Wilbert Luna Arellanes
William Fong
William Watson
Xuan Jin
Nashel Jung
Natalie So

Amanda Wong
Amira Ahmad
Amy Donehower
Anastasia Sheyndlina
Andrea Rodriguez
Anna Corderoy
Anna Rawlence
Anne Sauvebois-Brunel
Anne Sophie Oberreiner
Anu Alamutu
Astrid Desmonda
Beatriz Barros
Bethanie Abrahams
Betty Zhang
Bianca McDonnell
Bill Webb
Brian Fetterolf
Bruna Ribeiro
Caitlin Powell Gimpel
Camille Mendoza Soto
Charbel Abou Charaf
Charlotte Deans
Chloe Bouffard
He Chen
Helena Buitrago
Henry Carlson
Hermes Ferreras
Hugh Brunjes
Hugo J. S. Schwarz Leite
Husam Azhar
Ian Wallace
Ibrahim Bakhurji
Iman Algubari
Ingrid Wijnmalen
Ingrid York
Isabella Bellera Landa
Ivan Paskal
Jacob Schtevie
Jacquelyn MacLennan
Jahnavi Mitra
Jana Filarska
Jeannine Acevedo
Jennifer Djavaherian
Jennifer Hedges
Jeremy Elman
Jessica Marroquin
Jessica Zhou
Jia Ying
Matt Solomon
Matthew De Bari
Matthew Kabak
Matthew Secomb
Micaela Heery-Hyatt
Michal Palisin
Mikaela Nikolausson
Min Pang
Miriam Gyun-Mie Meixner
Mizuho Yamada
Mizuki Hyuga
Monika Sedlackova
Nawaaf Alawaad
Nettie Choo
Nezar Al Abbas
Nina Yu
Nirangjan Nagarajah
Oji Adoh
Olaolu Akerele
Oliver Dean
Opeyemi Longe
Paul McCullough
Paul Tang
Paula Melendez
Paulo Maza Moreno
Yasser Riad
Yi Ying
Yokubjon Isakov
Youssef Fathy
Yuning Zhou
Yuran Cui
Zach Heffernen

SOBRE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL Y SU UNIDAD DE DERECHO RELATIVO A DESASTRES (IFRC DL)

La IFRC y las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja tienen 20 años de experiencia en la prestación de asesoramiento técnico a los gobiernos para fortalecer la gobernanza del riesgo de desastres a través de leyes y políticas, y en el fomento de la capacidad de los interesados nacionales en materia de derecho relativo a los desastres. Hasta la fecha, hemos prestado apoyo a más de 40 países para fortalecer sus leyes sobre desastres y hemos llevado a cabo actividades de derecho de los desastres en más de 90 países.

IFRC DL también es líder en la realización de investigaciones y en el desarrollo de orientaciones innovadoras sobre las mejores prácticas nacionales. Ha elaborado cuatro documentos de orientación clave:

- las Directrices para la facilitación y la reglamentación nacionales del socorro internacional en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial (comúnmente conocidas como Directrices IDRL)
- la lista de verificación sobre el derecho y reducción del riesgo de catástrofes (la lista de verificación de la RRD);
- la lista de verificación sobre el Derecho y la preparación y respuesta doméstica ante desastres (la lista de verificación DPR); y
- la Guía sobre Derecho, Preparación y Respuesta ante Emergencias de Salud Pública (versión piloto).

Los tres primeros documentos de orientación han sido refrendados por los Estados parte de los Convenios de Ginebra y los componentes del Movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja mediante resoluciones de la Conferencia Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. Las partes interesadas en el ámbito de los desastres los utilizan como punto de referencia para evaluar y fortalecer las leyes nacionales sobre desastres. El Derecho Relativo a Desastres de la FICR también ha elaborado numerosas herramientas de aplicación para facilitar el fortalecimiento de los marcos jurídicos nacionales.

El trabajo de IFRC DL es posible gracias al generoso apoyo de sus socios, entre los que se encuentran instituciones académicas, bufetes de abogados, autoridades gubernamentales y Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Si desea apoyar el trabajo de IFRC DL, póngase en contacto con disaster.law@ifrc.org

Para más información sobre IFRC DL, visite disasterlaw.ifrc.org/

Yemen, 2020. Saara, una fisioterapeuta finlandesa, lleva un equipo de protección completo para dar fisioterapia a un paciente de COVID-19. La rehabilitación requiere que esté en contacto con él, por lo que es importante que se proteja.

© FICR / Anette Selmer-Andresen.

PREFACIO

Aunque nadie se ha librado de los efectos del COVID-19, las consecuencias de esta pandemia no se han sentido por igual. Esta crisis se ha caracterizado por las profundas y persistentes desigualdades tanto en términos de quiénes están más expuestos y de cómo ha respondido el mundo. Puede que no supiéramos entonces todo el alcance de lo que se avecinaba, pero debimos haber estado mejor preparados. Si la pandemia de COVID-19 nos ha enseñado algo es la importancia de estar "preparados", y el rol central de las leyes y las políticas en la lucha contra las emergencias de salud pública y en la protección de las comunidades.

Con demasiada frecuencia en esta respuesta, los más vulnerables se han quedado atrás debido a las barreras formales e informales para acceder a la asistencia sanitaria, la información, el apoyo financiero y otros servicios esenciales. Restricciones introducidas para frenar la propagación del COVID-19 también han impedido la capacidad de algunas Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, de su personal y de sus voluntarios, para desempeñar su función de primeros intervinientes en catástrofes y emergencias de todo tipo, y en la prestación de asistencia sanitaria y social basada en la comunidad.

Los instrumentos legales y políticos han estado en todas las facetas de la respuesta a la COVID-19, desde las restricciones sin precedentes a la libertad de movimiento y de reunión hasta, más recientemente, la aprobación acelerada de vacunas. Los países de todo el mundo han respondido a la pandemia declarando estados de emergencia o de desastre, aprobando una gran cantidad de leyes de emergencia y desempolvando las leyes, políticas y planes de contingencia existentes. Sin embargo, los niveles de éxito en el uso de instrumentos legales y políticos para responder a la pandemia han variado mucho. En algunos casos, las leyes y políticas existentes han resultado obsoletas o inadecuadas, lo que ha hecho necesario el rápido desarrollo de nuevos instrumentos.

En este informe, la unidad de Derecho relativo a Desastres se basa en sus 20 años de experiencia en la realización de investigaciones de vanguardia, y proporcionando asesoramiento técnico a los gobiernos, y centra su atención en las leyes y políticas nacionales de salud pública, con especial atención a la experiencia y las lecciones de la pandemia de COVID-19. El informe, que se basa en una investigación comparativa entre países, ofrece recomendaciones exhaustivas para establecer marcos jurídicos nacionales sólidos y eficaces para la preparación y la respuesta a las emergencias de salud pública.

Cuando los gobiernos de todo el mundo salgan de la crisis actual, muchos querrán aprovechar la experiencia de la pandemia de COVID-19 para revisar y reforzar sus marcos jurídicos para la gestión del riesgo de catástrofes, incluidas las emergencias de salud pública. Este informe y el documento de orientación que lo acompaña, La Guía sobre la preparación y la respuesta a las emergencias de salud público, proporcionarán un valioso recurso para los gobiernos que se embarquen en esta tarea.

La FICR, con su red de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, está dispuesta a trabajar en colaboración con los gobiernos en este sentido para prevenir y reducir el impacto de los desastres y proteger a los más vulnerables cuando se enfrentan a una crisis.

Jagan Chapagain
Secretario General

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ASEAN	Asociación de Naciones de Asia sudoriental
CARPHA	Agencia de Salud Pública del Caribe
CDEMA	Agencia de Gestión de Desastres y Emergencias del Caribe
CDERA	Acuerdo de Respuesta de Emergencia ante Desastres en el Caribe
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
COVID-19	Enfermedad por coronavirus 2019
EDRM	Plataforma temática de la OMS para la gestión del riesgo de desastres en el ámbito de la salud
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
Federación Internacional	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
Informe DPR	Informe - El derecho y la preparación y respuesta ante los desastres: informe de síntesis multipaís (sic)
NAPHS	Planes de acción nacionales para la seguridad sanitaria
OEA	Organización de Estados Americanos
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMI	Organización Marítima Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto interior bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Red de la Federación Internacional	Federación Internacional y sus 192 Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que son miembros
RSI	Reglamento Sanitario Internacional (2005)
UNDRR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Catástrofes (antes UNISDR)
UE	Unión Europea
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WASH	Agua, saneamiento e higiene

TERMINOLOGÍA

La **COVID-19** es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2. Puede también recibir la denominación de **enfermedad por coronavirus**. Se ha tendido a utilizar indistintamente esos términos para describir al virus, a la enfermedad y a la pandemia resultante. A los efectos del presente informe, se utilizan los términos **COVID-19** y **pandemia de COVID-19**.

Un **desastre es** una perturbación grave en el funcionamiento de una comunidad o de una sociedad a cualquier escala, debida a acontecimientos peligrosos que interactúan con las condiciones de exposición, vulnerabilidad y capacidad, y que produce alguno o varios de los siguientes efectos: pérdidas y consecuencias perjudiciales humanas, materiales, económicas y medioambientales[1]. Aunque esta definición de "desastre" incluye a las emergencias de salud pública, en varios Estados la definición jurídica de "desastre" no incluye a esas emergencias o es ambigua en cuanto a su inclusión.

El **riesgo de desastres** es la pérdida eventual de vidas o de lesiones en seres humanos o la destrucción o daños de bienes que podría sufrir un sistema, una sociedad o una comunidad en un periodo de tiempo específico, determinado de forma probabilística en función de la amenaza, la exposición, la vulnerabilidad y la capacidad[2].

La **gestión de desastres** es la organización, planificación y aplicación de medidas de preparación preventiva e intervención ante casos de desastre y la recuperación una vez que se han producido[3].

La **gestión del riesgo de desastres** es la aplicación de políticas, estrategias y otras medidas para prevenir nuevos riesgos de desastres, reducir los existentes y gestionar el riesgo residual (mediante la preparación preventiva y la intervención ante casos de desastre y la recuperación una vez ocurridos), a fin de contribuir al fortalecimiento de la capacidad de resiliencia y a la reducción de las pérdidas por desastres[4], En general, se interpreta que la gestión del riesgo de desastres incluye la gestión de desastres, por lo cual, en el presente informe, las referencias, por ejemplo, a los marcos de gestión del riesgo de desastres deben entenderse como referencias a los marcos de gestión del riesgo de desastres y/o de gestión de desastres.

La **reducción del riesgo de desastres tiene** como objetivo la prevención de nuevos desastres y la reducción de los existentes, así como la gestión del riesgo residual, todo lo cual contribuye a reforzar la capacidad de resiliencia y, por lo tanto, a la consecución del desarrollo sostenible[5],

Por **mapeos jurídicos de decretos de emergencia** se entiende la investigación documental a nivel de país encargada en el marco de la unidad de la Federación Internacional sobre derecho relativo a los desastres al comienzo de la pandemia de COVID-19, para representar de forma gráfica los instrumentos jurídicos (legislación, regulaciones, órdenes, decretos, etc.) introducidos por los Estados como parte de su intervención inmediata ante el brote de la pandemia, con inclusión de las restricciones de viaje, los toques de queda, etc. La utilización de estas representaciones gráficas se impuso, en particular, en el contexto de los componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Movimiento) que experimentaban dificultades operativas debido a las restricciones impuestas con motivo de la pandemia de COVID-19 y su efecto en las operaciones de los agentes de intervención de primera línea. La investigación se centró principalmente en la coordinación entre los diferentes agentes; los tipos de restricciones introducidas para frenar la propagación de la COVID-19; y las facilidades jurídicas necesarias para los agentes humanitarios, entre ellos, los del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Los mapeos jurídicos de los decretos de emergencia están disponibles en el sitio web de la Federación Internacional sobre derecho relativo a desastres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define **epidemia** como "la aparición en una comunidad o región de casos de una enfermedad, de un comportamiento específico relacionado con la salud o de otros acontecimientos relacionados con la salud que superan claramente las expectativas normales. La comunidad o región y el periodo en el que se producen los casos se especifican con precisión. El número de casos que indica la presencia de una epidemia varía según el agente, el tamaño y el tipo de población expuesta, la experiencia previa o la falta de exposición a la enfermedad, y el momento y el lugar en que se produce"[6].

La **red de la Federación Internacional** abarca a la secretaría de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y a sus 192 (ciento noventa y dos) Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que actúan a través de sus 14 millones de voluntarios de la comunidad.

Las **capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional** son las capacidades que exige el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 (en adelante, el Reglamento - RSI) a los Estados para prepararse e intervenir ante las emergencias de salud pública. Las obligaciones generales impuestas por ese Reglamento requieren a los Estados 1) desarrollar, reforzar y mantener la capacidad de detectar, evaluar, notificar y comunicar eventos de salud pública[7], y 2) desarrollar, reforzar y mantener la capacidad necesaria para responder con prontitud y eficacia a los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional (término definido por el RSI)[8]. En la sección A y la sección B del anexo 1 del Reglamento se establecen en detalle los requisitos básicos relacionados con la capacidad de vigilancia e intervención, así como en lo que respecta a los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados.

Las **facilidades jurídicas** son los derechos jurídicos especiales que se otorgan a una organización específica (o a una categoría de organizaciones) para permitirle llevar a cabo operaciones de manera eficiente y eficaz. Las facilidades jurídicas pueden adoptar la forma de derechos positivos (es decir, para hacer una cosa determinada), de acceso a procesos normativos simplificados y acelerados, o de exenciones a las leyes ordinarias.

Legislación, leyes, instrumentos, etc. El presente informe examina la función de la legislación en las emergencias de salud pública. Se trata principalmente de la **legislación** y/o los **instrumentos jurídicos** (leyes, ordenanzas, estatutos, reglamentos y órdenes, a menudo denominados ***"hard law"*** o **norma imperativa**) que crean el marco para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública. Sin embargo, muchos marcos de gestión del riesgo del riesgo de desastres o de emergencias de salud pública también incluyen políticas, planes y orientaciones que, aunque no son legislación propiamente dicha, a menudo pueden desempeñar un papel importante, y a veces pueden recibir la denominación de ***"soft law"*** o **normas indicativas**. Todos estos términos se utilizan indistintamente en la investigación y en las publicaciones.

El término **confinamiento** se utiliza para referirse a las diversas restricciones excepcionales y temporales que se han impuesto durante la pandemia de la COVID-19, en virtud de las cuales se ha prohibido o limitado la libertad de circulación y de reunión de las personas, y se ha exigido que las personas se pongan en cuarentena, permanezcan o se refugien en sus casas; o se han declarado toques de queda.

Por **desastre distinto de una emergencia de salud pública** se entiende cualquier tipo de catástrofe que no sea una emergencia de salud pública.

***"One Health"* (Una sola salud)** es un enfoque para la concepción y la ejecución de programas, políticas, legislaciones e investigaciones, en virtud del cual múltiples sectores -por ejemplo, la salud pública, la sanidad animal, la sanidad vegetal y el medio ambiente- se comunican y colaboran para lograr mejores resultados en materia de salud pública. Ese enfoque es especialmente pertinente en las esferas de trabajo de la seguridad alimentaria, el control de las zoonosis (enfermedades que pueden propagarse entre animales y humanos, como la gripe, la rabia y la fiebre del Valle del Rift) y la lucha contra la resistencia a los antibióticos (cuando las bacterias cambian tras ser expuestas a los antibióticos y se vuelven más difíciles de tratar)[9]

Por **pandemia** se entiende la propagación de una nueva enfermedad a nivel mundial[10] o "el brote de una enfermedad en seres humanos a nivel mundial, en cantidades claramente superiores a las normales"[11].

Por **emergencia de salud pública primaria** se entiende la emergencia de salud pública en que la causa directa o exclusiva de la emergencia es la amenaza para la salud.

La **salud pública** es la ciencia que se ocupa de la protección y la mejora de la salud de las personas y sus comunidades. Incluye la promoción de estilos de vida saludables, la investigación sobre la prevención de enfermedades y lesiones, y la detección, prevención e intervención en materia de enfermedades infecciosas. En general, la salud pública se ocupa de proteger la salud de poblaciones enteras, aunque estas poblaciones pueden ser tan pequeñas como un vecindario local, o tan grandes como un país entero o una región del mundo.

Las **emergencias de salud pública** constituyen una de las cuestiones examinadas en el presente informe, que procura dar una definición del concepto y, sobre todo, su aplicación en las legislaciones nacionales. Como punto de partida, se ha adoptado la definición de una emergencia de salud pública de la OMS, a saber, un evento o amenaza inminente de una enfermedad causada por bioterrorismo, una enfermedad epidémica o pandémica o una afección de salud, o un agente infeccioso o toxina biológica novedosos y altamente mortales, que plantea el riesgo sustancial de una gran cantidad de muertes de seres humanos, o incidentes o una discapacidad permanente o a largo plazo[12].

La **emergencia de salud pública de importancia internacional** es un concepto introducido por el Reglamento Sanitario Internacional y consiste en evento extraordinario que, según determine el director general de la OMS: i) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y ii) podría exigir una intervención internacional coordinada.

La expresión **gestión del riesgo de emergencias de salud pública** se utiliza en el presente informe para referirse específicamente al concepto de la gestión de las emergencias de salud pública. Aunque no es de uso común, el término se utiliza como medio para distinguir la gestión específica del riesgo de emergencias de salud pública de otros riesgos de desastre. Se pretende que, en este contexto, esa expresión tenga el mismo significado que la gestión del riesgo de desastres tiene en relación con los desastres. Por lo tanto, es un término general que abarca a todas las fases de la gestión de esos fenómenos, desde la reducción del riesgo hasta la preparación preventiva, la intervención y la recuperación. Sin embargo, como el concepto de gestión integrada de riesgos aún no está plenamente establecido en relación con las emergencias de salud pública y los marcos existentes en ese sentido tienden a dirigirse principalmente a la preparación o a la intervención, en muchos casos podría ser más exacto describir las disposiciones nacionales como **gestión de emergencias de salud pública**. No obstante, en este informe se utiliza la expresión "gestión del riesgo de emergencias de salud pública" para guardar la coherencia con la terminología más general de la Federación Internacional sobre desastres. También se considera que está más en consonancia con las aspiraciones de los Principios de Bangkok, de integrar la salud con leyes y/o políticas más amplias de reducción y gestión del riesgo de desastres.

Por **mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública** se entiende la investigación documental a nivel de país encargada en el contexto de la unidad sobre Derecho Relativo a Desastres entre agosto y noviembre de 2020, en relación con los marcos jurídicos e institucionales para las emergencias de salud pública y la función de la legislación en la mitigación de los efectos secundarios y las consecuencias para los grupos vulnerables.

Por **Estados de la muestra** se entiende los Estados de la muestra a los fines de un mapeo jurídico de los decretos sobre emergencias y de las emergencias de salud pública (aunque predominantemente se refiere a estas últimas).

Por **emergencia de salud pública secundaria** se entiende la emergencia de salud pública que deriva de otro desastre que no es una emergencia de salud pública, por ejemplo, un brote de cólera tras una inundación.

La expresión **desastre de evolución lenta** se utiliza para describir una catástrofe que surge gradualmente a lo largo del tiempo. Los desastres de evolución lenta pueden estar asociados, por ejemplo, con la sequía, la desertificación, la subida del nivel del mar o las enfermedades epidémicas.

Estados y países. Estos términos se utilizan indistintamente. El uso de un término sobre el otro no reviste importancia. Cuando en el informe se hace referencia a los estados dentro de un sistema federal, se aclara la distinción.

Estados de excepción es el término utilizado para describir colectivamente los estados de urgencia, los estados de desastre y los estados de emergencia de salud pública que pueden declararse o determinarse en respuesta a una emergencia de salud pública.

Un **desastre repentino** es una catástrofe provocada por un evento peligroso que surge de forma rápida o inesperada. Los desastres repentinos pueden estar asociados, por ejemplo, con un terremoto, una erupción volcánica, una inundación repentina, una explosión de productos químicos, un fallo de infraestructuras críticas o un accidente de transporte, pero también con epidemias cuando su aparición es repentina.

La **vulnerabilidad** se define como las condiciones determinadas por factores o procesos físicos, sociales, económicos y medioambientales que aumentan la susceptibilidad de un individuo, una comunidad, unos bienes o unos sistemas a los efectos de las amenazas[13].

Tayikistán, 2021. Voluntarios de la Media Luna Roja de Tayikistán distribuyen alimentos esenciales, como harina de trigo, aceite vegetal, azúcар, arroz, té y sal, a familias vulnerables afectadas por la pandemia de COVID-19.

© Media Luna Roja de Tayikistán.

SINOPSIS

SECCIÓN A INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y contexto

Este informe ha sido encargado en el marco de la unidad de Derecho Relativo a Desastres, de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (en adelante, Federación Internacional), como parte de un proyecto sobre derecho y emergencias de salud pública. El objetivo del proyecto es examinar la función de las normas jurídicas en la preparación preventiva ante este tipo de emergencias, y la intervención en caso de producirse, y proporcionar orientación, específicamente en relación con la ley y la política nacionales relativas a tales emergencias. El informe se basa en una investigación a nivel nacional sobre los mapeos jurídicos de: a) las medidas de emergencia adoptadas al inicio de la pandemia de COVID-19 en ciento trece (113) Estados (en adelante, mapeos jurídicos de decretos de emergencia); y b) los marcos jurídicos e institucionales para las emergencias de salud pública y el papel de las normas jurídicas en la mitigación de sus efectos (en adelante, mapeos jurídicos de emergencias de salud pública) en treinta y seis (36) Estados o jurisdicciones subnacionales dentro de los Estados federales (que en conjunto se denominarán Estados de la muestra). También se basa en el informe *El derecho y la preparación y respuesta ante los desastres: informe de síntesis multipaís* (**informe DPR**, por sus siglas en inglés). En el capítulo 1, sección 1.2, se ofrece información detallada sobre la metodología de la investigación en que se basa este informe.

El informe analiza las leyes y políticas nacionales vigentes en los Estados estudiados y ofrece recomendaciones en tres (3) ámbitos principales: 1) los marcos jurídicos e institucionales nacionales generales para las emergencias de salud pública (es decir, la estructura de la gestión del riesgo de este tipo de emergencias); 2) las medidas jurídicas para mitigar tanto sus efectos secundarios como sus consecuencias en los grupos vulnerables; y 3) las facilidades jurídicas para los agentes humanitarios durante tales emergencias. Las recomendaciones de este informe se formulan sobre la base de pruebas y buenas prácticas que se desprenden de los mapeos jurídicos de los decretos de emergencia y de las emergencias de salud pública, publicaciones, exámenes e investigaciones anteriores, y la experiencia y los conocimientos de la red de la Federación Internacional. Pretenden identificar las cuestiones jurídicas fundamentales que han tener en cuenta los responsables de la adopción de decisiones y ofrecer orientación general sobre la forma en que las leyes y políticas de salud pública pueden (al igual que las normas jurídicas más generales en casos de desastre) sustentar los componentes esenciales para una preparación preventiva y una intervención eficaces y equitativas.

2. Emergencias de salud pública

Aunque existen diferentes definiciones para este tipo de emergencias, el proyecto adopta la definición de "emergencias de salud pública" utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a saber, un evento o amenaza inminente de una enfermedad causada por bioterrorismo, una enfermedad epidémica o pandémica o una afección de salud, o un agente infeccioso o toxina biológica novedosos y altamente mortales que plantea el riesgo sustancial de una gran cantidad de muertes de seres humanos, o incidentes o una discapacidad permanente o a largo plazo.

Otro término clave a efectos de este informe es el de "emergencia de salud pública de importancia internacional", que se define en el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 (en adelante, **RSI**, o "**Reglamento**") como "un evento extraordinario que se ha determinado [por el director general de la OMS] que: i) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y ii) podría exigir una respuesta internacional coordinada". Los Estados deben notificar a la OMS los hechos que constituyan o puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, y la declaración de tal emergencia por parte de la OMS puede dar lugar a la formulación de recomendaciones temporales a los Estados.

Una emergencia de salud pública a nivel nacional puede tener o llegar a tener importancia internacional, pero en muchos casos ello no ocurrirá, pese a que incluso los brotes relativamente pequeños pueden tener consecuencias sanitarias y económicas devastadoras para los afectados. Por lo tanto, aunque es importante que los Estados aborden las emergencias de importancia internacional en su legislación, los marcos nacionales de gestión del riesgo de emergencias de salud pública deben contemplar todos los niveles y variedades de emergencias. Además, si bien el número, la frecuencia y la diversidad en aumento de los brotes de enfermedades zoonóticas constituyen una importante amenaza para la salud pública, es necesario abordar muchos otros riesgos, en particular, el bioterrorismo y aquellos que emergen lentamente, como la resistencia a los antimicrobianos.

SECCIÓN B MARCOS JURÍDICOS E INSTITUCIONALES SOBRE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

3. Marcos jurídicos e institucionales a nivel mundial

Contexto mundial

Si bien el objetivo principal de este informe es analizar los marcos jurídicos e institucionales nacionales sobre las emergencias de salud pública, cabe mencionar que tales marcos se establecen en el contexto de una serie de instrumentos internacionales que los rigen, en particular el Reglamento Sanitario Internacional.

Además del Reglamento, existen varios instrumentos internacionales que son pertinentes para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública. Si bien la cuestión de los riesgos y efectos en la salud pública no constituye el objetivo principal del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 (en adelante, **marco de Sendai**) esa cuestión aparece en muchas de sus metas mundiales y prioridades de acción. Ello se complementa con los Principios de Bangkok para la implementación de los aspectos de salud del Marco de Sendai (en adelante, **principios de Bangkok**), que fomentan la cooperación, la integración y la coherencia sistemáticas entre la gestión de los riesgos de desastres y los riesgos de salud. Una mejor gestión del riesgo de emergencias de salud pública es esencial para alcanzar el objetivo de desarrollo sostenible 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades) y es intrínseco a la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial. La amenaza que suponen estas emergencias y la función que pueden desempeñar las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en la preparación preventiva y la intervención han sido objeto de resoluciones de la Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en particular la resolución 3 de la XXXIII Conferencia Internacional.

El Reglamento Sanitario Internacional y el Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias reconocen la importancia de los acuerdos regionales para mejorar la gestión del riesgo de emergencias de salud pública a nivel nacional, y los acuerdos sobre gestión genérica del riesgo de desastres están bastante desarrollados, pero no obstante, en la actualidad hay relativamente pocos acuerdos sobre gestión del riesgo de emergencias de salud pública.

Reglamento Sanitario Internacional de 2005

El instrumento internacional más importante para las emergencias de salud pública es el Reglamento Sanitario Internacional, un tratado internacional jurídicamente vinculante para sus ciento noventa y seis (196) Estados miembros. El RSI proporciona un marco general que define los derechos y las obligaciones de los Estados en relación con la gestión de eventos y emergencias de salud pública que puedan trascender las fronteras. En lo que se refiere más concretamente a este informe, el Reglamento impone a los Estados la obligación de generar, reforzar y mantener capacidades básicas, entre ellas: 1) la capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos de salud pública e informar sobre ellos; y 2) la capacidad de intervenir rápida y eficazmente ante los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional. El instrumento también exige a los Estados que: 1) designen o establezcan un centro nacional de enlace a los fines de su aplicación; 2) garanticen el mantenimiento de acuerdos eficaces para imprevistos que permitan hacer frente a un evento de salud pública inesperado; y 3) velen por que las autoridades competentes se comuniquen con el centro nacional de enlace sobre las medidas de salud pública pertinentes adoptadas.

Incidencia del Reglamento Sanitario Internacional en los marcos nacionales sobre emergencias de salud pública

Lamentablemente, una serie de exámenes llevados a cabo entre 2011 y 2016 en virtud del Reglamento Sanitario Internacional o a instancias de la OMS (así como otras publicaciones) ponen de manifiesto un incumplimiento generalizado de los requisitos de capacidades básicas exigidas por el Reglamento por parte de los Estados. Además, el Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias constató en 2016 que el mecanismo de supervisión del cumplimiento de esas capacidades básicas es deficiente, y que la falta de evaluaciones independientes del cumplimiento afecta los esfuerzos internacionales para apoyar a los países más vulnerables en la puesta en práctica de las capacidades.

A raíz de estos hallazgos, la OMS introdujo una serie de iniciativas dentro de su marco de seguimiento y evaluación del Reglamento Sanitario Internacional, entre las que se incluyen presentación de informes anuales, evaluaciones externas conjuntas, ejercicios de simulación y un examen posterior a la acción. La evaluación externa conjunta, en particular, aporta considerables ventajas eventuales. Los Estados que han llevado a cabo este tipo de evaluaciones por lo general

República Democrática del Congo, 2018. El brote de ébola de 2018 fue muy complejo. Se desarrolló en una región afectada por un conflicto de dos décadas que ha cobrado innumerables vidas y ha privado a millones de personas de los servicios más básicos. Más de dos millones de personas fueron examinadas en diversos centros de prevención y control de infecciones. El uso de equipos de protección puede parecer intimidante para las comunidades. Los voluntarios escriben sus nombres para que la gente pueda identificarse con alguien detrás de las máscaras. © FICR / Corrie Butler

han adoptado medidas concretas para subsanar las deficiencias en la aplicación del RSI, como elaborar planes de acción nacionales para la seguridad sanitaria (NAPHS, por sus siglas en inglés). Sin embargo, las evaluaciones externas conjuntas son voluntarias, y los Estados no tienen la obligación de aplicar sus conclusiones. Además, no está claro que los equipos de evaluaciones puedan obtener las contribuciones de todos los agentes y partes interesadas pertinentes, y es posible que en tales evaluaciones no se tengan en cuenta los acuerdos más amplios de los Estados en materia de gestión del riesgo de desastres, ni el nivel de coordinación e integración entre los marcos y agentes de las emergencias de salud pública y los de la gestión del riesgo de desastres. Se podría reforzar la aplicación del Reglamento a nivel nacional imponiendo la obligatoriedad de las evaluaciones externas conjuntas (u otro proceso de evaluación externa), para garantizar de ese modo la contribución de todos los agentes y partes interesadas pertinentes en esa evaluación y exigir la elaboración y aplicación de planes tras ese ejercicio.

A nivel nacional se podría mejorar la aplicación del Reglamento mediante el establecimiento por los Estados de comités que supervisen su aplicación y seguimiento, y a través de disposiciones integradas en su legislación nacional que contemplen la constitución de un centro nacional de enlace del RSI y la designación de sus funciones. Se podría lograr una mayor vigilancia y transparencia en la aplicación del instrumento a nivel nacional con la exigencia de que los Estados envíen a la OMS ejemplares de las leyes y/o políticas de aplicación, y a su vez la OMS pusiera esos instrumentos a disposición del público en línea. Por último, cabría incluir con mayor regularidad en la labor de las redes pertinentes, como la plataforma temática de la OMS para la gestión del riesgo de desastres en el ámbito de la salud (EDRM, por sus siglas en inglés) los aspectos jurídicos de estas emergencias y las capacidades básicas que establece el Reglamento Sanitario Internacional.

En su versión actual, el Reglamento solo contempla la notificación o la declaración de una alerta temprana a la OMS u otros Estados. No prevé notificar o comunicar la alerta temprana a los agentes principales o a la población en general del Estado afectado. Tal vez, en parte a raíz de ello, las leyes nacionales sobre emergencias de salud pública rara vez mencionan expresamente la vigilancia y la alerta temprana. Por lo tanto, hay margen para mejorar la notificación y las condiciones relativas a las alertas tempranas, mediante enmiendas tanto al propio Reglamento como a la legislación nacional.

4. Marcos jurídicos e institucionales sobre emergencias de salud pública a nivel nacional

Un marco de gestión de riesgos para emergencias de salud pública (al igual que los marcos genéricos de gestión del riesgo de desastres) será eficaz si es exhaustivo. Debe abarcar colectivamente todas las jurisdicciones (nacionales y subnacionales), todos los tipos de amenazas para la salud pública, todas las funciones (políticas, operativas, de seguimiento y evaluación, etc.) y todas las etapas (reducción del riesgo, preparación preventiva, intervención y recuperación). Además, es fundamental que las funciones de los diferentes agentes estén claras, para evitar confusiones y retrasos innecesarios, especialmente cuando es necesario prestar asistencia inmediata para salvar vidas. En consonancia con los enfoques que integran al conjunto de la sociedad y del gobierno y de "Una sola salud", los mecanismos de coordinación deben incluir a todos los agentes y partes interesadas pertinentes. Así pues, habida cuenta de la gran cantidad de agentes y partes interesadas que pueden verse afectados por una emergencia de salud pública, y de la necesidad de planificar para la contingencia e intervenir cuando se produce, es esencial contemplar un marco integral y que abarque a todos.

Integración

Una de las tareas de este informe es examinar el grado en que la gestión del riesgo de emergencias de salud pública está separada o forma parte de los marcos más amplios de la gestión del riesgo de desastres. Se trata, en parte, de comprender en qué medida se aplican actualmente las recomendaciones de los principios de Bangkok, que sugieren una mayor integración de los marcos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública con los de gestión del riesgo de desastres.

Los mapeos jurídicos de las emergencias de salud pública ponen de manifiesto que el marco, las funciones y las atribuciones establecidas para la gestión del riesgo de estas emergencias derivan de tres (3) grandes categorías de ley y/o políticas: las normas jurídicas y/o políticas sobre salud pública o emergencias de salud pública; las normas jurídicas y/o políticas de gestión del riesgo de desastres; y las normas jurídicas que permiten y rigen los estados de excepción, principalmente los estados de urgencia. A su vez, hay tres (3) grandes categorías de marcos sobre gestión del riesgo de emergencias de salud pública:

1. marcos basados únicamente en la legislación sobre salud pública o emergencias de salud pública, o los basados únicamente en esa legislación, pero con posibilidad de recurrir a la legislación relativa a la gestión del riesgo de desastres o a los estados de urgencia en circunstancias extremas (en adelante, marcos con énfasis en emergencias de salud pública);
2. marcos basados principalmente en la legislación sobre emergencias de salud pública, pero con el apoyo y complemento, en menor o mayor medida, de la legislación sobre gestión del riesgo de desastres o estados de urgencia (en adelante, marcos híbridos o combinados); y
3. marcos basados únicamente en la legislación sobre la gestión del riesgo de desastres (en adelante, marcos con énfasis en gestión del riesgo de desastres).

En general, los mapeos jurídicos de las emergencias de salud pública indican que los marcos híbridos son los más habituales. En la mayoría de los casos, la legislación sobre salud pública o emergencias de salud pública identifica a la autoridad principal (generalmente el ministro o el ministerio de sanidad) y establece las atribuciones y sistemas de control que se utilizarán en una emergencia (como la capacidad de atribuir o ejercer poderes de emergencia, imponer cuarentenas, etc.). En cambio, en la legislación o las orientaciones sobre gestión del riesgo de desastres se suele solicitar a los agentes que se preparen para una emergencia o establezcan acuerdos de coordinación. Por lo tanto, no hay muchos elementos que atestigüen de una plena integración de las leyes de gestión del riesgo de emergencias de salud pública con las de gestión del riesgo de desastres. En cambio, hay mayores indicios de una integración a nivel de políticas y planificación mediante la aprobación de políticas y planes que abordan realmente todas las amenazas, aunque esta afirmación no es en absoluto universal.

Si bien se ha determinado la necesidad de mejorar la integración y la cohesión entre la gestión del riesgo de emergencias de salud pública y la gestión del riesgo de desastres (sobre la que se insiste en este informe), todavía no se ha definido un enfoque común sobre la forma exacta de lograrlo. Por supuesto, podría conseguirse a través de una legislación única sobre gestión del riesgo de desastres, que regule todas las amenazas y todos los tipos de desastres, con inclusión de las emergencias de salud pública. Sin embargo, los principios de Bangkok no imponen este enfoque, y no hay indicios (al menos en la actualidad) que sugiera que este tipo de marco sea *necesariamente* más eficaz que otros. A falta de esas pruebas, puede afirmarse en cambio que, con independencia del tipo de marco que se adopte, la integración requiere que no haya deficiencias, conflictos, incoherencias o duplicaciones innecesarias entre las atribuciones, las funciones, las responsabilidades y otras disposiciones establecidas por los instrumentos propios

de las emergencias de salud pública y la gestión del riesgo de desastres. El hecho de que los marcos híbridos parezcan ser el tipo de acuerdo más común subraya la importancia de llevar a cabo exámenes para identificar esos problemas en caso de que existan y, en caso afirmativo, la manera de resolverlos para lograr una mayor integración.

Mandatos para la gestión de emergencias de salud pública en el derecho interno

En los últimos años muchos Estados de la muestra han introducido leyes que reconocen los tipos de riesgo para la salud pública que pueden surgir en la actualidad (por ejemplo, el bioterrorismo y la resistencia a los antimicrobianos) y aplican conceptos modernos de gestión del riesgo de desastres, pero muchos otros no lo han hecho. Sigue estando generalizada la utilización de legislación relativamente desactualizada. Ello puede conllevar dos consecuencias: 1) que la legislación no aplique un enfoque de todos los riesgos para la salud pública y que la autoridad para intervenir ante una emergencia esté excesivamente restringida, y se aplique solo a una lista taxativa de enfermedades (de las cuales es posible que algunas ya no sean prevalentes); y 2) que la legislación no prevea el ciclo continuo de la gestión del riesgo en su totalidad, y sobre todo que no se incluyan las fases de reducción del riesgo y de recuperación. Por lo tanto, muchos Estados deben revisar y actualizar su legislación para asegurarse de que es adecuada a las exigencias de la vida moderna.

En general, de los mapeos jurídicos se desprenden pocas pruebas de que los marcos de los Estados sobre gestión del riesgo contemplen todas las fases de una emergencia de salud pública (es decir, reducción del riesgo, intervención, preparación y recuperación). Como se prevé que estas emergencias ocurran cada vez con mayor frecuencia, es necesario subrayar la importancia de incluir la reducción del riesgo como parte de los marcos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública, teniendo en cuenta algunos avances, como el enfoque “Una sola salud”.

Coordinación y dirección

El informe DPR señala la coordinación inadecuada como un problema grave en las operaciones internacionales y nacionales de intervención en casos de desastre, y a nivel nacional pone de relieve 1) las deficiencias de coordinación entre los organismos sectoriales y/o los diferentes niveles de gobierno; y 2) los problemas de coordinación entre los agentes de organismos estatales y de organismos no gubernamentales, incluidos los internacionales. Lamentablemente, los mapeos jurídicos emergencias de salud pública muestran un posible panorama similar en relación con la coordinación de esas emergencias.

Aunque esos mapeos jurídicos identifican una amplia gama de mecanismos de coordinación de las emergencias de salud pública, a la hora de la preparación para esas emergencias y la intervención cuando se producen, la mayoría de los Estados de la muestra recurren al uso de los mecanismos permanentes de coordinación para la gestión del riesgo de desastres. Estos mecanismos pueden no siempre estar concebidos para abordar las necesidades particulares de coordinación en las emergencias de salud pública, como la participación de una mayor diversidad de agentes y partes interesadas. Sin embargo, por otro lado, el uso de los mecanismos existentes de gestión del riesgo de desastres evita la duplicación y puede promover una mejor integración y entendimiento. En general, la clave es que, independientemente del tipo de mecanismos de coordinación que se establezcan, estos estén claramente indicados en la ley y/o la política, incluyan a todos los agentes fundamentales y sean bien comprendidos por esos agentes.

Los mapeos jurídicos identifican una variedad de acuerdos para la dirección de una intervención ante emergencias de salud pública. Esta dirección puede tener varios aspectos, por ejemplo: dirección jurídica, dirección operativa y dirección política. La dirección también puede ser conjunta o colegiada. En la mayoría de los Estados de la muestra, la dirección jurídica de la intervención es responsabilidad del ministro de salud o del ministerio de salud. Sin embargo, puede surgir incertidumbre cuando, por ejemplo, se despliegan autoridades paralelas en el marco de estados de urgencia, o cuando la dirección política se superpone y/o entra en conflicto con la autoridad judicial. Por esta razón, es esencial que las disposiciones de dirección estén claramente identificadas en la ley y/o la política (incluso las relativas a las funciones que constituyen la responsabilidad principal de los agentes y las circunstancias en que emergen esas responsabilidades).

Participación y representación

El marco de Sendai fomenta un enfoque de la gestión del riesgo de desastres que abarca a todo el Estado y toda la sociedad y facilita la participación de todas las partes interesadas. La pandemia de COVID-19 ha demostrado que una emergencia de salud pública a gran escala puede afectar prácticamente a todos los niveles de gobierno, a todos los sectores, a todas las regiones, a todas las comunidades y a todos los individuos, o requerir una acción de su parte. Por lo tanto, podría decirse que el enfoque de todo el gobierno y toda la sociedad es aún más esencial con respecto a estas emergencias que para otros tipos de desastres.

Lamentablemente, los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública indican que todavía no existe ningún enfoque de gestión del riesgo de esas emergencias que abarque a todo el Estado y a toda la sociedad. La mayoría de los Estados poseen leyes y políticas que permiten la participación de elementos dentro del gobierno y de las autoridades públicas. Sin embargo, la atención se centra en los departamentos y organismos que puedan desempeñar funciones en la preparación e intervención ante desastres no vinculados con las emergencias de salud pública. Como ha demostrado la pandemia de COVID-19, suponer que solo estos departamentos y organismos participarán en una emergencia de salud pública puede llevar a la omisión de agentes esenciales.

Más preocupante es que de los marcos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública mencionados en los mapeos jurídicos se desprenden pocas pruebas de la posibilidad de que otras partes interesadas que no pertenecen al gobierno participen en medidas de preparación e intervención ante esas emergencias. Al igual que en otros desastres, la participación de la comunidad es importante y, en particular, puede mejorar tanto la supervisión (es decir, la identificación temprana de los brotes) como la comunicación de información sobre salud pública. Procedería también incluir en la gestión del riesgo de emergencias de salud pública a los siguientes grupos, sectores e intereses: los agentes que intervienen en el programa "Una sola salud"; los agentes de programas de cooperación para el desarrollo; los proveedores de asistencia sanitaria y social (especialmente los que no pertenecen al sector estatal); las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y otras organizaciones humanitarias; los establecimientos escolares y sus autoridades; el sector financiero; y los fabricantes y proveedores de bienes y equipos esenciales.

Preparación para emergencias de salud pública: planificación para contingencias

Los mapeos jurídicos de las emergencias de salud pública indica que las leyes y las políticas en general contemplan la preparación preventiva, que frecuentemente se encuentra en los marcos más genéricos sobre gestión del riesgo de desastres y no en los instrumentos específicos de salud pública. No obstante, muchos Estados podrían mejorar sus disposiciones de preparación preventiva estableciendo requisitos más claros y detallados sobre la planificación para contingencias en caso de emergencias de salud pública.

Integración de la comprensión y el aprendizaje de enseñanzas

Un requisito fundamental de cualquier marco de gestión del riesgo de emergencias de salud pública es que sus usuarios entiendan su contenido, su funcionamiento y los papeles, las responsabilidades y las expectativas de cada agente y cada participante. En algunos casos Los mapeos jurídicos indican que los Estados que habían realizado ejercicios estaban mejor preparados para la pandemia de COVID-19. De hecho, las comunidades deben ser conscientes de los riesgos de emergencias sanitarias para poder reconocer esos riesgos, prepararse mejor e intervenir en caso de que se produzcan. La formación y los ejercicios de simulación también pueden ayudar a preparar a las comunidades para las restricciones que pueden ser necesarias.

También es importante extraer enseñanzas durante y después de las emergencias, y llevar a cabo exámenes periódicos para garantizar que el marco sobre gestión del riesgo de emergencias de salud pública aborde las amenazas nuevas o incipientes que puedan aparecer en ese ámbito. Sin embargo, sobre la base de los mapeos jurídicos, no es evidente que habitualmente se imponga un examen periódico para detectar riesgos nuevos o emergentes. Por lo tanto, los Estados deberían considerar la introducción de alguna forma de proceso continuo de "aprendizaje de enseñanzas" y exámenes periódicos. Las enseñanzas sobre cuestiones jurídicas extraídos de las emergencias anteriores son tan importantes como las enseñanzas extraídas en el plano operativo. Habida cuenta del gran número de juristas y asesores legales que adquirieron experiencia en la redacción de legislación de emergencia durante la pandemia de COVID-19, se presenta la oportunidad de crear redes nacionales de juristas para seguir desarrollando conocimientos y competencias jurídicos en materia de emergencias de salud pública.

5. Estados de excepción y atribuciones de urgencia durante una emergencia de salud pública

Origen y naturaleza de los estados de excepción y las atribuciones de emergencia

Un mecanismo habitual para iniciar la intervención en casos de desastre consiste en declarar el estado de urgencia o el estado de desastre. En general, los estados de urgencia están concebidos para situaciones extremas e imprevisibles que ponen a prueba fundamentalmente el ordenamiento jurídico vigente, como una guerra civil o disturbios civiles generalizados, aunque pueden estar formulados de forma suficientemente amplia como para aplicarse a cualquier tipo de desastre, incluidas las emergencias de salud pública. El efecto de la declaración del estado de urgencia es, por lo general, centralizar la adopción de decisiones y permitir el ejercicio de atribuciones extraordinarias, eventualmente

extralegales, por parte del gobierno o de las autoridades públicas. Por el contrario, los estados de desastre suelen estar recogidos en la legislación sobre gestión del riesgo de desastres, y la responsabilidad de declararlos puede recaer en funcionarios de niveles inferiores del gobierno. El efecto de la declaración del estado de desastre suele ser la activación de planes de gestión de desastres y el establecimiento de acuerdos de gobierno y atribuciones gubernamentales especiales que no se darían en otras circunstancias, como las atribuciones para ordenar la evacuación de personas.

Los mapeos jurídicos indican que en caso de emergencias de salud pública pueden utilizarse tanto los estados de urgencia como los estados de desastre. Además, en la mayoría de los Estados de la muestra los gobiernos también pueden declarar o determinar estados de emergencia de salud pública, que activan atribuciones específicamente concebidas para tratar este tipo de fenómenos. En los casos en que la legislación nacional prevé estados de emergencia de salud pública, estos tienden a ser similares a los estados de desastre en cuanto a sus características y sus efectos. La autoridad para declarar un estado de emergencia de salud pública, o las circunstancias que activan las atribuciones de emergencia en tal ocasión, suele encontrarse en la legislación relativa a este tipo de emergencias. En este informe, los estados de urgencia, los estados de desastre y los estados de emergencias de salud pública se denominan colectivamente estados de excepción.

Los riesgos de recurrir en exceso a los estados de urgencia (en contraposición a los estados de desastre o de emergencia de salud pública, que son más limitados o son objeto de una enunciación detallada) pueden ser tanto de orden jurídico como práctico. Los riesgos jurídicos son obvios: la activación de poderes de urgencia innecesarios, ilimitados o desproporcionados, que pueden ejercerse sin vigilancia (o con una vigilancia mínima) y dar lugar a la violación de derechos. El uso de los estados de urgencia también puede tener un efecto perjudicial para la eficacia operativa si se introducen disposiciones excepcionales que implican a nuevos agentes o a agentes con funciones poco conocidas. Por esta razón, se debería preferir el uso de estados de desastre o estados de emergencia de salud pública, aunque los estados de urgencia (y las atribuciones y medidas más excepcionales que se derivan) pueden ser necesarios en determinadas ocasiones.

Responsables de la declaración del estado de excepción

Los mapeos jurídicos indican que, cuando la legislación específica contempla la declaración de un estado de emergencia de salud pública o la atribución de los correspondientes poderes de emergencia, la responsabilidad normalmente se establece de forma expresa y suele recaer en agentes del sector sanitario. En la mayoría de los casos, se asigna a una persona determinada (generalmente el ministro de salud o un alto funcionario de ese ministerio) la responsabilidad de declarar ese un estado de emergencia o determinar si existen motivos para hacerlo. También suele indicar con una certeza similar al responsable de declarar el estado de urgencia. Sin embargo, en una emergencia de salud pública, el funcionario responsable de activar el estado de excepción puede verse a su vez afectado por la amenaza sanitaria correspondiente. Por lo tanto, es importante establecer una línea jerárquica de funcionarios autorizados para formular esa declaración o determinación, en caso de que el funcionario nombrado no esté en condiciones de hacerlo.

En varios Estados de la muestra, solo se puede declarar un estado de excepción si se ha consultado a determinados agentes gubernamentales o se ha recabado su acuerdo; estos pueden ser ministerios, organismos sectoriales o gobiernos subnacionales. Este tipo de requisito constituye una buena práctica porque permite: 1) impedir la concentración de poder en manos de una sola persona o entidad; 2) preservar la autonomía de las jurisdicciones subnacionales; y 3) dar la debida importancia a los conocimientos especializados de los organismos sectoriales pertinentes.

Activación y sincronización de los estados de excepción y de las atribuciones de emergencia

Como se reconoce en el informe DPR, es fundamental que la ley establezca claramente los motivos jurídicos para la declaración de los estados de excepción o la determinación de su conveniencia, así como la activación de las atribuciones de emergencia. La cuestión del momento de la activación es muy importante. Los mapeos jurídicos indican que la legislación de muchos Estados prevé actualmente la instauración de una emergencia de salud pública a título preventivo, es decir la posibilidad de declarar el estado de excepción o la determinación de la conveniencia de hacerlo, cuando se presente una amenaza inminente. Otros Estados, sin embargo, todavía se basan en modalidades reactivas, que requieren que para activar las atribuciones de emergencia ya se haya materializado en cierto grado un riesgo para la salud pública. Puede no ser fácil determinar el momento preciso de activación. Si las modalidades son reactivas, es posible que en el momento de la declaración ya no haya cabida para adoptar determinadas medidas preventivas o preparatorias; si las modalidades de activación son preventivas, puede ocurrir que los poderes de emergencia se utilicen demasiado pronto o innecesariamente. No obstante, la rapidez con la que se ha propagado la COVID-19, tanto a nivel internacional como nacional, respalda la opinión de que la ley debería contener modalidades

de activación preventivas que permitan un apreciado buen comienzo para la intervención en este tipo de emergencias. Con los controles adecuados, la capacidad de declarar y determinar la conveniencia de los estados de excepción de forma preventiva debería formar parte del arsenal de un Estado contra las amenazas graves para la salud pública.

Características de las atribuciones y las medidas de emergencia

Las atribuciones de emergencia que pueden ejercitarse ante una emergencia de salud pública se dividen en dos (2) grandes categorías: 1) las atribuciones legislativas de emergencia, que suelen conferir al ejecutivo la capacidad de legislar (mediante decretos, órdenes o reglamentos); y/o 2) las atribuciones ejecutivas de emergencia, que permiten a las autoridades adoptar medidas que de otro modo no serían legales (por ejemplo, ordenar la evacuación, confiscar bienes o restringir la circulación). Todos los Estados de la muestra aplicaron algún tipo de atribuciones de emergencia para intervenir ante la pandemia de COVID-19. En algunos casos, se utilizaron atribuciones legislativas de emergencia para establecer nuevos poderes de emergencia. Sin embargo, en la mayoría de los casos, las atribuciones de emergencia utilizadas ya estaban previstas en mayor o menor medida en la legislación existente. En general, aunque puede ser conveniente disponer de atribuciones más amplias cuando la emergencia de salud pública sea grave, es preferible que la ley establezca claramente las atribuciones de emergencia disponibles mediante una lista predeterminada, precisa y exhaustiva.

Incidencia de los estados de excepción y las atribuciones de emergencia en los derechos humanos

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto que las intervenciones nacionales ante una emergencia de salud pública pueden implicar la introducción de medidas que tengan consecuencias en los derechos humanos, como las restricciones a la libertad de circulación y de reunión, los toques de queda, el cierre obligatorio de negocios y escuelas, la cuarentena y el distanciamiento social o autoaislamiento obligatorios de los más expuestos. En principio, la mayoría de los instrumentos de derechos humanos permiten que los Estados limiten algunos de esos derechos a fin de adoptar medidas frente a amenazas graves para la salud de la población o de sus individuos. Sin embargo, esto no da a los Estados la posibilidad de alegar motivos de salud para hacer lo que deseen. Las limitaciones a los derechos humanos deben ser necesarias, proporcionadas y estar previstas en la ley.

Salvaguardias y supervisión durante los estados de excepción

Es bastante indiscutible que la declaración de un estado de excepción o la determinación de su existencia, así como el uso de atribuciones de emergencia, deben estar sujetos a salvaguardias, concretamente en forma de supervisión legislativa y/o judicial. En relación con la supervisión legislativa, según un argumento razonable, durante una emergencia de salud pública que evoluciona rápidamente es más adecuado aprobar medidas ejecutivas después de que se haya producido, y no antes. Los mapeos jurídicos indican que este enfoque, que implica la ratificación de la medida ejecutiva por el poder legislativo a posteriori, ya es el más común entre los Estados de la muestra. No se formulan comentarios específicos sobre la supervisión judicial, aunque, con una excepción, tampoco indican que se haya excluido. Además de la supervisión legislativa y judicial, durante una emergencia se podría fomentar el examen de una medida ejecutiva mediante el ejercicio de transparencia, por ejemplo, la exigencia de que los estados de excepción y las medidas de emergencia se notifiquen al mayor número posible de personas, y no solo mediante un registro público de leyes.

Langfang, China, 2020. Los voluntarios del servicio de rescate de emergencia de la Cruz Roja participan en acciones de prevención y eliminación de epidemias.
© Sociedad de la Cruz Roja de China

SECCIÓN C FUNCIÓN DEL DERECHO EN LA MITIGACIÓN DE LA INCIDENCIA DE LAS EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA EN LOS GRUPOS VULNERABLES Y EFECTOS SECUNDARIOS DE ESAS EMERGENCIAS

6. Incidencia de las emergencias de salud pública en la movilidad humana y la migración

Movilidad humana en general

Todos los desastres pueden incidir en la movilidad humana, lo que a menudo se traduce en desplazamientos forzados de población y, en algunos casos, reubicaciones planificadas. Como ocurre en otros tipos de desastres, una emergencia de salud pública puede provocar desplazamientos físicos. El miedo al contagio o el deseo de evitar las restricciones de confinamiento pueden impulsar los desplazamientos internos e internacionales. Sin embargo, estas emergencias pueden afectar a la movilidad de forma muy diferente a otros tipos de desastres. En particular, como ha demostrado la pandemia de COVID-19, las restricciones impuestas para evitar la propagación de la enfermedad pueden generar lo contrario del desplazamiento forzado, es decir, la inmovilidad forzada.

Cierre de fronteras

La inmovilidad forzada fue una de las principales consecuencias del cierre de fronteras y de las restricciones de viaje adoptadas por casi todos los Estados de la muestra. Estas medidas se aplicaron durante la intervención con motivo de la pandemia de COVID-19, a pesar de que las recomendaciones temporales del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS las desaconsejaban. Podían, además, infringir eventualmente obligaciones internacionales más amplias. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en particular, establece que las personas deben tener derecho a salir libremente de cualquier país, incluso del propio, y nadie podrá ser privado arbitrariamente del derecho a entrar en su propio país. El cierre de fronteras y las restricciones de viaje pueden constituir un medio razonable para prevenir la propagación de la enfermedad, especialmente en las primeras etapas de un brote, pero esas medidas deben 1) ser necesarias y proporcionadas para combatir la amenaza para la salud pública; 2) tener una duración determinada; 3) estar previstas en la ley; y 4) ajustarse a las obligaciones impuestas en virtud del derecho internacional.

Los cierres de fronteras y las restricciones de viaje impuestos durante la COVID-19 tuvieron una incidencia negativa en muchos migrantes y trabajadores expatriados que deseaban regresar a sus hogares. De los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública se desprende que, en la mayoría de los casos, los ciudadanos o residentes permanentes quedaron exentos de las restricciones fronterizas y se les permitió la entrada, pero en algunos casos, las restricciones a los viajes al exterior y los impedimentos prácticos (por ejemplo, la falta de vuelos comerciales) complicaron la situación. Otro grupo muy afectado son los aproximadamente 200 000 trabajadores de mar que siguen atrapados a bordo de buques debido a las restricciones fronterizas. Sin embargo, se puso de manifiesto que varios Estados ofrecieron asistencia positiva a las personas que deseaban ser repatriadas. Es probable que este tipo de problemas surjan durante futuros brotes de nuevas enfermedades, por lo que es preciso abordarlos en las leyes, políticas y planes aplicables a las emergencias de salud pública.

Refugiados y solicitantes de asilo

Los mapeos jurídicos informan específicamente sobre los problemas que se plantearon a los refugiados y los solicitantes de asilo durante la pandemia de COVID-19. Se identificaron dos cuestiones principales: 1) si como parte de los cierres de fronteras y las restricciones de viaje se prohibió la entrada de refugiados y solicitantes de asilo y/o se forzó su retorno; y 2) si se siguieron tramitando las solicitudes de asilo. Con respecto a la primera cuestión, al inicio de la pandemia de COVID-19, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) estimó que, de los ciento veintitrés (123) Estados que habían cerrado total o parcialmente sus fronteras, treinta (30) no habían hecho ninguna excepción para los solicitantes de asilo. Los mapeos jurídicos indican que varios de los Estados de la muestra preveían excepciones por "razones humanitarias" que, aunque no se refieren específicamente los solicitantes de asilo y los refugiados, podrían aplicarse. Con respecto a la segunda cuestión, en la mayoría de los Estados de la muestra se informa de que las leyes que rigen a los refugiados y a los solicitantes de asilo siguen en vigor y se aplican, aunque habría algunos retrasos en la tramitación de las solicitudes de asilo.

7. Alojamiento provisional y vivienda

en comparación con otros tipos de desastres, las emergencias de salud pública plantean cuestiones bastante diferentes en relación con la vivienda y los refugios provisionales, principalmente porque no conllevan tanta destrucción física. Como se demostró en la pandemia de COVID-19, durante las emergencias sanitarias prevalecen dos (2) tipos de preocupaciones. En primer lugar, las personas sin hogar pueden estar expuestas a un riesgo especial, por ejemplo, porque no tienen acceso a instalaciones de higiene, tratamiento o asistencia. En segundo lugar, los efectos secundarios de una emergencia de este tipo en la actividad económica y los medios de vida pueden incrementar el número de personas en riesgo de perder su vivienda.

Carencia de hogar y personas sin techo

Durante la pandemia de COVID-19 la mayoría de los Estados de la muestra introdujeron medidas para ofrecer alojamiento y/o brindar mejores condiciones de saneamiento a las personas sin hogar. Para lograrlo, esos Estados introdujeron nuevas iniciativas o programas o se basaron en los ya existentes; la promulgación de leyes fue poco común. Un aspecto positivo fue que algunos Estados conciliaron la necesidad de encontrar alojamiento (a los fines del autoaislamiento o el distanciamiento social efectivo) con los planes a más largo plazo para reducir la cantidad de personas sin hogar. La forma de apoyo más habitual fue en forma de asesoramiento selectivo y acceso a medidas sanitarias. Sin embargo, la mayoría de las medidas adoptadas fueron reactivas, aunque se basaran en iniciativas preexistentes. Dado que ahora se conocen los efectos eventuales de una emergencia de salud pública en las personas sin hogar, la cuestión debería abordarse en las leyes, las políticas y los planes relativos a esas emergencias, a fin de que los Estados estén preparados para adoptar las medidas necesarias para proteger y apoyar a este grupo.

Pérdida de vivienda

La mayoría de los Estados de la muestra reconocieron desde el principio que las consecuencias económicas de la pandemia de COVID-19 podría provocar la pérdida de sus hogares para algunas personas. Muchos de los Estados de la muestra adoptaron medidas para abordar los problemas relacionados con la vivienda, principalmente 1) la incapacidad de los inquilinos y propietarios de viviendas de pagar el alquiler o la hipoteca; y 2) la necesidad de proteger a las familias contra el desahucio o la ejecución hipotecaria cuando, debido a la pandemia de COVID-19, no pudieran pagar el alquiler o la hipoteca. Varios de estos Estados legislaron para prohibir o aplazar los desahucios. Más común, aunque de ninguna manera universal, fue la prestación de apoyo financiero a los inquilinos y propietarios de viviendas. Cabe reiterar que la mayor parte de la legislación parece haber sido reactiva, con escasa o ninguna reglamentación permanente que permitiera a los gobiernos adoptar medidas. Dado que es posible que se requiera un apoyo similar en futuras emergencias de este tipo, sería sensato que los Estados se doten de atribuciones permanentes para adoptar tales medidas, y velen por la inclusión del tipo de disposiciones necesarias en las leyes, políticas y planes para las emergencias de salud pública.

Bangladesh, 2021. El 22 de marzo de 2021 se produjo un gran incendio en los campamentos de Cox's Bazar. La FICR liberó fondos de emergencia para la respuesta a desastres, apoyando el socorro inmediato. Los voluntarios están ayudando a las personas a acceder a servicios vitales, como la atención médica.
© Sociedad de la Media Luna Roja de Bangladesh

8. Protección de los grupos vulnerables

vulnerabilidad en las emergencias de salud pública

Al igual que la legislación más genérica sobre gestión del riesgo de desastres, muchas leyes sobre emergencias de salud pública se centran en las funciones y responsabilidades de las instituciones y los agentes, y apenas se refieren a las poblaciones afectadas. Sin embargo, la protección de las personas eventualmente afectadas por una emergencia, especialmente de las más vulnerables, debería ser el objetivo principal de los marcos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública y de las leyes que los sustentan.

El informe DPR identifica ocho (8) categorías de personas que, según las circunstancias, pueden ser especialmente vulnerables a las consecuencias de los desastres: las mujeres y las niñas; los niños, especialmente los no acompañados y separados de sus padres; las personas mayores; las personas con discapacidad; los migrantes; los grupos indígenas; las minorías raciales y étnicas; y las minorías sexuales y de género. También destaca que otros grupos (como las minorías religiosas y políticas y las clases o castas marginadas) también pueden verse afectados de forma desproporcionada por los desastres, en función del contexto local.

Las emergencias de salud pública crean categorías adicionales de vulnerabilidad. Obviamente, las personas propensas a contraer la enfermedad o la infección que provoca la emergencia figuran entre las más vulnerables. La naturaleza de esas emergencias también expone a mayor riesgo a quienes prestan asistencia de salud. También se aprecian efectos secundarios en la salud, como las consecuencias en la salud mental de las personas sometidas a confinamiento y la interrupción de otros servicios de atención sanitaria. Las personas afectadas por una enfermedad pueden quedar estigmatizadas, y las emergencias pueden provocar nuevas formas marginación social y económica o potenciar las existentes.

Personas con riesgo de padecer la enfermedad

Las personas más vulnerables ante una emergencia de este tipo son las propensas a contraer la enfermedad de que se trata (u otra amenaza para la salud pública). Si bien las personas mayores y con problemas de salud subyacentes estuvieron especialmente expuestas a la COVID-19, una enfermedad puede, según cual sea, infectar o afectar a uno u otro grupo (y de hecho, así ocurre), y la enfermedad puede tener efectos muy diferentes en función del grupo. Por ejemplo, los adultos jóvenes corrieron mayor riesgo durante la pandemia de gripe de 1918, en tanto que las mujeres embarazadas y sus hijos no nacidos corrieron un riesgo particular durante los brotes del virus del Zika. Por lo tanto, es importante que las leyes, las políticas y los planes relativos a emergencias de salud pública no den por sentados cuáles son los grupos particulares que necesariamente serán vulnerables ante las futuras amenazas para la salud pública y, en cambio, prevean diversas hipótesis.

En respuesta a la COVID-19, la mayoría de los Estados de la muestra reconocieron la necesidad de proporcionar una protección especial a las personas más expuestas al riesgo de infección o enfermedad. Se adoptaron muchos enfoques diferentes, como el aislamiento reforzado (voluntario u obligatorio) y diversas medidas para mejorar el acceso a los servicios y suministros (por ejemplo, a servicios de atención de salud, a pruebas de COVID-19, a medicamentos y a suministros sanitarios). Las medidas adoptadas para proteger a los más expuestos (como la exigencia de que se refugien en casa o se sometan a un tratamiento obligatorio) deben aplicarse a conciencia de la delgada línea que separa 1) la protección de esos grupos, en la medida de lo posible, de 2) la infracción de sus derechos fundamentales. El equilibrio puede alcanzarse imponiendo únicamente medidas que sean proporcionadas a la amenaza sanitaria, tengan una duración determinada, estén previstas por ley y sean objeto de un control adecuado.

Personas mayores y personas con discapacidades o enfermedades

Las personas mayores y las personas con discapacidades o enfermedades pueden ser especialmente vulnerables ante cualquier desastre. En una emergencia de salud pública declarada a causa de una infección o enfermedad, estos grupos pueden ser aún más vulnerables porque su edad, discapacidad o enfermedad pueden hacerlos más propensos a la propia enfermedad. Los mapeos jurídicos indica que durante la pandemia de COVID-19 los gobiernos pusieron en marcha diversos tipos y niveles de material de socorro o asistencia para estos grupos. Sin embargo, en algunos casos, mediante los mapeos jurídicos se expresa preocupación por las deficiencias en la atención a las personas mayores o con discapacidad, especialmente en cuanto al acceso a sus servicios habituales de asistencia sanitaria o social. También se señalan barreras en el acceso a la información y a las pruebas. Esto subraya la necesidad de que las leyes, las políticas y los planes para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública prevean las necesidades específicas de las personas mayores o con discapacidades o enfermedades durante las emergencias.

Protección de un acceso más amplio a la asistencia sanitaria

La COVID-19 ha demostrado que durante una emergencia de salud pública es posible que el acceso del conjunto de la población a los servicios de atención sanitaria se vea considerablemente afectado por motivos que no guardan relación con la infección o enfermedad que generó esa emergencia. Se han comunicado en general dificultades de acceso a la atención sanitaria, y un ejemplo de ello es el estancamiento de los programas de lucha contra la malaria. A la luz de estas dificultades, es importante que las leyes, las políticas y los planes aplicables durante una emergencia de salud pública aborden la continuidad de los servicios de atención sanitaria general, de modo que la población pueda recibir tratamiento para afecciones o enfermedades no relacionadas con la propia emergencia.

Personas en riesgo económico y financiero

Cuando hay una marginación económica preexistente, la vulnerabilidad ante los desastres puede ser mayor; así pues, la vulnerabilidad de las viviendas y los medios de vida pueden causar que las personas queden expuestas a consecuencias más graves (por ejemplo, mortalidad, morbilidad, pérdidas económicas). Durante una emergencia de salud pública aparecen otros factores: por ejemplo, el posible aumento de la transmisión entre las personas con una baja situación socioeconómica, el obstáculo que puede constituir la pobreza para el acceso a la asistencia sanitaria (especialmente en los Estados cuyos sistemas de atención de salud están principalmente administrados por proveedores privados), o los efectos desproporcionados de las medidas adoptadas para hacer frente a la emergencia sobre las personas con ingresos bajos o nulos.

Una de las características más significativas de la pandemia de COVID-19 han sido las consecuencias económicas de las medidas adoptadas para reducir al mínimo los efectos directos de la enfermedad, como el cierre de comercios y las restricciones de viaje. Prácticamente todos los Estados de la muestra intervinieron ante la pandemia introduciendo diversos paquetes de ayuda financiera para empresas y particulares. La forma de asistencia más común comunicada fue el apoyo a empresas para ayudarlas a sobrevivir ante la crisis provocada por la pandemia y evitar el despido de empleados. Sin embargo, apoyo prestado en ese sentido fue muy variado, y se observaron diferencias importantes entre los Estados con la capacidad para proporcionar ayuda financiera y los que no estaban en condiciones de hacerlo.

En la mayoría de los casos, debieron establecerse rápidamente medidas de apoyo económico en respuesta a la COVID-19. De ahí que surgiera la necesidad de: 1) incluir a las agencias u organizaciones que prestan apoyo económico o financiero en los acuerdos de preparación preventiva para las emergencias de salud pública; y 2) disponer de leyes y políticas permanentes que puedan activarse cuando se produzca una emergencia de ese tipo, en lugar de tener que establecerlas cuando se presenta esa emergencia.

Protección a las personas expuestas a riesgo de violencia

Durante la pandemia se incrementaron los incidentes de violencia doméstica (incluidos la violencia contra la pareja íntima y contra los niños). Algunas de las personas expuestas a ese riesgo no pudieron escapar de la violencia o los abusos ni buscar protección debido a las restricciones de movimiento. Además, el cierre de las escuelas eliminó una de las principales protecciones para los niños frente al maltrato infantil: como la educación de muchos niños debió trasladarse a su casa, los profesores no estuvieron en condiciones de supervisar su bienestar en la misma medida en que lo hacían (o no pudieron en absoluto). Varios de los Estados de la muestra adoptaron medidas legislativas específicas para abordar esos problemas, en particular ordenando a los organismos de protección que mantuvieran el apoyo y/o proporcionaran recursos adicionales. Otra medida que adoptaron algunos Estados fue establecer exenciones a las normas de confinamiento que permitieran a las personas que sufrían violencia doméstica o expuestas a ese riesgo, salir de sus hogares o de su lugar de residencia habitual o permanecer fuera.

Escolares

Todos los Estados de la muestra, sin excepción, cerraron las escuelas físicamente al comienzo de la pandemia de COVID-19. Esta pandemia no ha sido la única en provocar el cierre de escuelas: el brote de ébola tuvo un efecto significativo en la educación en Liberia y Sierra Leona. La mayoría de los desastres pueden generar interrupciones en la escolarización, pero las emergencias de salud pública se distinguen fundamentalmente porque las interrupciones pueden ser mucho más extendidas y de mayor duración. Si los niños no van a la escuela durante periodos prolongados, ello puede generar importantes efectos perjudiciales en su educación, su desarrollo social y su salud física y mental.

En la mayoría de estos Estados, la consecuencia más obvia del cierre físico de escuelas, es decir, la interrupción de la enseñanza se abordó mediante la enseñanza o la formación en línea y la educación en el hogar. En algunos Estados, la legislación facilitaba estas medidas, mientras que en otros no parecía ser necesaria. Sin embargo, el paso a la educación en línea no fue universal y se basó en los siguientes supuestos: i) la capacidad para impartir formación a distancia (una dificultad adicional para los sistemas educativos que todavía no han llegado a la educación universal); ii) la disponibilidad de la infraestructura informática necesaria en los Estados y las familias; iii) la capacidad y la madurez de los niños para adaptarse a la enseñanza en línea (lo que constituye un reto cuando se trata de niños muy pequeños); y iv) la capacidad y la disponibilidad de las familias para apoyar a sus hijos.

En general, la experiencia de la pandemia de COVID-19 y de las anteriores emergencias de salud pública subraya la importancia de permitir la participación y representación de las escuelas y autoridades escolares en todas las fases de la gestión del riesgo de esas emergencias, y de exigir la planificación para contingencias a los efectos de la continuidad educativa.

Migrantes y grupos raciales y étnicos marginados

Los migrantes y los grupos raciales y étnicos marginados corren el riesgo de verse afectados de forma desproporcionada por cualquier desastre (incluidas las emergencias de salud pública) debido a su situación de discriminación y marginación económica. En la preparación preventiva y la intervención ante los desastres la discriminación puede manifestarse no solo de forma directa, sino también indirecta, cuando los programas y las medidas no se adaptan a las necesidades específicas de estos grupos (por ejemplo, al no comunicarse la información sobre los riesgos y las alertas en diversas lenguas). Los migrantes irregulares pueden estar expuestos a un riesgo especialmente elevado, en la medida en que no pueden acogerse a los programas gubernamentales o no están dispuestos a ponerse en contacto con los servicios oficiales por temor a posibles medidas represivas.

Los mapeos jurídicos de emergencia de salud pública revelan que durante una de esas emergencias los migrantes se pueden ver afectados por dificultades particulares en relación con: 1) el acceso a la asistencia sanitaria; 2) el acceso a las ayudas económicas; y 3) el efecto consiguiente de las restricciones de viaje en la condición legal de los migrantes. En lo que respecta al acceso a la asistencia sanitaria, se indica que los Estados de la muestra adoptaron una serie de enfoques que varían desde el pleno acceso de los migrantes hasta su exclusión parcial o total de dicho acceso. Con pocas excepciones, las prestaciones económicas o asistenciales proporcionadas durante la pandemia solo estuvieron disponibles para los ciudadanos o residentes permanentes.

En algunos regímenes de inmigración, el acceso a la asistencia o a las prestaciones de salud puede tener también efectos adversos en la situación migratoria y/o poner en peligro las solicitudes de residencia permanente. Varios Estados de la muestra adoptaron medidas específicas para evitar que los migrantes se vieran perjudicados por haber accedido a la ayuda recibida con motivo de la pandemia de COVID-19. Otra medida positiva adoptada por algunos de estos Estados consistió en prorrogar o renovar automáticamente los visados expirados de los migrantes que no podían regresar a su país debido a los cierres de fronteras y a las restricciones de viaje.

Los mapeos jurídicos tienden a omitir la información específica con respecto a los grupos raciales y étnicos marginados. El principal efecto comunicado es que estos grupos pueden tropezar con obstáculos lingüísticos y culturales para acceder a la información, a la atención sanitaria y a otros tipos de asistencia durante una emergencia. Algunos Estados de la muestra adoptaron medidas para abordar los impedimentos lingüísticos y culturales, por ejemplo, mediante la difusión de información sanitaria en varios idiomas. También se mencionan unos pocos ejemplos de nuevas leyes o políticas específicas que se están adoptando para abordar los eventuales efectos de la COVID-19 en los grupos indígenas.

Las conclusiones anteriores demuestran la necesidad (planteada a lo largo del informe) de ampliar la participación y representación de los grupos mencionados en la gestión del riesgo de emergencias de salud pública. Además, ponen de manifiesto la necesidad de garantizar a los migrantes el pleno acceso a la asistencia sanitaria durante una emergencia de este tipo, independientemente de su condición migratoria, y de aplicar medidas para eliminar los obstáculos lingüísticos y culturales que impiden el acceso a la información, la asistencia sanitaria y otras ayudas.

SECCIÓN D FACILIDADES JURÍDICAS PARA LOS AGENTES HUMANITARIOS Y OTROS AGENTES DE INTERVENCIÓN INICIAL E INMEDIATA

9. Facilidades jurídicas para los agentes humanitarios

Facilidades jurídicas

La expresión "facilidades jurídicas" se refiere a los derechos especiales que se otorgan por ley a una organización específica (o a una categoría de organizaciones) para que pueda llevar a cabo sus operaciones de manera eficiente y eficaz. Las facilidades jurídicas pueden cobrar la forma de derechos positivos (es decir, hacer algo en particular), de acceso a procesos normativos simplificados y agilizados, o de exenciones especiales respecto de una ley o requisito legal que se aplicaría de otro modo.

Desde su creación en 2001, la unidad de Derecho Relativo a Desastres de la Federación Internacional se ha centrado especialmente en garantizar que se pongan facilidades jurídicas a disposición de determinados agentes para permitirles una intervención eficaz en caso de desastre. Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre, aprobada en 2019 por los Estados parte en los Convenios de Ginebra y los componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja durante la XXXIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, enuncia las facilidades jurídicas que requieren las organizaciones humanitarias nacionales para la preparación preventiva e intervención en casos de desastre. Las Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y asistencia para la recuperación inicial (conocidas también como Directrices IDRL – por sus siglas en inglés), que fueron aprobadas por unanimidad por los Estados parte de los Convenios de Ginebra y los componentes del Movimiento en 2007, durante la XXX Conferencia Internacional, incluyen recomendaciones sobre las facilidades jurídicas mínimas que deberían proporcionarse a los Estados que prestan asistencia y a las organizaciones humanitarias que reúnen las condiciones, para una intervención internacional en caso de desastre.

Si bien no todas las facilidades jurídicas identificadas en la lista de verificación y las directrices pueden ser aplicables a una emergencia de salud pública (y por lo tanto no todas se analizan en este informe), en general sigue siendo aconsejable que los Estados elaboren leyes y políticas permanentes que ofrezcan todas esas facilidades jurídicas.

Incidencia de las restricciones impuestas con motivo de la pandemia de COVID-19

En muchos casos, las restricciones introducidas en respuesta a la pandemia de COVID-19 tuvieron un efecto significativo en las operaciones de la red de la Federación Internacional y de otras organizaciones humanitarias. En algunos Estados, no se sabía con certeza si las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja estaban exentas de las restricciones a la libertad de circulación impuestas con motivo de la COVID-19, y si, por lo tanto, se les permitía circular libremente por el país y acceder a las comunidades. A veces ocurrió que, a raíz de tales restricciones, la red de la Federación Internacional no tuviera acceso a sus almacenes y a los artículos de socorro ubicados estratégicamente. Además, de las cien (100) operaciones desplegadas por la red con motivo de la pandemia hasta finales de septiembre de 2020, ochenta y seis (86) tuvieron que llevarse a cabo a distancia.

Las restricciones con un efecto particular en la asistencia humanitaria (tanto a nivel internacional como nacional) pueden clasificarse en cuatro (4) grandes categorías: 1) restricciones a la circulación interna, incluidas las órdenes de confinamiento y de permanencia en refugios; 2) disposiciones de cierre obligatorio de negocios o restricciones a las actividades comerciales; 3) restricciones orientadas a impedir o inhibir los movimientos transfronterizos de personas, como el cierre de fronteras, la suspensión de visados y la cuarentena; y 4) restricciones a la importación o exportación de bienes, con inclusión de equipo de protección personal y suministros médicos. Además, algunos problemas derivaron, no de la introducción de nuevas restricciones, sino de la necesidad, a veces no atendida, de que los gobiernos levantaran u otorgaran exenciones respecto de requisitos existentes, para poder llevar a cabo las operaciones.

Restricciones a la circulación interna y a las actividades económicas

Muchos Estados introdujeron restricciones a la circulación (por ejemplo, confinamientos, toques de queda u órdenes de permanencia en refugios) y a los horarios de funcionamiento de las empresas para frenar la propagación de la COVID-19. Los mapeos jurídicos de los decretos de emergencia revelan que habitualmente estas restricciones estuvieron sujetas a exenciones para los trabajadores o servicios "esenciales" o "sanitarios" (o similares). Sin embargo,

rara vez las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y otras organizaciones humanitarias han estado incluidas expresamente en estas categorías. Aunque ambas a menudo quedaran incluidas de forma implícita o presumible, tal situación no era ideal, porque generaba incertidumbre sobre si estaban exentas o no de las restricciones (así como el personal y los voluntarios). Es preferible que, durante una emergencia de salud pública, se exima a esas organizaciones de las restricciones a la circulación interna y a los horarios de funcionamiento de los negocios de forma expresa, para darles las certezas necesarias en la continuación con su importante labor.

Cierre de fronteras y restricciones de ingreso

A pesar de que inicialmente la OMS había desaconsejado el cierre de fronteras, en cuanto se hizo patente la amenaza de transmisión de la COVID-19 a nivel mundial, muchos Estados cerraron sus fronteras en un intento de gestionar el riesgo de contagios transfronterizos. Varios Estados de la muestra establecieron excepciones expresas para las organizaciones u operaciones humanitarias. Otros concedieron a un funcionario designado la facultad de otorgar excepciones, con la consiguiente posibilidad de que el personal humanitario las solicitara y obtuviera. Sin embargo, en algunos de estos Estados se informó de que no había excepciones disponibles para el personal humanitario. Estos dos últimos casos están en conflicto con las directrices, que apoyan el principio de que los Estados deben facilitar la entrada del personal de los agentes humanitarios que prestan asistencia, si reúnen los criterios establecidos.

Incluso cuando las fronteras permanecieron abiertas, varios Estados introdujeron exigencias de cuarentena o autoaislamiento. En algunos casos, estos requisitos fueron muy estrictos e impusieron el confinamiento temporal de personas en alojamientos de cuarentena proporcionados por el gobierno. Subsiste el riesgo de que, aunque se le permita la entrada, el personal humanitario no pueda llevar a cabo inmediatamente las funciones para las que entra al país. Ello podría, por ejemplo, frustrar y poner en peligro la intervención prevista para otro desastre que se produzca paralelamente a la emergencia. Algunos Estados introdujeron excepciones para el personal humanitario, pero fueron una minoría.

Cualificaciones profesionales

Uno de los obstáculos a la prestación de asistencia en casos de desastre identificados en las directrices y la lista de verificación es el reconocimiento (o la falta de reconocimiento) de las cualificaciones profesionales expedidas en el extranjero (o, en el caso de los estados federales, a nivel interestatal). Si bien esa cuestión no aparece entre los comentarios de los mapeos jurídicos de los decretos de emergencia, la experiencia de la pandemia de COVID-19 ilustra que es muy pertinente para las emergencias de salud pública. Por ejemplo, en los Estados Unidos se introdujo rápidamente un gran número de disposiciones de "reciprocidad de certificación de licenciaturas" durante la pandemia, para autorizar el reconocimiento temporal de los diplomas en medicina expedidos en otros estados. En consonancia con las directrices y la lista de verificación, las leyes y/o políticas vigentes deben prever el reconocimiento automático o acelerado de las cualificaciones y títulos extranjeros y/o interestatales en caso de emergencia de salud pública.

Restricciones a la importación o exportación de bienes y equipos

En general, durante la pandemia la importación y exportación de bienes ha estado menos restringida que la circulación de personas. Uno de los ámbitos en que se plantearon dificultades fue el de los bienes y equipos utilizados para la protección y el tratamiento del virus. A finales de julio de 2020, por ejemplo, casi noventa (90) Estados introdujeron restricciones a la exportación como resultado de la pandemia. Si bien durante una emergencia de salud pública los Estados pueden desear controlar la exportación de ciertos suministros para satisfacer las necesidades de sus propias poblaciones, deben eximir a las organizaciones humanitarias de cualquier restricción que menoscabe su capacidad de importar o exportar bienes y equipos de socorro.

Impuestos y aranceles

Las directrices y la lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre recomiendan que las organizaciones humanitarias que brindan asistencia y cumplan los criterios establecidos estén exentas del impuesto al valor añadido y otros impuestos o tasas directamente relacionados con la prestación de servicios de socorro en casos de desastre. En el contexto de la pandemia de COVID-19, esta recomendación parece haberse seguido en varios de los Estados abarcados en los mapeos jurídicos de decretos de emergencia, especialmente en relación con la importación de equipo de protección personal y productos farmacéuticos.

Líbano, Beirut, 2020. La Cruz Roja Libanesa respondió a las necesidades de las personas afectadas por la explosión del 4 de agosto. Miles de personas fueron trasladadas al hospital con la ayuda de voluntarios y ambulancias de la Cruz Roja Libanesa.

© Cruz Roja Libanesa

RECOMENDACIONES

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

Revisión del Reglamento Sanitario Internacional en el futuro

1. En toda revisión futura del Reglamento se deberá considerar si procede exigir a los Estados:

- **a.** que establezcan un comité específico para supervisar la observancia de sus obligaciones en virtud del Reglamento Sanitario Internacional, y que sigan de cerca el funcionamiento y el cumplimiento normativo en curso (**comité de seguimiento del Reglamento Sanitario Internacional**);
- **b.** que participen en evaluaciones externas periódicas sobre la aplicación del Reglamento y preparen y ejecuten planes de acción posteriores a la evaluación;
- **c.** que notifiquen o envíen alertas a los principales agentes nacionales y a la población en general sobre la aparición o el riesgo inminente de una emergencia de salud pública de importancia internacional; y/o
- **d.** que notifiquen a la OMS sobre los instrumentos nacionales de aplicación del Reglamento y envíen ejemplares de esos instrumentos.

2. En toda revisión futura del Reglamento deberá considerar también la necesidad o conveniencia de incluir disposiciones adicionales que aclaren los procesos y las responsabilidades de los Estados relativos a la notificación a la OMS y a otros Estados de las amenazas emergentes para la salud pública.

3. Las cuestiones identificadas en las recomendaciones anteriores 1) y 2) también deberán tenerse en cuenta durante la elaboración de todo nuevo tratado internacional sobre emergencias de salud pública.

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional a nivel nacional

1. Los Estados deben seguir adoptando medidas para velar por que su legislación nacional aplique y facilite las capacidades básicas requeridas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional y cumpla sus obligaciones en el marco de este.

2. Independientemente de que el Reglamento o su marco de seguimiento y evaluación lo requieran, las leyes y/o políticas nacionales deben:

- **a.** disponer el establecimiento de un comité de seguimiento del Reglamento, encargado específicamente de supervisar la observancia de sus obligaciones en virtud de ese instrumento y seguir de cerca el funcionamiento y el cumplimiento normativo en curso;
- **b.** estipular la elaboración y aplicación de planes de acción posteriores a la evaluación de la aplicación del Reglamento;
- **c.** identificar a los agentes nacionales adecuados para asumir la responsabilidad de elaborar planes posteriores a la evaluación y/o aportar contribuciones a tales planes; y
- **d.** asignar al comité de seguimiento del Reglamento Sanitario Internacional las funciones de supervisar y/o hacer un seguimiento de la elaboración de los planes de acción posteriores a la evaluación y de su aplicación.

3. Los Estados deben:

- **a.** considerar la designación del centro nacional de enlace contemplado en el reglamento y sus funciones;
- **b.** estudiar la posibilidad de mejorar la aplicación del Reglamento mediante la inclusión de disposiciones expresas sobre la designación y las funciones del centro nacional de enlace en las leyes y/o políticas nacionales; y
- **c.** examinar si existen obstáculos jurídicos para que el centro nacional de enlace comparta información con la OMS y otros Estados y, en caso afirmativo, aplicar reformas para eliminar esos obstáculos.

Ampliación de los conocimientos sobre los aspectos jurídicos de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional

1. Los aspectos jurídicos de las emergencias de salud pública y la aplicación de las capacidades básicas requeridas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional deben incluirse en la labor de las redes y los foros pertinentes, como las plataformas temáticas sobre la gestión de emergencias sanitarias y riesgos de desastre y su red de investigación asociada.
2. Las organizaciones interesadas en emergencias de salud pública y en la aplicación de las capacidades básicas requeridas en virtud del Reglamento deberían considerar la posibilidad de establecer una red de profesionales y personal académico del derecho con el cometido de promover la elaboración de mejores leyes nacionales para este tipo de emergencias, incluidas las relativas al cumplimiento de las mencionadas capacidades básicas.

MARCOS JURÍDICOS E INSTITUCIONALES NACIONALES

Mandatos para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública

1. En las leyes, las políticas y los planes nacionales se deben establecer marcos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública que:
   - **a.** adopten un enfoque de "todos los riesgos para la salud pública";
   - **b.** contengan disposiciones en relación con las emergencias de salud pública primarias y secundarias; y
   - **c.** aborden la reducción del riesgo, la preparación preventiva, la intervención y la recuperación.
2. En las leyes, las políticas y los planes de gestión del riesgo se debe lograr un equilibrio entre las certezas necesarias sobre los tipos de riesgo para la salud pública y los eventos que abarca, y la flexibilidad que es preciso mantener para abordar los riesgos nuevos e incipientes en ese ámbito.

Integración con los marcos de gestión del riesgo de desastres

En consonancia con los principios de Bangkok, las leyes, las políticas y los planes para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública deben integrarse en los marcos generales de gestión del riesgo de desastres (incluidas las estrategias nacionales y locales de reducción del riesgo de desastres). Es preciso que no haya deficiencias, conflictos, incoherencias o duplicaciones innecesarias entre las competencias, las funciones, las responsabilidades y otros acuerdos establecidos en los instrumentos sobre emergencias de salud pública y gestión del riesgo de desastres.

Dirección

En las leyes, las políticas y los planes relativos a la gestión del riesgo de emergencias de salud pública se debe garantizar que:

1. estén claramente identificados las personas o los organismos a quienes incumbe la responsabilidad principal de tomar medidas antes, durante y después de una emergencia de salud pública (lo que incluye las funciones de mando y control de un centro de operaciones de emergencia, si lo hubiere);
2. estén establecidos de forma clara y segura tanto el papel de las instancias de dirección como las funciones y atribuciones del "dirigente";
3. se elimine o se reduzca al mínimo todo conflicto eventual entre personas u organismos que ejerzan funciones de dirección.

Coordinación

1. Las leyes, las políticas y los planes nacionales para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública deben facilitar:
   - **a.** una coordinación horizontal entre los diferentes organismos sectoriales, así como *dentro de* ellos (incluso con el comité de seguimiento del Reglamento Sanitario Internacional);
   - **b.** una coordinación vertical entre los diferentes niveles de gobierno; y
   - **c.** la coordinación entre los agentes gubernamentales y no gubernamentales, incluidos los agentes internacionales (si procede).

2. Por lo tanto, en las leyes, las políticas y los planes nacionales para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública se deberá:

   a. establecer mecanismos de coordinación que incluyan a representantes de:

      i. todos los organismos sectoriales pertinentes;

      ii. todos los departamentos pertinentes de los organismos sectoriales;

      iii. todos los niveles de gobierno; y

      iv. todos los agentes no gubernamentales pertinentes;

   b. asignar funciones y responsabilidades claras a todos los agentes; e

   c. imponer a los agentes la obligación de reunirse periódicamente y compartir información para garantizar la eficacia de los mecanismos de coordinación.

Participación y representación

1. En las leyes, las políticas y los planes relativos a la gestión del riesgo de emergencias de salud pública se debe:

   a. adoptar un enfoque de "todo el gobierno" y "toda la sociedad", que permita la participación y representación de cada uno de los agentes y partes interesadas; y

   b. adoptar un enfoque de "Una sola salud", que facilite la coordinación de las medidas y actividades entre los sectores zoosanitario, fitosanitario y medioambiental (y otros agentes partícipes del enfoque "Una sola salud").

2. En las leyes, las políticas y los planes sobre gestión del riesgo de emergencias de salud pública se debería hacer referencia a la función y las responsabilidades de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, dada su singular función en calidad de auxiliar de los poderes públicos y el alcance de su labor a nivel comunitario.

3. Además, debería considerarse la posibilidad de que participen (sin un orden particular):

   a. representantes de la comunidad;

   b. agentes partícipes en el enfoque "Una sola salud";

   c. agentes partícipes en la cooperación para desarrollo;

   d. proveedores de asistencia sanitaria y social;

   e. grupos que puedan ser especialmente vulnerables a los efectos de una emergencia de salud pública;

   f. organizaciones no gubernamentales (ONG) humanitarias;

   g. escuelas y autoridades escolares;

   h. representantes del sector financiero; y

   i. fabricantes y proveedores de bienes y equipos esenciales.

4. En casos en que exista una presencia permanente y la necesidad de apoyo de instituciones internacionales, se debe considerar la posibilidad de incluir a los organismos de las Naciones Unidas y a las ONG internacionales.

5. En las leyes y/o políticas se debe conseguir, en la medida de lo posible, que todos los agentes y partes interesadas tengan la posibilidad de tener una representación efectiva y de contribuir realmente en actividades de gestión del riesgo de emergencias de salud pública.

Planificación para contingencias, educación y simulacros

En las leyes y políticas nacionales sobre emergencias de salud pública se debería:

1. asignar funciones, responsabilidades y, en su caso, deberes exigibles a los fines de la planificación en lo que respecta a imprevistos, educación y simulacros relativos a esas emergencias;

2. exigir una planificación para contingencias a fin de abordar la continuidad de la legislatura, la atención de salud general, la escolarización y los servicios que abordan la violencia doméstica durante las emergencias de salud pública;

3. exigir a todos los posibles agentes y partes interesadas de una emergencia de salud pública (incluidos los agentes de las comunidades y los que se ocupan de la gestión del riesgo de desastres en general) que lleven a cabo o participen en actividades de formación y ejercicios simulación periódicos para ese tipo de emergencias;
4. reconocer la importancia de sensibilizar a la población sobre el riesgo de emergencias de salud pública y sus posibles consecuencias
5. velar por que las comunidades reciban la información necesaria para poder prepararse e intervenir ante una de esas emergencias.

Revisión y actualización periódicas

1. Los Estados que no lo hayan hecho recientemente deberían examinar sus leyes, políticas y planes relativos a la gestión del riesgo de emergencias de salud pública para cerciorarse de que se ajustan a los fines actuales y, de ser necesario, promulgar con urgencia una legislación nueva, o modificar la existente.
2. En las leyes y/o políticas se debe:
    a. velar por que, periódicamente y tras haberse producido una emergencia de salud pública, se examinen los marcos de gestión del riesgo de esas emergencias;
    b. verificar si en los exámenes del marco de gestión del riesgo de emergencias de salud pública:
        i. están contemplados todos los riesgos actuales e incipientes que plantean estas emergencias;
        ii. ese marco se integra con los marcos generales de gestión del riesgo de desastres;
        iii. se facilita la participación y representación de todos los agentes y partes interesadas pertinentes; y
        iv. ese marco ha funcionado adecuadamente en emergencias de salud pública reciente;
    c. Se debe velar por que las enseñanzas y recomendaciones extraídas de los exámenes, las actividades de formación y los ejercicios de simulación se apliquen efectivamente.

ESTADOS DE EXCEPCIÓN

Estados de excepción para las emergencias de salud pública

1. Las leyes deben estipular que los estados de excepción establecidos para emergencias de salud pública sean proporcionados y se adapten a las diferentes características y escalas de las emergencias. Un sistema de este tipo debería estar concebido para operar inicialmente a un nivel más bajo y, solo de ser estrictamente necesario, ascender a niveles más altos, en que se activan medidas y atribuciones de mayor envergadura.
2. Cuando existan mecanismos separados para declarar un estado de excepción o determinar su necesidad en relación con una emergencia de este tipo, esos mecanismos deben ser compatibles entre sí, y su uso debe estar coordinado.
3. Independientemente del tipo de estado de excepción que se utilice para la emergencia de salud pública, en la medida de lo posible (y dejando margen para la imprevisibilidad de los riesgos sanitarios emergentes), es recomendable dejar claramente plasmados en la ley los motivos, las características y las atribuciones derivados del estado de excepción.

Responsabilidades relativas a la declaración de un estado de excepción o determinación de su existencia

Las leyes que facultan la declaración de un estado de excepción o que permiten a un responsable de la adopción de decisiones determinar la existencia efectiva de tal estado de excepción en relación con una emergencia de salud pública deben:

1. identificar claramente a la persona con la autoridad para formular esa declaración;

2. cuando diferentes personas puedan ser investidas de esa autoridad (en virtud de diferentes legislaciones o en diferentes circunstancias), establecer con claridad las circunstancias en que podrá actuar una u otra de esas personas y, en caso de conflicto, garantizar los medios para identificar o resolver quién tiene la autoridad; y
3. establecer una jerarquía de los funcionarios autorizados para formular la declaración o determinación de que se trata en caso de que el funcionario nombrado no pueda actuar durante una emergencia de salud pública.

Consulta

Para la declaración de un estado de excepción en relación con una emergencia de salud pública o la determinación de su existencia, las leyes y/o políticas deberán prever los siguientes requisitos:

1. si la persona que formula la declaración o determinación no es el ministro de salud ni un funcionario de su ministerio, i) se deberá consultar, como mínimo, al ministerio de salud, aunque lo ideal sería ii) que ese ministerio manifieste su acuerdo o aprobación respecto de esa declaración o determinación;
2. si la declaración o determinación y las atribuciones de emergencia propuestas pudieran afectar eventualmente a las funciones de un gobierno o una administración subnacional, se deberá como mínimo consultar previamente a tales instituciones; y
3. la persona encargada de la declaración o la determinación deberá consultar, en la medida de lo posible con arreglo a las circunstancias, a los principales agentes y partes interesadas que puedan participar en la intervención ante una emergencia de salud pública.

Activación y oportunidad

1. En caso de una emergencia de salud pública las leyes deben establecer un equilibrio a fin de asegurar que la declaración del estado de excepción o el uso de las atribuciones de emergencia aplicables sean la vez a) claras y específicas y b) lo suficientemente flexibles como para cubrir riesgos sanitarios nuevos o emergentes.
2. Las leyes deben permitir que la declaración de un estado de excepción en relación con una emergencia de salud pública se pueda hacer de forma preventiva.
3. El riesgo de una utilización inapropiada de los poderes preventivos se puede reducir al mínimo mediante leyes que indiquen claramente las circunstancias en que se pueden hacer declaraciones y determinaciones de forma preventiva, por ejemplo, mediante el requisito de que la emergencia sea inminente, próxima (tanto temporal como geográficamente) y/o con un efecto eventualmente grave.

Atribuciones y medidas de emergencia

1. Las leyes deben especificar claramente las atribuciones gubernamentales que surgen una vez que se declara o se determina un estado de excepción con respecto a una emergencia de salud pública.
2. Por lo general, es preferible que las leyes incluyan una lista predeterminada, precisa y exhaustiva de tales atribuciones gubernamentales, aunque puede ser conveniente establecer atribuciones más amplias en caso de emergencias graves.

Salvaguardias y derechos humanos

1. Las leyes deben garantizar que, durante el estado de excepción a causa de una emergencia de salud pública, existan salvaguardias que promuevan la transparencia y la rendición de cuentas del gobierno, mantengan el estado de derecho, preserven las instituciones democráticas y protejan los derechos humanos.
2. Las atribuciones y las medidas de emergencia deben ser coherentes con el derecho internacional, especialmente con el derecho internacional de los derechos humanos.
3. Se debe mantener el respeto de los derechos humanos durante una emergencia y, por lo tanto, los Estados solo podrán utilizar atribuciones y medidas de emergencia restrictivas de los derechos humanos en la medida en que sean necesarias, proporcionadas y consignadas por la ley.

Sudán del Sur, 2013. Bebés siendo vacunados contra la Polio durante un programa de salud del gobierno, apoyado por la Cruz Roja.

© FICR / Juozas Cernius

Plazos

Las leyes que respaldan la declaración de un estado de excepción con respecto a una emergencia de salud pública deben:

1. incluir un plazo, en virtud del cual el estado de excepción finalice automáticamente una vez transcurrido un periodo determinado, a menos que se prorrogue; y
2. especificar claramente:
    a. las circunstancias en que puede prorrogarse un estado de excepción;
    b. el plazo máximo por el que puede prorrogarse el estado de excepción; y
    c. el número máximo de veces que puede prorrogarse el estado de excepción o el periodo máximo de vigencia de un estado de excepción.

Supervisión legislativa

Las leyes que respaldan la declaración de un estado de excepción respecto a una emergencia de salud pública deben prever que el legislador:

1. debe (siempre que sea posible) aprobar la declaración en un plazo determinado;
2. debe (siempre que sea posible) aprobar la prórroga de un estado de excepción, ya sea antes de la prórroga o en un plazo determinado; y
3. tiene atribuciones para modificar o dar por finalizado un estado de excepción, e incluso la facultad de modificar detalles como el ámbito geográfico, el plazo y las atribuciones de emergencia.

Supervisión judicial

Las leyes que respaldan la declaración de un estado de excepción con respecto a una emergencia de salud pública deben garantizar que:

1. las declaraciones o determinaciones del estado de excepción, su posterior prórroga y cualquiera de las atribuciones o medidas de emergencia adoptadas en ese marco puedan ser objeto de actuaciones judiciales por parte de los afectados; y
2. el poder judicial tenga jurisdicción y atribuciones para:
    a. declarar ilegal una declaración de estado de excepción, así como su posterior prórroga y cualquiera de las atribuciones o medidas de emergencia adoptadas bajo ese marco; y
    b. dictar las órdenes oportunas para reparar esa ilegalidad (por ejemplo, mediante declaración de nulidad, sanciones o indemnizaciones).

Transparencia

1. La ley debe exigir que se publique la notificación de una declaración de estado de excepción a raíz de una emergencia de salud pública (incluido el detalle de las atribuciones o las medidas de emergencia que se aplican en virtud de este) y que el público tenga acceso a esa notificación en la mayor medida posible.
2. Se debería mantener la buena práctica de publicación de legislación durante la pandemia de COVID-19 observada en todo el mundo; asimismo, y siempre que sea posible, todos los Estados deberían tratar de publicar en línea las leyes, las políticas y los planes relacionados con los estados de excepción y las emergencias de salud pública.

IMPORTANCIA DE LA LEGISLACIÓN EN LA MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA Y LOS EFECTOS EN LOS GRUPOS VULNERABLES

Movilidad humana y migración

1. En las leyes, las políticas y los planes nacionales para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública se debe abordar la necesidad eventual de que un Estado cierre sus fronteras o imponga restricciones a los viajes en respuesta a la propagación internacional de la enfermedad.
2. En las leyes, las políticas y los planes para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública se debe contemplar:
   - **a.** la posible incidencia de una emergencia de salud pública en la movilidad humanas y en las necesidades de los individuos que puedan desear o necesitar realizar viajes (internacionales o dentro del país), como consecuencia (directa o indirecta) de esa emergencia, y
   - **b.** la necesidad eventual de repatriar a los migrantes a raíz de una emergencia y los procesos para facilitar esa repatriación.
3. Las leyes deben especificar claramente los criterios para el cierre de fronteras y/o las restricciones, y las modalidades de ejecución de tales medidas en la práctica. Estos criterios deben estar en consonancia con las obligaciones internacionales asumidas por los Estados en virtud del Reglamento Sanitario Internacional y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, como el derecho de toda persona a salir de cualquier país (incluso el propio) y a no ser privada arbitrariamente del derecho a entrar en el propio país.
4. Las leyes que regulan el cierre de fronteras o las restricciones de viaje en respuesta a la propagación internacional de enfermedades (u otro riesgo para la salud pública) deben:
   - **a.** cumplir con las obligaciones jurídicas asumidas por los Estados en el plano internacional hacia los refugiados y solicitantes de asilo, incluido el principio de no devolución;
   - **b.** incluir excepciones (con las debidas garantías sanitarias) por motivos humanitarios para los refugiados, los solicitantes de asilo y otras personas que huyen de un daño irreparable; e
   - **c.** incluir excepciones (con las debidas garantías sanitarias) para los inmigrantes que deseen ser repatriados.
5. Las leyes y/o políticas deben establecer acuerdos para imprevistos que garanticen la continuidad de la acogida a los solicitantes de asilo, así como de los trámites relativos a las solicitudes de asilo, dando prioridad a las personas más vulnerables.

Refugio provisional y vivienda

1. Las leyes, las políticas y los planes relativos a la gestión del riesgo de emergencias de salud pública deben tener en cuenta las necesidades de las personas sin hogar y adoptar medidas al respecto.
2. En particular, los planes para contingencias en caso de emergencias de salud pública deben identificar las principales medidas para proteger a las personas sin hogar, lo que incluye el suministro de alojamiento, atención médica, saneamiento e información.
3. Los Estados deben considerar la posibilidad de introducir o modificar las leyes, las políticas y los planes en vigor para identificar el apoyo económico y de otro tipo que haya de proporcionarse a las personas que corren el riesgo de perder su vivienda durante una emergencia de esta clase.
4. Las leyes, las políticas y/o los planes deben velar por que durante una emergencia de salud pública se brinde una vivienda y apoyo a la vivienda en función de las necesidades y no del régimen de tenencia.

Protección de los grupos vulnerables

Medidas generales de protección

1. Las leyes, las políticas y los planes nacionales para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública deberán:
   - **a.** ser lo suficientemente exhaustivos y flexibles para:
     - **i.** proteger y satisfacer las necesidades de todos los afectados por una emergencia de ese tipo; y

   ii. tener en cuenta que diferentes grupos pueden ser particularmente susceptibles a los riesgos de salud pública pertinentes entre una emergencia de salud pública y la siguiente;

b. en todas las etapas de la gestión del riesgo de emergencia de salud pública, prever la participación y representación de:

   i. los grupos que puedan ser especialmente vulnerables a los efectos de las emergencias; y

   ii. los organismos u organizaciones (como los organismos de asistencia social y las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja) cuya función incluye el cuidado o la protección de tales grupos;

c. prohibir la discriminación (directa e indirecta) con respecto a todos los elementos de la gestión del riesgo de emergencias de salud pública; y

d. contemplar (y, en su caso, incorporar) los principios, las directrices, las normas y los instrumentos existentes elaborados por la comunidad de la acción humanitaria internacional para la protección e inclusión de los grupos vulnerables.

2. Los planes para contingencias en emergencias de salud pública deben abordar las necesidades específicas y adicionales de los grupos vulnerables durante tales emergencias.

3. Las leyes, las políticas y las medidas prácticas concebidas para proteger a las personas más expuestas a los efectos directos de una emergencia de salud pública deben:

a. tener en cuenta los derechos de las personas afectadas y ser consecuente a ese respecto;

b. reflejar las circunstancias de los grupos específicos a los que se protege; y

c. en la medida en que obstaculicen los derechos fundamentales, estar sujetas a plazos, y ser proporcionales a la amenaza para la salud pública de que se trate.

4. Los grupos vulnerables deben tener acceso en igualdad de condiciones a las actividades de preparación preventiva e intervención en caso de emergencias de salud pública; y cuando así se lo requiera, esas actividades deben adaptarse para atender a sus necesidades específicas y adicionales.

Personas mayores y personas con discapacidades o enfermedades

Las leyes, las políticas y los planes nacionales para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública deben:

1. prever disposiciones para las necesidades específicas de las personas mayores y las personas con discapacidades o enfermedades en este tipo de emergencias, independientemente de que estas personas estén expuestas a:

a. riesgos directos por la propia infección o enfermedad en cuestión; o

b. riesgos indirectos debido a los efectos secundarios de la emergencia;

2. velar por la participación y representación de las personas mayores o con discapacidades o enfermedades en todas las etapas de la gestión del riesgo de emergencias de salud pública;

3. velar por la accesibilidad de las personas mayores o con discapacidad a la información y el apoyo proporcionados durante una intervención con motivo de una emergencia;

4. prever la continuidad de la asistencia sanitaria y social para las personas mayores o con discapacidad o enfermedad durante las emergencias; y

5. contemplar las normas y directrices internacionales pertinentes, como las Normas humanitarias de inclusión para personas mayores y personas con discapacidad y la Carta sobre la Inclusión de las Personas con Discapacidad en la Acción Humanitaria.

Personas expuestas a riesgo económico y financiero

Las leyes, las políticas y los planes nacionales para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública deben:

1. prever una ayuda financiera a las empresas y los hogares (incluidos los hogares de inmigrantes) en caso de que una emergencia de este tipo conlleve consecuencias económicas graves, dando prioridad a las personas más vulnerables y marginadas económicamente; y

2. garantizar en todas las etapas de la gestión del riesgo de emergencias de salud pública la participación y/o representación de los organismos y organizaciones que puedan ser necesarias para prestar apoyo económico y financiero.

Personas expuestas a riesgo de violencia

1. Las leyes y/o políticas deben solicitar a los organismos responsables de los servicios de prevención y protección contra la violencia doméstica o familiar que elaboren planes para contingencias por los que se garantice la continuidad de los servicios durante las emergencias de salud pública.
2. Los marcos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública (incluidas las leyes, las políticas y los planes para contingencias) deben abordar las disposiciones que hagan posible el acceso de las personas en riesgo de violencia doméstica a los refugios o alojamientos temporales y a otros servicios de protección durante una emergencia de ese tipo.
3. Las leyes que imponen restricciones de confinamiento durante una de estas emergencias deben prever expresamente que las personas que padecen o corren el riesgo de padecer violencia doméstica puedan:
    a. salir y/o permanecer fuera de su domicilio o lugar de residencia; y
    b. acceder a los servicios de protección y de asistencia psicosocial y de salud mental.

Escolares

1. Las leyes, las políticas y los planes para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública deben:
    a. establecer y respetar el principio de que, durante una de esas emergencias, el cierre de las escuelas sea el último recurso.
    b. prever la participación y representación de las escuelas y autoridades escolares en todas las etapas de la gestión del riesgo en ocasión de una emergencia de este tipo.
2. Las leyes y/o políticas deben exigir a las autoridades escolares y, en su caso, a cada escuela en particular, que mantengan planes para contingencias, a fin de hacer frente a los problemas que puedan surgir durante una emergencia de salud pública, como los que se refieren a:
    a. la identificación de medios alternativos para impartir enseñanza en caso de que las escuelas deban cerrar físicamente;
    b. la atención de las necesidades de los niños que puedan tener dificultades para acceder a una forma alternativa de enseñanza; y
    c. la identificación de medidas prácticas (por ejemplo, protocolos de bioseguridad) que permitan a las escuelas permanecer abiertas (o reabrir sus puertas) durante una emergencia.

Migrantes y grupos raciales y étnicos marginados

Las leyes, las políticas y los planes nacionales para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública deberían:

1. garantizar la participación y la representación de los migrantes y de los grupos raciales y étnicos marginados en todas las etapas de la gestión del riesgo de emergencias de salud pública;
2. establecer medidas para eliminar las barreras lingüísticas y culturales que impidan el acceso a la asistencia sanitaria, a la información y a otros tipos de apoyo durante una emergencia de ese tipo; y
3. garantizar el pleno acceso de los migrantes a la atención sanitaria y a otros servicios esenciales durante una emergencia, independientemente de su situación migratoria.

FACILIDADES JURÍDICAS PARA LOS AGENTES HUMANITARIOS

Facilidades jurídicas en general

En consonancia con la lista de verificación del informe DPR y las directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial (Directrices IDRL), los Estados deberían establecer leyes y políticas permanentes que proporcionen facilidades jurídicas a) a las organizaciones humanitarias nacionales participantes en las intervenciones nacionales en casos de desastres (incluidas las emergencias de salud pública); y b) los Estados y las organizaciones humanitarias que presten asistencia durante las intervenciones en casos de desastres internacionales (incluidas las emergencias de salud pública), si reúnen los criterios establecidos.

Restricciones a la circulación y a las actividades económicas

1. Las leyes que introduzcan restricciones a la circulación interna o a las actividades económicas durante una emergencia de salud pública deben eximir expresamente de esas restricciones a las Sociedades Nacionales y a otras organizaciones humanitarias pertinentes (con las debidas garantías sanitarias).
2. Si se prevén exenciones para los "trabajadores o servicios esenciales", la definición de este concepto debe ser clara e incluir al personal y los voluntarios de las Sociedades Nacionales y de otras organizaciones humanitarias pertinentes.

Cierre de fronteras y/o restricciones de ingreso

1. Las leyes que establezcan cierres o restricciones en las fronteras durante una emergencia de salud pública deben eximir expresamente de esas restricciones al personal de las organizaciones humanitarias que prestan asistencia y reúnan los criterios establecidos (con las debidas garantías sanitarias).
2. Los Estados que consideren la introducción de requisitos de cuarentena o autoaislamiento para los viajeros que entren en su territorio durante una emergencia de este tipo deberían, siempre que sea posible, eximir al personal humanitario de estos requisitos.
3. Cuando las exenciones automáticas para el personal humanitario no sean las apropiadas, las leyes y/o políticas deben establecer criterios claros y objetivos para la concesión de exenciones.
4. En consonancia con las directrices, las leyes y/o políticas deben, siempre que sea posible, eximir de los requisitos de visados y permisos de trabajo para el personal humanitario, o agilizar considerablemente su tramitación.

Cualificaciones profesionales

En consonancia con las directrices y la lista de verificación, las leyes y/o políticas deben prever el reconocimiento automático de las cualificaciones y licenciaturas extranjeras y/o interestatales o agilizar los procedimientos a tal fin en caso de una emergencia de salud pública u otro tipo de desastre.

Movimiento transfronterizo de bienes y equipos

1. Los Estados deben seguir velando por que las leyes y/o políticas que imponen cierres o restricciones en las fronteras en respuesta a una emergencia de salud pública no restrinjan el movimiento transfronterizo de bienes y equipos de socorro (con las debidas garantías sanitarias).
2. Si bien se reconoce que los Estados puedan desear controlar la exportación de ciertos suministros durante una emergencia de este tipo, a fin de atender a las necesidades de sus propias poblaciones, los Estados deben eximir a las organizaciones humanitarias de cualquier restricción que obstaculice su capacidad de importar o exportar bienes y equipos de socorro.
3. En futuras emergencias de salud pública, se deberán adoptar medidas (tomando como referencia la base de datos establecida por la Organización Mundial de Aduanas durante la pandemia de COVID-19) para proporcionar información actualizada sobre los controles de importación y exportación aplicables en todo el mundo.

Impuestos y aranceles

En consonancia con las Directrices IDRL y la lista de verificación, los Estados deben eximir a las organizaciones humanitarias (tanto nacionales como internacionales) que prestan asistencia y reúnan los criterios establecidos, del pago de los impuestos y derechos asociados directamente a sus actividades de gestión del riesgo de emergencias de salud pública.

SECCIÓN A
INTRODUCCIÓN

© Cruz Roja de Filipinas

1 / ANTECEDENTES Y CONTEXTO

1.1 / DERECHO Y EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

A finales de marzo de 2021, la pandemia de COVID-19 ha causado más de 135 millones de infecciones en todo el mundo y, lamentablemente, de más de 2,9 millones de muertes[14]. Sus efectos se han extendido prácticamente por todos los países y todos los sectores de la sociedad, en una magnitud sin precedentes desde la última emergencia de salud pública mundial, la pandemia de gripe española de 1918. En términos económicos, el Fondo Monetario Internacional ha estimado que los costes mundiales de la pandemia ascenderán a 28 billones de dólares en pérdidas de producción, y que los gobiernos y los bancos centrales deberán adoptar medidas fiscales por valor de unos 19 billones de dólares. En respuesta a la pandemia de COVID-19, los gobiernos se han visto obligados a introducir medidas jurídicas, a menudo con atribuciones de emergencia, para restringir la circulación e impedir la actividad habitual, tanto a nivel individual como empresarial. Nunca antes se habían promulgado tantas leyes y en tantos países por causa de un acontecimiento puntual en un periodo tan breve.

A raíz de la atención suscitada por la pandemia mundial de COVID-19 en la cuestión de las emergencias de salud pública, la Federación Internacional decidió iniciar, en el marco de su unidad de Derecho Relativo a Desastres, un nuevo proyecto de investigación para examinar la función de las normas jurídicas aplicables en casos de desastre a la hora de permitir o facilitar la preparación preventiva y la intervención ante tales emergencias. Este proyecto, titulado Proyecto de investigación sobre derecho y emergencias de salud pública, tiene como objetivo mejorar el conocimiento de la legislación sobre emergencias de salud pública y su relación con las normas jurídicas relativas a la gestión del riesgo de desastres en general y, a partir de ello, elaborar una guía de prácticas recomendadas sobre las normas jurídicas y las políticas nacionales relativas a emergencias de salud pública.

La unidad de Derecho Relativo a Desastres de la Federación Internacional está a la vanguardia de la elaboración y difusión de orientaciones sobre las prácticas recomendadas en materia de leyes y políticas nacionales sobre desastres. Ayuda a las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja a asistir a sus autoridades en el establecimiento y la aplicación de la legislación, las políticas y los procedimientos más avanzados en materia de desastres. Hasta la fecha, las directrices elaboradas en el marco de esta unidad establecen prácticas recomendadas en relación con 1) la facilitación y reglamentación del socorro internacional en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial[15]; 2) la reducción del riesgo de desastres[16]; y 3) la preparación preventiva e intervención en casos de desastre[17].

El proyecto se basa en este trabajo y además ha generado una serie de nuevas vertientes de investigación. Al comienzo de la pandemia de COVID-19, en el marco de la unidad de Derecho Relativo a Desastres la Federación Internacional, se encargó la elaboración de los mapeos jurídicos de investigación documental sobre las medidas de emergencia adoptadas en respuesta a la pandemia a nivel de país en ciento trece (113) Estados (en adelante, mapeos jurídicos de decretos de emergencia). Esta investigación se centró principalmente en el efecto eventual de estas medidas en las operaciones de la red de la Federación Internacional en todo el mundo. Posteriormente, la organización encargó en el marco de ese programa una segunda ronda de investigación documental a nivel de país, centrada en los marcos jurídico e institucional para emergencias de salud pública y la función de tales normas en la mitigación de sus efectos, especialmente en los grupos vulnerables (en adelante mapeos jurídicos emergencias de salud pública).

El objetivo de este informe es sintetizar la información obtenida en esta investigación para 1) ofrecer un análisis de la legislación actual y de otros instrumentos que rigen las emergencias de salud pública y 2) elaborar recomendaciones sobre la función del derecho en la preparación preventiva e intervención ante este tipo de desastres.

Este informe se encargó en el momento más álgido de la pandemia de COVID-19, una emergencia de salud pública que se produce una vez en generaciones. Por lo tanto, el enfoque de la investigación se centra, naturalmente, en las leyes que han permitido a los Estados intervenir ante esa pandemia. Sin embargo, la COVID-19 no ha sido la única enfermedad que ha convertido en desastre: a lo largo de la historia se han producido emergencias de esta naturaleza, desde la peste de Justiniano, pasando por la peste negra y la pandemia de gripe de 1918, hasta, en tiempos más recientes, el SARS y el ébola. Por lo tanto, la intención de la Federación Internacional en el marco del programa, era ejecutar un proyecto que no se limitara a los esfuerzos inmediatos por gestionar la pandemia de COVID-19, e investigara la manera en que se ha utilizado la legislación en emergencias de salud pública con anterioridad. Sin

embargo, aunque este informe se esfuerza por definir la situación más allá de la COVID-19, los mapeos jurídicos solo proporcionan un volumen limitado de información con respecto a las medidas jurídicas adoptadas en el marco de emergencias de salud pública no asociadas a esta pandemia.

Los mapeos jurídicos y el presente informe se ocupan principalmente de la legislación nacional relativa a las emergencias de salud pública. Sin embargo, no se puede emprender ningún análisis del derecho aplicable a este tipo de emergencias si no se comprende el marco jurídico adoptado para tales emergencias a nivel mundial, en gran parte, como un esfuerzo encaminado a mejorar las capacidades nacionales. Por lo tanto, en el informe también se considera la función preceptiva o la influencia de los instrumentos internacionales sobre los marcos jurídicos nacionales relativos a esas emergencias. El más importante es el Reglamento Sanitario Internacional o RSI, un instrumento jurídicamente vinculante concebido para "prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de 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"[18]. Los riesgos y efectos para la salud pública se mencionan en los principios rectores y las prioridades del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030[19], que se han completado con los Principios de Bangkok para la implementación de los aspectos de salud del marco de Sendai[20]. Estos principios consideran que el fortalecimiento de la coordinación es central para las medidas de reducción de los riesgos para salud pública y las amenazas biológicas; fomentan la cooperación, la integración y la coherencia sistemática entre la gestión del riesgo de desastres y la gestión del riesgo para la salud. No obstante, como se observará más adelante, sigue preocupando que el cumplimiento de las obligaciones internacionales por parte de los Estados no es uniforme o no recibe suficiente prioridad.

Como consecuencia de la pandemia de COVID-19, prácticamente todos los gobiernos del mundo se han visto obligados a aplicar legislación de salud pública (que a menudo puede estar relativamente desactualizada) y la mayoría ha tenido que promulgar nuevas leyes para permitir o respaldar su intervención. En el curso de la preparación de este informe se han considerado, además de los mapeos jurídicos, más de 1 000 piezas de legislación, que representan solo una fracción de las leyes de salud pública promulgadas en todo el mundo. Por lo tanto, la pandemia brinda un motivo y una oportunidad para hacer un balance del estado actual de las leyes sobre emergencias de salud pública a nivel internacional y nacional, y para considerar las mejoras que puede ser necesario introducir en la legislación y las prácticas, a los fines de una mejor preparación para la siguiente.

Lamentablemente, el riesgo de futuras emergencias de salud pública está en aumento. Como han informado el Banco Mundial y la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación de la OMS, los avances e innovaciones del último siglo:

> ***"han dado lugar a una vulnerabilidad sin precedentes a los brotes de enfermedades infecciosas que se propagan con rapidez, ya que han impulsado el crecimiento demográfico y la movilidad de la población, han alterado el clima, han aumentado la interdependencia y han generado desigualdad; la destrucción de las pluviselvas tropicales ha facilitado que virus de animales silvestres se propaguen a los seres humanos; hemos creado un mundo en el que una conmoción que se produzca en cualquier lugar puede convertirse en una catástrofe en todas partes; además, la expansión del nacionalismo y el populismo socavan la paz, la prosperidad y la seguridad comunes. Las enfermedades infecciosas se nutren de la desunión, por lo que la división social puede ser mortal"***[21]***.***

La advertencia del Junta de Vigilancia debe ser tomada en serio. En su informe anual de 2019 ofreció la siguiente recomendación:

> ***"Si bien la enfermedad siempre ha formado parte de la experiencia humana, una combinación de tendencias mundiales, que incluye en la ecuación la inseguridad y fenómenos meteorológicos extremos, ha incrementado el riesgo. La enfermedad se encuentra a sus anchas en el desorden y aprovecha la situación: los brotes han ido en aumento en las últimas décadas y el espectro de una emergencia sanitaria mundial se vislumbra peligrosamente en el horizonte. Si es cierto el dicho de que "el pasado es el prólogo del futuro", nos enfrentamos a la amenaza muy real de una pandemia fulminante, sumamente mortífera, provocada por un patógeno respiratorio que podría matar de 50 a 80 millones de personas y liquidar casi el 5% de la economía mundial. Una pandemia mundial de esa escala sería una catástrofe y desencadenaría caos, inestabilidad e inseguridad generalizadas. El mundo no está preparado"***[22]***.***

Como ha quedado demostrado en 2020, el mundo no estaba preparado.

1.2 / METODOLOGÍA

Este informe se basa en una investigación documental a nivel de país ("los mapeos jurídicos") realizada en dos fases.

La primera fase, los mapeos jurídicos de decretos de emergencia con motivo de la COVID-19, realizada en ciento trece (113) países**,** se completó de marzo a mayo de 2020, durante la fase inicial de la intervención con motivo de la pandemia. Esta actividad fue impulsada por los componentes de la red de la Federación Internacional, que experimentaban dificultades operativas debido a las restricciones establecidas. En consecuencia, se centra principalmente en los decretos y las medidas de emergencia promulgados para hacer frente específicamente a la COVID-19; la coordinación entre los diferentes agentes; los tipos de restricciones introducidas para detener la propagación de la enfermedad; y las facilidades jurídicas concedidas a los agentes humanitarios, incluidos los componentes de la red de la Federación Internacional. Las revisiones en sí pueden encontrarse en el sitio web de la Federación Internacional sobre derecho relativo a los desastres.

La segunda fase de la investigación documental a nivel de país, a saber, los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública, comprendió una evaluación más detallada de a) los marcos jurídico e institucional para este tipo de emergencias y b) la función del derecho en la mitigación de los efectos secundarios, así como de la incidencia en los grupos vulnerables de los países que se enumeran a continuación. Los Estados en que se realizaron los mapeos jurídicos se seleccionaron teniendo en cuenta una amplia cobertura geográfica y diferentes experiencias en el tratamiento de la COVID-19. Para este ejercicio, la unidad de Derecho Relativo a Desastres la Federación Internacional incluyó a varios países que habían experimentado emergencias de salud pública significativas con motivo de enfermedades distintas de la COVID-19 (por ejemplo, el zika, el ébola o el SARS). Las preguntas de los mapeos jurídicos fueron concebidas con el fin de recabar información sobre otras emergencias de salud pública, además de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, la mayoría de las respuestas a las preguntas se concentraron en las medidas inmediatas adoptadas para hacer frente a la COVID-19.

En los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública se consideraron los Estados que se detallan a continuación.

- **Región de África:** República Democrática del Congo; Liberia; Nigeria; Sierra Leona; Sudáfrica.
- **Región de América:** Brasil; Colombia; Honduras; Jamaica; y Estados Unidos de América (con mapeos jurídicos separados de Florida y Nueva York).
- **Región de Asia y el Pacífico:** Australia (con mapeos jurídicos separados de Nueva Gales del Sur y Victoria); China; Fiyi; India; República de Corea; Islas Marshall; Mongolia; Nueva Zelanda; Papúa Nueva Guinea; Samoa; Singapur; Islas Salomón; Sri Lanka; Tayikistán; Tuvalu; Vanuatu; y Vietnam.
- **Región de Europa:** Bulgaria, España y Reino Unido.
- **Región de Oriente Medio y Norte de África:** Irán y Emiratos Árabes Unidos

Estos mapeos jurídicos también se pueden encontrar en el sitio web de la Federación Internacional sobre derecho relativo a los desastres.

Durante el desarrollo de la pandemia y la intervención a nivel mundial, se han llevado a cabo investigaciones y se han publicado análisis y comentarios a gran escala. La mayoría se refieren a las cuestiones científicas y médicas de la pandemia o a la intervención en términos políticos u operativos; sin embargo, algunos se refieren a los aspectos jurídicos e institucionales de la intervención. El informe intenta, en la medida de lo posible, basarse en esta investigación adicional. Sin embargo, debido a la gran cantidad de material que aparece gradualmente, no se puede pretender que ofrezca un análisis exhaustivo de toda esta documentación. Procede hacer una advertencia acerca de los ejercicios de los mapeos jurídicos. Los mapeos jurídicos de los decretos de emergencia se llevaron a cabo al principio de la pandemia, cuando los Estados estaban introduciendo medidas urgentes para evitar la propagación de la enfermedad. Posteriormente, muchos Estados han modificado, sustituido o flexibilizado esas medidas. Por lo tanto, es posible que las medidas indicadas en los mapeos jurídicos ya no se apliquen, o al menos no del mismo modo. Los enlaces sobre legislación que aparecen en los mapeos jurídicos pueden haber dejado de funcionar o estar desactualizados. Por su parte, los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública se elaboraron en una etapa avanzada de la pandemia, pero también pueden haber quedado desactualizadas debido a acontecimientos posteriores. En consecuencia, las medidas a las que se hace referencia en los mapeos jurídicos (y por lo tanto, en este informe) también pueden haber sido modificadas o sustituidas.

Algunas de los mapeos jurídicos estuvieron a cargo de voluntarios que trabajaban o estudiaban en el Estado sobre el que informaban, pero otros fueron producidos por voluntarios que no estaban presentes en el Estado. Por lo tanto, se recurrió a materiales a los que se podía acceder en línea o a través de artículos de prensa. Si bien la pandemia de COVID-19 es quizás el primer caso en que los Estados utilizaron recursos en línea para comunicar información sobre desastres de forma tan generalizada, a la hora de consultar los mapeos jurídicos y sacar conclusiones sobre esa base conviene tener en cuenta que en algunos Estados el acceso a los materiales puede haber sido limitado.

Estas salvedades también son pertinentes en relación con las referencias de este informe a piezas de legislación o políticas específicas. Uno de los objetivos del proyecto es identificar buenas prácticas mediante un examen de la legislación que parezca representar un modelo o precedente. Sin embargo, en ocasiones también se identifican deficiencias o conflictos eventuales, y se puede citar un texto legislativo específico a modo de ilustración. Cabe señalar que, al hacerlo, no se pretende dirigir ninguna crítica contra algún Estado concreto, pues sería injusto dadas las salvedades entes señaladas sobre la información contenida en los mapeos jurídicos. Tampoco sería razonable, puesto que los Estados afectados no habrían tenido ninguna oportunidad de explicar la legislación o la política. Por lo tanto, si se percibe que en el informe se critica una pieza de legislación, una política u orientaciones específicas, no debe tomarse como tal, pues la intención es utilizar esas medidas para ilustrar las deficiencias, los conflictos, etc. que pueden surgir, sin considerar si están causando algún problema o si son inadecuadas.

El informe también está sujeto a una salvedad más general, y es que se ha redactado a finales de 2020 y principios de 2021, en circunstancias en que el final de la pandemia parece lejano. Cuando efectivamente termine, sin duda habrá muchos análisis y debates sobre las normas jurídicas y medidas que ayudaron a reducir la infección, las que favorecieron la propagación de la enfermedad, y las que tuvieron efectos inaceptables o consecuencias inadvertidas. Aunque sería deseable ofrecer un análisis sobre las normas jurídicas y medidas que pueden haber tenido un efecto beneficioso, no es posible hacerlo en este informe, ya que es demasiado pronto para llegar a esa perspectiva. Además, sería inadecuado extraer tales conclusiones basándose únicamente en la información disponible en los mapeos jurídicos, porque las normas jurídicas no funcionan en el vacío. La eficacia de la legislación depende tanto de La manera en que se aplica como de su contenido.

Parecería que algunos Estados han logrado contener o erradicar efectivamente el virus. La legislación que utilizaron estos Estados en su intervención con motivo de la COVID-19 puede haber contribuido a estos logros, pero en este momento no se puede afirmar con certeza. En otros casos, se percibía que los Estados se habían dotado de los marcos exhaustivos necesarios para estar preparados para una emergencia y, sin embargo, si se evalúan las estadísticas puras (es decir, el número de casos y de muertes), algunos de ellos parecen haber obtenido los peores resultados de todos. La índole del virus, las circunstancias locales particulares, la susceptibilidad de determinados grupos, los retrasos operativos, la ineficacia en la aplicación y los efectos de otros desastres o emergencias ocurridos simultáneamente pueden ser factores que influyen en los buenos o malos resultados de las medidas adoptadas.

En consecuencia, el informe solo puede intentar basarse en la información proporcionada en los mapeos jurídicos para exponer una serie de observaciones, sugerencias y recomendaciones. Como todavía queda mucho por aprender de esta pandemia, muchas de ellas solo serían preliminares.

Además, hay una serie de cuestiones con una dimensión jurídica que quedan fuera del alcance de este informe, incluidas algunas cuestiones que solo pueden analizarse adecuadamente en una fase posterior de la pandemia. Entre las cuestiones que escapan al ámbito de este informe se encuentran: 1) cuestiones jurídicas "infodémicas", como los medios por los que se proporciona la información durante las emergencias de salud pública y la manera en que se presenta, especialmente las preocupaciones en torno a la publicación de información falsa; 2) cuestiones relacionadas con las sanciones por el incumplimiento de las normas de confinamiento y otras medidas de emergencia; 3) los mandatos gubernamentales sobre las organizaciones del sector privado médico y farmacéutico; 4) los requisitos de rastreo y las cuestiones de privacidad (incluso en torno a las aplicaciones y, especialmente, el uso y el acceso obligatorio a los datos); 5) el seguro y el acceso a la atención para los que participan en la intervención (incluidos los voluntarios); y 6) la priorización de las vacunas, las vacunas obligatorias y los pasaportes de vacunas. Todas estas cuestiones figurarán sin duda en futuras investigaciones.

Países Bajos, 2021. La Cruz Roja Holandesa apoya a los servicios regionales de salud holandeses en la vacunación contra el COVID-19.

© Cruz Roja Holandesa Arie Kiev

1.3 / ESTRUCTURA DEL INFORME

El informe se divide en cuatro (4) secciones principales. Esta sección (sección A) consta de dos capítulos. El capítulo 1 trata de explicar los antecedentes y el contexto del proyecto. El capítulo 2 considera las características de las emergencias de salud pública y ofrece ejemplos de emergencias anteriores.

La sección B examina los marcos jurídicos e institucionales existentes sobre estas emergencias: la estructura general de los sistemas de gestión del riesgo de emergencias de salud pública. En primer lugar, examina los marcos mundiales en que deben funcionar los sistemas nacionales de gestión del riesgo de emergencias de salud pública (capítulo 3), en particular, el Reglamento Sanitario Internacional, que es un tratado multilateral. El capítulo 4 aborda en detalle los marcos jurídicos e institucionales nacionales para la gestión de la preparación preventiva para las emergencias de salud pública y la intervención cuando se producen. Se presta especial atención a los tipos de agentes que participan en actividades de preparación preventiva e intervención ante una de estas emergencias, así como a las modalidades de coordinación y colaboración. El capítulo también examina brevemente la manera de promover la comprensión de las leyes y políticas aplicables por parte de los agentes principales y el público en general, y de velar por que se extraigan enseñanzas de las emergencias. En el capítulo 5 se abordan las atribuciones de emergencia y las condiciones para activar su uso, así como las dificultades que plantea la declaración (o su equivalente) de una emergencia de salud pública, de un estado de desastre o de un estado de urgencia.

En la sección C se examina la función de la legislación en la mitigación de los efectos de estas emergencias en los grupos vulnerables y en la mitigación de los efectos secundarios (por ejemplo, en relación con la movilidad humana, la vivienda, los medios de subsistencia y la educación). El informe DPR de la Federación Internacional [23] considera que una serie de grupos vulnerables pueden estar especialmente expuestos a los desastres. Entre ellos se encuentran: las mujeres y las niñas (que pueden sufrir discriminación y/o violencia sexual y de género), los niños, las personas mayores, las personas con discapacidad, los migrantes (incluidos los solicitantes de asilo y los desplazados internos), los grupos raciales y étnicos marginados y las comunidades indígenas. Además, las emergencias de salud pública pueden poner de manifiesto las vulnerabilidades de otros grupos que no suelen considerarse especialmente expuestos a los efectos de los desastres. Por lo tanto, la sección C utiliza la información proporcionada en los mapeos jurídicos para explorar:

- los efectos de las emergencias de salud pública en la movilidad humana, como el efecto de los cierres de fronteras y las restricciones de viaje a raíz de esas emergencias;
- las iniciativas introducidas para hacer frente a las dificultades que plantean estas emergencias a las personas sin hogar, así como las medidas adoptadas para evitar la pérdida de la vivienda (como consecuencia de las consecuencias económicas de la emergencia);
- los efectos de las emergencias en los grupos vulnerables o expuestos a la enfermedad en cuestión; y
- los efectos sociales a gran escala de una emergencia de salud pública, tales como:
    - la pérdida de los medios de subsistencia y la falta de acceso a la atención de necesidades básicas, en particular, a los servicios sanitarios ordinarios;
    - las perturbaciones en la educación por el cierre de las escuelas y la cuestión de la equidad al sustituirlas por recursos en línea;
    - el aumento de la violencia en el hogar y de las cuestiones ligadas a la protección de la infancia, en parte debido a las órdenes de "confinamiento" o de "permanencia en un refugio"; y
    - la posibilidad de que haya (y en qué medida) discriminación contra grupos minoritarios o marginados (como los migrantes o las comunidades indígenas) en relación con el acceso a la asistencia sanitaria y a los programas de ayuda del gobierno.

La sección D se centra en las facilidades jurídicas para los agentes humanitarios y otros agentes de intervención inicial e inmediata (a nivel nacional e internacional). El análisis se basa principalmente en los mapeos jurídicos de los decretos de emergencias de salud pública relativos a la COVID-19 y su examen de la incidencia de las restricciones impuestas a los cruces de fronteras, los viajes dentro del país, la actividad comercial y la importación y exportación de suministros esenciales, como el equipo de protección personal.

1.4 / RECOMENDACIONES Y ORIENTACIONES ADICIONALES

a lo largo del informe se formulan una serie de recomendaciones. Estas se han elaborado en base a las pruebas y buenas prácticas que se desprenden de los mapeos jurídicos de decretos de emergencias y de salud pública, publicaciones, exámenes e investigaciones anteriores sobre las emergencias de salud pública, y la experiencia y los conocimientos de la red de la Federación Internacional.

Como se ha mencionado en secciones anteriores, se está todavía en las primeras fases de identificación de las enseñanzas que se pueden extraer de la pandemia de COVID-19, y no podrá eludirse también en una serie de investigaciones sobre los medios para mejorar la gestión del riesgo de emergencias de salud pública a nivel nacional. Las recomendaciones de este informe son, por tanto, preliminares y de carácter general; no son demasiado vinculantes, ni pretenden imponer a los Estados exactamente el tipo de marco de gestión del riesgo que deben adoptar para este tipo de emergencias. Procuran, en cambio, determinar las cuestiones jurídicas fundamentales que deben tener en cuenta los responsables de la adopción de decisiones y ofrecer una orientación general sobre la función de la legislación sobre emergencias de salud pública (al igual que la legislación más general sobre desastres) como sustento de los componentes principales para la eficacia y equidad de las medidas de preparación preventiva e intervención.

Muchos Estados ya han adoptado varias de las observaciones y sugerencias contenidas en el informe; de hecho, la mayoría de las recomendaciones se basan en leyes y buenas prácticas que ya se aplican. Es posible que esas recomendaciones no sean aplicables en otros Estados, o que, tras haberlas considerado previamente, se haya optado por enfoques alternativos.

Si bien en algunos casos puede resultar obvio la importancia de unas recomendaciones respecto de otras, no se ha establecido ningún orden de prioridad. Las que se refieren a las obligaciones jurídicas internacionales vigentes para los Estados son claramente fundamentales, pero el orden de prioridad dependerá de las circunstancias de cada Estado, como por ejemplo, su ordenamiento jurídico, sus estructuras administrativas y de gobierno, sus acuerdos de financiación y su capacidad. Sobre la base de este informe, la Federación Internacional publicará, en el marco de la unidad de Derecho Relativo a Desastres, un documento de orientación conciso para apoyar a los gobiernos, las Sociedades Nacionales y otras partes interesadas en el fortalecimiento de la legislación relativa a la preparación preventiva y la intervención en casos de emergencias de salud pública. Este documento de orientación completará e integrará el conjunto más amplio de directrices publicadas en el marco de la citada unidad de la Federación Internacional, incluidas la lista de verificación de las directrices, la lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgo de desastre y la lista de verificación sobre derecho, preparación para desastres e intervención a raíz de estos.

Uganda, 2017. La Cruz Roja de Uganda ha creado un poderoso sistema de voluntarios en coordinación con el Ministerio de Salud, que ayuda a detener la propagación del ébola detectando los brotes de forma temprana. © FICR Corrie Butler

El equipo de gestión de cadáveres de la Cruz Roja se encarga de desinfectar la casa de una presunta víctima mortal del ébola en la zona de West Point de Monrovia, Liberia.

© FICR Victor Lacken

2 / EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

2.1 / DEFINICIONES DE EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA

El presente informe se centra en las normas jurídicas relativas a un tipo concreto de desastre, a saber, las emergencias de salud pública. Es fundamental utilizar y comprender la terminología pertinente, pues ello puede influir en medidas clave como la activación de estados de excepción, la asignación de responsabilidades y, específicamente en relación con este tipo de emergencia, la decisión sobre la necesidad de notificar los eventos sanitarios a la OMS o a otros Estados. Sin embargo, el propio concepto de "salud pública" no siempre está claro, y los diferentes Estados y agentes utilizan diversas definiciones para referirse a una "emergencia de salud pública". Aunque las enfermedades transmisibles y las infecciones están reconocidas universalmente como amenazas para la salud pública y como causas de este tipo de emergencias, existen dudas sobre otras amenazas, en general de aparición lenta. Un ejemplo es la resistencia a los antimicrobianos. Este fenómeno se ha identificado como un riesgo eventualmente grave para la salud pública a largo plazo, pero solo se incluye en los planes de emergencias de salud pública en un pequeño número de Estados de la muestra[24]. En algunas definiciones de emergencia de salud pública, no resulta claro si la resistencia a los antimicrobianos se clasifica dentro de este tipo de emergencias.

Se ha trabajado mucho a nivel internacional para establecer una terminología genérica sobre los desastres, pero las emergencias de salud pública no ocupan un lugar destacado en esa labor. El informe del grupo de trabajo intergubernamental de expertos de composición abierta sobre los indicadores y la terminología relacionados con la reducción del riesgo de desastres[25], por ejemplo, incluye las emergencias sanitarias en su comentario sobre la definición de "desastre", pero no establece la naturaleza exacta de ese tipo de emergencia. Del mismo modo, la propuesta de definición de desastre adoptada por la Comisión de Derecho Internacional es suficientemente amplia como para abarcar las emergencias de salud pública[26], pero se centra más en otros desastres. Ello no es, tal vez, sorprendente. Aunque el marco de Sendai ha impulsado una mejora significativa en la gestión del riesgo de desastres en general, así como en las normas jurídicas nacionales aplicables a tal fin, parecería que ha dedicado menos ímpetu y atención a la gestión del riesgo de emergencias de salud pública. De este modo se minimiza la importancia de las enfermedades (y otros riesgos para la salud pública) como riesgo directo de desastre (en adelante, emergencia de salud pública primaria), así como un riesgo a consecuencia de otros desastres (en adelante, emergencia de salud pública secundaria).

Con todo, hay una definición que empieza a ser más aceptada. Tal vez no sorprenda que se trate de la definición adoptada por la OMS, que define una emergencia de salud pública:

> ***como un evento o amenaza inminente de una enfermedad causada por bioterrorismo, una enfermedad epidémica o pandémica o una afección de salud, o un agente infeccioso o toxina biológica novedosos y altamente mortales que plantea el riesgo sustancial de una gran cantidad de muertes de seres humanos, o incidentes o una discapacidad permanente o a largo plazo***[27]***.***

Aunque existen definiciones alternativas, incluso dentro de la propia OMS[28], para el presente informe se ha adoptado esta definición. Se trata de una definición amplia. Abarca las enfermedades pandémicas y las "emergencias de salud pública de importancia internacional", término utilizado en el Reglamento Sanitario Internacional (véase la sección 3.3). También abarca los brotes de enfermedades más localizados (por ejemplo, los brotes o epidemias) y la difusión de agentes o toxinas.

2.2 / BROTES, EPIDEMIAS Y PANDEMIAS

El presente informe se centra principalmente en los tipos más comunes de emergencia de salud pública, que son los brotes de infecciones y enfermedades, las epidemias y, cuando una epidemia se propaga a nivel internacional, las pandemias. La OMS define una epidemia como:

> ***la aparición en una comunidad o región de casos de enfermedad u otros eventos relacionados con la salud con una incidencia mayor a la esperada. Se especifica con precisión la comunidad o región y el periodo en que se producen los casos. El número de casos que indica la presencia de una epidemia varía según el agente, el tamaño y tipo de población expuesta, su experiencia previa o ausencia de exposición a la enfermedad y el lugar y tiempo en que se produjo***[29]***.***

Una pandemia es la propagación de una nueva enfermedad a nivel mundial [30]o un brote de enfermedad de alcance mundial que afecta a una cantidad de seres humanos claramente superior a la normal[31].

A diferencia del bioterrorismo y la resistencia a los antimicrobianos, es evidente que estos eventos no son nuevos. A lo largo de los siglos, la peste ha sido la enfermedad más habitual y mortal; ejemplos de ello son la peste de Justiniano en los años 540 a 590 d.C. y la "peste negra" del siglo XIV. Desde la peste negra se han producido repetidas apariciones de la peste bubónica (incluida la "gran peste" del siglo XVII) hasta nuestros días[32]. En el siglo XIX, eran prevalentes el cólera y la fiebre tifoidea. Los brotes dieron lugar a los primeros enfoques concertados y generalizados basados en utilizar legislación para abordar las enfermedades transmisibles. Por ejemplo, la Ley de enfermedades epidémicas de India, de 1897, que se utilizó en la intervención con motivo de la pandemia de COVID-19, se promulgó tras los brotes de peste bubónica en Bombay a finales del siglo XIX.

El periodo que se inicia en 1918 en adelante se ha descrito como "El siglo de las pandemias"[33]. No es casual que a este periodo también se haya caracterizado como la era de los viajes internacionales y la globalización. Todos están familiarizados con la sucesión de las graves emergencias de salud pública ocurridas en ese periodo. Se calcula que la pandemia de gripe de 1918 mató al menos a 40 millones de personas en todo el mundo e infectó a un tercio de la población mundial. Otras pandemias de gripe se sucedieron a intervalos periódicos: las pandemias de 1957 y 1968 causaron una cantidad importante de enfermos (principalmente entre los jóvenes y las personas mayores), y una cifra estimada en entre 1 y 4 millones de muertos en todo el mundo. La pandemia de gripe A (H1N1), de 2009, fue menos grave, pero fue la primera enfermedad declarada por la OMS como emergencia de salud pública de importancia internacional.

En los últimos treinta y cinco (35) años se han identificado muchas enfermedades infecciosas de nuevo cuño. La mayoría de estas nuevas enfermedades son zoonóticas, es decir, transmisibles de forma natural, directa o indirectamente, entre animales vertebrados y humanos. Un ejemplo es el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), una enfermedad respiratoria viral causada por un coronavirus. En noviembre de 2002 se originó en Asia un brote de esta enfermedad, que acabó extendiéndose a casi dos docenas de países de Asia, América del Norte, América del Sur y Europa. Para cuando se logró contenerla, en julio de 2003, la enfermedad había afectado a más de ocho mil (8 000) personas en todo el mundo, de las cuales murieron más de setecientas cincuenta (750).

Otra enfermedad relativamente nueva es la enfermedad por el virus del Ébola[34]. Se trata de una enfermedad aguda y grave, con una tasa de mortalidad media de alrededor del cincuenta por ciento (50%). Se cree que se introduce en la población humana a través del contacto directo con la sangre u otros fluidos corporales de animales infectados. La transmisión de persona a persona se produce por contacto directo con la sangre o los fluidos corporales de personas infectadas. Se estima que el brote del ébola de 2013-2016 comenzó en Guinea, en diciembre de 2013, y cruzó las fronteras de Sierra Leona y Liberia a finales de marzo y principios de abril de 2014. El 8 de agosto de 2014, la OMS declaró una emergencia de salud pública de importancia internacional. Tras la declaración, la comunidad internacional envió recursos adicionales a los países afectados, con la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola. La OMS declaró el fin de la emergencia en mayo de 2015, momento en el que se habían producido aproximadamente veinte nueve mil (29 000) infecciones y once mil trescientas (11 300) muertes. El ébola sigue constituyendo una amenaza contundente. El 1 de agosto de 2018 se declaró un brote en Kivu del Norte, en la República Democrática de Congo. El 17 de julio de 2019 la OMS indicó que el brote constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional[35]. Para cuando se declaró el fin de la emergencia, el 25 de junio de 2020[36], se habían producido tres mil cuatrocientos setenta (3 470) casos y dos mil doscientos ochenta y siete (2 287) muertes. Incluso más recientemente, los ministerios de salud de la República Democrática de Congo y de Guinea han anunciado nuevos brotes el 7 y el 14 de febrero de 2021, respectivamente.

Brasil, 2016. Miembros de la Cruz Roja Brasileña en el estado de Rio Grande do Norte se informan sobre el virus del Zika. © FICR Miguel Domingo García

Otra epidemia notable fue el brote del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), que se identificó por primera vez en Arabia Saudí en 2012. Se cree que el coronavirus causante de este síndrome respiratorio (el MERS-CoV) se origina en los murciélagos y se transmite a través de los camellos. Alrededor del treinta y cinco por ciento (35%) de los diagnosticados con la enfermedad mueren a causa de ella, pero el virus no pasa fácilmente de persona a persona a menos que haya contacto cercano. Hasta enero de 2020 se habían notificado unos dos mil quinientos (2 500) casos, y los brotes más importantes se registraron en la República de Corea en 2015 y en Arabia Saudí en 2018[37].

El brote del virus del Zika se produjo en 2015. Originado en Brasil, el virus fue transportado por mosquitos a través de América del Sur y Centroamérica y hacia el Caribe. Cuando se transmite de una mujer embarazada infectada a su feto, la enfermedad puede causar microcefalia y otras anomalías cerebrales graves en el bebé y generar el síndrome de Guillain-Barré en los adultos. La OMS declaró que el brote constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional en febrero de 2016.

Por último, se debe mencionar la pandemia de COVID-19. Esta enfermedad está causada por un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2, supuestamente originado en Wuhan (República Popular China) en diciembre de 2019. La OMS fue notificada del virus el 31 de diciembre de 2019. Al igual que con muchos de los otros brotes de enfermedades descritos anteriormente, se cree que se originó en los murciélagos y eventualmente se transmitió a los seres humanos a través de mamíferos intermediarios. Como ya se ha mencionado, hasta la fecha se han confirmado más de 99 millones de casos de COVID-19, y se han registrado más de 2 millones de víctimas mortales.

Sin embargo, estas emergencias de salud pública reconocidas constituyen solo una pequeña muestra de los eventos de salud pública que pueden tener efectos significativos en la salud y la economía de determinados países o regiones. En 1994 un brote de peste en Surat (India) causó una pérdida de 260 millones de dólares en el sector del comercio, 420 millones de dólares en el ámbito de las exportaciones, y un daño general a la economía, en particular por los perjuicios en el sector del turismo, valorados en más de 2 000 millones de dólares[38]. Estas emergencias son mucho más comunes de lo que cree el público en general. Las noticias de brotes de enfermedades publicadas por la OMS sirven de indicador del número de emergencias de salud pública que se producen. En 2018 se emitieron noventa y una (91) alertas de brotes[39] y, en 2019, ciento diecinueve (119)[40]. Hasta finales de octubre de 2020, la OMS había comunicado sesenta y cuatro (64) noticias de brotes de enfermedades, cincuenta y ocho (58) de las cuales se referían a enfermedades distintas de la COVID-19; de estas, veinte nueve (29) correspondían al ébola en la República Democrática de Congo; siete (7) al MERS; y el resto cubrían casos comunicados de otras enfermedades, como, por ejemplo, fiebre amarilla (en la Guyana Francesa, Gabón, Togo, Etiopía, Chile y Uganda), fiebre de Lassa (en Nigeria), y el virus del dengue y el virus Maya y de Oropouche (en la Guyana Francesa)[41].

2.3 / BIOTERRORISMO

Otro tipo de emergencias de salud pública incluido en la definición de la OMS es el bioterrorismo. Se define como la liberación intencional de virus, bacterias u otros gérmenes que pueden infectar o matar a las personas, los ganados o los cultivos[42]. Los incidentes que implican la ´difusión deliberada de agentes y toxinas han sido, afortunadamente, poco frecuentes. No se trata un fenómeno exclusivamente nuevo: está bien documentado el uso indiscriminado de productos químicos, especialmente gases, por parte de los Estados en la guerra[43]. Más recientemente se han producido ataques malintencionados por parte de individuos o grupos; por ejemplo, los ataques con gas nervioso de la secta Aum Shinrikyo en Japón, en 1994 y 1995, y el envío de cartas cargadas con ántrax a organizaciones de medios de comunicación en Estados Unidos, en 2001, causaron diecinueve (19) y cinco (5) víctimas mortales, respectivamente. Como en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no figuran en ninguna parte comentarios específicos sobre el bioterrorismo, este fenómeno no se considera en detalle en este informe.

2.4 / RIESGOS DE EVOLUCIÓN LENTA Y OTROS RIESGOS PARA LA SALUD PÚBLICA

La definición de emergencia de salud pública de la OMS no abarca (o al menos, no lo hace explícitamente) 1) las amenazas de salud de presencia constante y continua, y 2) los riesgos de aparición lenta. Haciendo una analogía burda, podría decirse que estas amenazas son a la gestión del riesgo de emergencias de salud pública lo que el cambio climático es a la gestión del riesgo de desastres en general, es decir, eventualmente igual de dañinos; sin embargo, a diferencia de los desastres inminentes o repentinos, es posible que hasta la fecha no se haya dado a esas amenazas a la salud el reconocimiento o la importancia que merecen en la legislación y los marcos respectivos de gestión del riesgo.

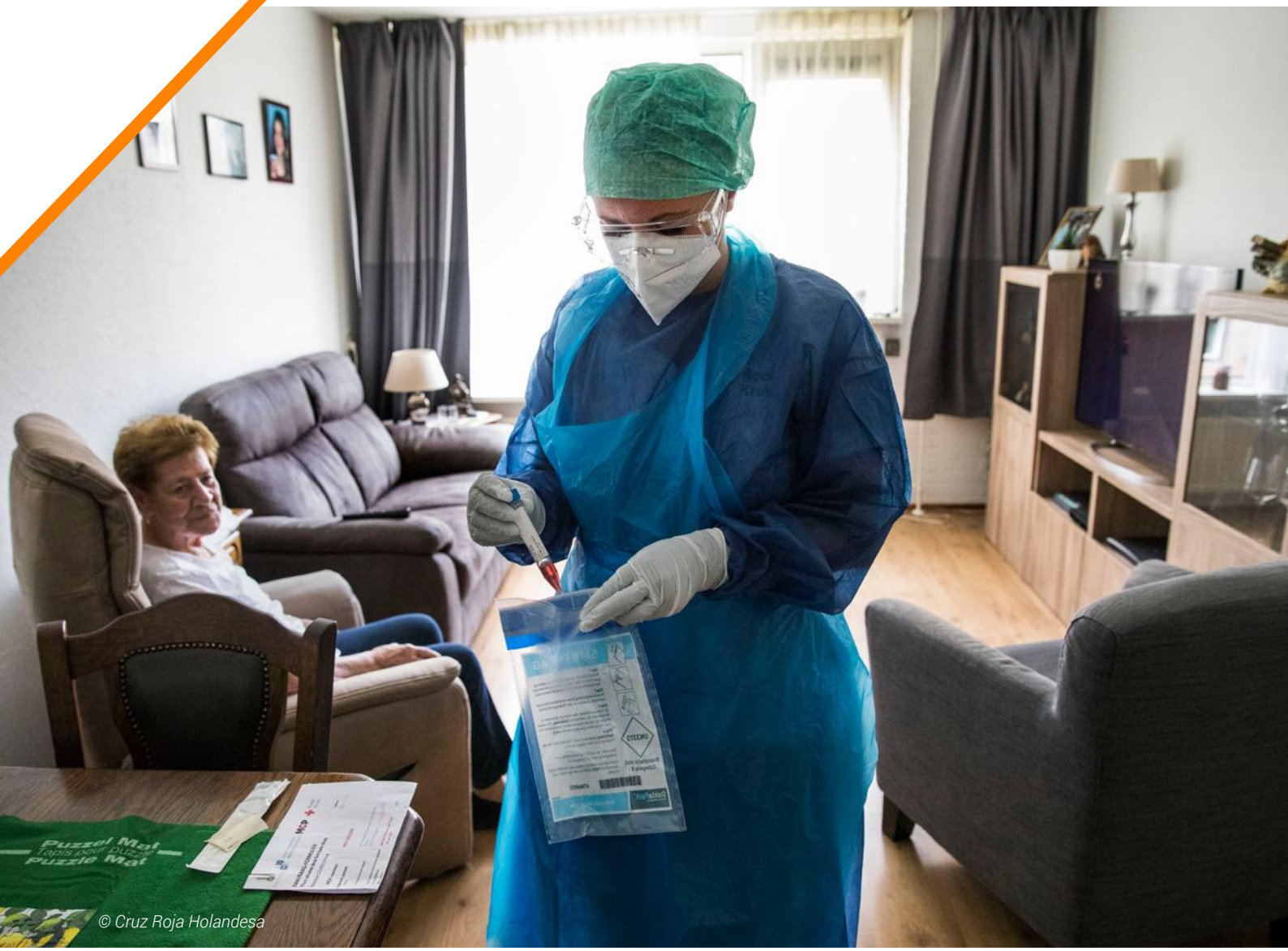
La primera categoría incluye enfermedades como el paludismo o el VIH/SIDA, que son endémicas (es decir, que están presentes de forma constante y generalizada)[44]. En 2019, se estima que hubo 229 millones de casos de paludismo en todo el mundo, con un saldo de cuatrocientas nueve mil (409 000) víctimas mortales[45]. Se estima que todavía hay 38 millones de personas que viven con el VIH/SIDA[46]. Sin embargo, como se verá en el próximo capítulo, estos tipos de enfermedades no son eventos “extraordinarios” y, por lo tanto, no se clasifican como emergencias de salud pública de importancia internacional. La información contenida en los mapeos jurídicos indica la posibilidad de que tampoco sean consideradas como emergencias de salud pública en las legislaciones nacionales.

La segunda categoría abarca las amenazas de salud pública más amplias, que surgen lentamente y plantean riesgos a más largo plazo. Quizás el riesgo más destacado de esta categoría sea la resistencia a los antimicrobianos, que se refiere a los medicamentos que se vuelven ineficaces en el tratamiento de infecciones causadas por microorganismos como bacterias, virus o parásitos. Si los antibióticos se vuelven ineficaces, una cirugía menor puede convertirse en un procedimiento de alto riesgo, que genere infecciones graves e incluso la muerte. La necesidad de abordar esta cuestión ha sido reconocida a través del plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos[47], que fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en una declaración política de 2016[48]. Salvo una sola excepción,[49] ninguna de las representaciones de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública menciona la resistencia a los antimicrobianos u otros riesgos de salud pública de evolución lenta, por lo que esas amenazas no se consideran en detalle en este informe. No obstante, puede decirse que se deberían abordar estos riesgos en todo marco a largo plazo sobre gestión del riesgo de emergencias de salud pública, para toda amenaza.

Islas Salomón, 2009. Se entregan mosquiteros en preparación para la temporada de malaria, que va de diciembre a junio y que afecta especialmente a los niños. El personal de la Cruz Roja atribuye la aparición de la malaria en al calentamiento global

© FICR Rob Few

SECCIÓN B
MARCOS JURÍDICOS E INSTITUCIONALES SOBRE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA



© Cruz Roja Holandesa

3 / MARCOS JURÍDICOS E INSTITUCIONALES A NIVEL MUNDIAL

3.1 / INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de este informe es analizar los marcos jurídicos e institucionales nacionales sobre este tipo de emergencias. Sin embargo, aunque la estructura nacional para una emergencia de este tipo suele configurarse a nivel nacional, las iniciativas e instrumentos mundiales tienen una influencia importante. Por lo tanto, en este capítulo se examinan los antecedentes mundiales en la elaboración de las legislaciones nacionales, y su posible repercusión en la mejora de las capacidades nacionales en materia de emergencias de salud pública.

Mientras se finalizaba este informe, varios dirigentes mundiales solicitaron la elaboración de un nuevo tratado mundial sobre pandemias, que ayudara a establecer mejores sistemas de alerta acerca de posibles pandemias y a mejorar el intercambio de datos y la distribución de vacunas y equipos de protección personal[50]. Aunque aún no se han determinado las disposiciones para un nuevo tratado, es probable que el análisis y las recomendaciones de este capítulo y de otras partes del informe sean muy pertinentes a esos efectos. En particular, en la sección 3.4 del presente capítulo se formula una serie de recomendaciones sobre asuntos que deberían considerarse en una revisión futura del Reglamento Sanitario Internacional. Muchas de esas cuestiones también deberían tenerse en cuenta durante la elaboración de un nuevo tratado internacional relativo a emergencias de salud pública.

3.2 / CONTEXTO MUNDIAL

Desde mucho antes de la aparición de la COVID-19, la comunidad mundial se ha ocupado de la necesidad de mejorar los marcos de salud pública. En el centro de esta actividad se han situado las normativas sanitarias y de salud que abordan infecciones transfronterizas. Estas culminaron en el Reglamento Sanitario Internacional de 2005. Más adelante en este capítulo (sección 3.3) se analizarán en detalle los requisitos del Reglamento y su repercusión en la gestión del riesgo de emergencias de salud pública a nivel nacional. Sin embargo, antes de eso se examinan una serie de instrumentos e iniciativas internacionales que ilustran el esfuerzo mundial por mejorar las leyes y políticas nacionales en materia de emergencias de salud pública y se sitúan al Reglamento en su contexto.

3.2.1 / Objetivos de desarrollo sostenible

Uno de los principales componentes del marco mundial general es la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible y los objetivos de desarrollo sostenible (en adelante, ODS)[51]. Las medidas tendientes a mejorar la atención sanitaria y reducir en mayor medida los riesgos y efectos de las emergencias de salud pública sustentan la consecución de muchos de esos objetivos, especialmente el Objetivo 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y el Objetivo 11 (lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles). La meta 3.d, incluida en el Objetivo 3, es especialmente pertinente para este informe, y consiste en "Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial"[52]. La inclusión de esta meta en el Objetivo 3 pone de relieve que el fortalecimiento de la gestión del riesgo de emergencias de salud pública es un aspecto del desarrollo sostenible, y requiere el respaldo y la participación de los agentes de la cooperación para el desarrollo. Otras metas del Objetivo 3 pertinentes para este informe son:

- poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles[53];
- lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos[54] y
- apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo[55].

Bangladesh, Cox's Bazar, 2021. Masuda Pervin, una enfermera, se alista para aplicar una vacuna contra el COVID-19. En Cox's Bazar, la Media Luna Roja de Bangladesh, con el apoyo del Movimiento, ha estado trabajando junto con las autoridades gubernamentales y otros organismos para apoyar las medidas preventivas contra el COVID-19. © FICR Ibrahim Mollik

3.2.2 / Agenda de seguridad sanitaria mundial

La Agenda de seguridad sanitaria mundial, presentada en 2014, prevé una asociación entre Estados, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales y el sector privado para "abordar los posibles peligros para la salud mundial y trabajar en pro de un mundo seguro y protegido de las enfermedades infecciosas"[56]. El marco de 2024 de la agenda apunta a promover un enfoque multisectorial, apoyar la observancia de las normas internacionales de salud humana y animal, colaborar para identificar y abordar las deficiencias y prioridades en materia de seguridad sanitaria mundial, y avanzar en la financiación sostenible de las medidas de seguridad sanitaria mundial para todos los sectores pertinentes[57]. El objetivo principal de la agenda es trabajar con los asociados pertinentes a fin de contribuir activamente en los esfuerzos nacionales, regionales y mundiales para apoyar a los países en la evaluación, planificación, movilización de recursos y ejecución de actividades que fomenten la capacidad en materia de seguridad sanitaria[58]. El marco reconoce la necesidad de una conexión con otros procesos mundiales y agentes mundiales que participan en el ámbito de la seguridad sanitaria mundial, como la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal, el Grupo Banco Mundial y la alianza para las evaluaciones externas conjuntas (una alianza de múltiples partes interesadas formada para apoyar los procesos de evaluación y los resultados de la labor de fortalecimiento de la capacidad de los países)[59]. La agenda para 2024, que está inextricablemente vinculada al cumplimiento de los requisitos de capacidades básicas que exige el Reglamento Sanitario Internacional, apunta a lograr que más de cien (100) países completen una evaluación de la capacidad en materia de seguridad sanitaria y elaboren un plan y movilicen recursos para subsanar las deficiencias[60]. Los Estados deben ser capaces de demostrar mejoras en al menos cinco (5) esferas técnicas, medidas a través de evaluaciones pertinentes de la seguridad sanitaria, como las del marco de seguimiento y evaluación del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS (véase la sección 3.3)[61].

3.2.3 / El marco de Sendai y los principios de Bangkok

El Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030[62] se sitúa en el centro de los esfuerzos internacionales para una mejor aplicación de la reducción del riesgo de desastres y la gestión del riesgo de desastres a nivel nacional. El objetivo del marco es prevenir nuevos riesgos de desastre y reducir los existentes mediante la aplicación de medidas integradas e inclusivas que prevengan y atenúen la exposición a las amenazas y la vulnerabilidad a los desastres. A esos efectos, adopta un enfoque centrado en las personas, que abarca todas las amenazas y es multisectorial, a fin de lograr la participación de toda la sociedad.

Aunque los riesgos y consecuencias en la salud pública no son objeto de atención específica en los principios más amplios de la reducción del riesgo de desastres aprobados en el marco de Sendai[63], aparecen mencionados, no obstante, en las metas mundiales y en las cuatro (4) prioridades de acción de dicho marco. Cuatro de las metas mundiales[64] tienen vínculos directos con la salud, y se centran en la reducción de la mortalidad, el bienestar de la población, la alerta temprana y la promoción de la seguridad de los centros de salud y los hospitales. Se hace hincapié en la resiliencia de los sistemas de salud mediante la integración de la gestión del riesgo de desastres en la prestación de asistencia sanitaria a todos los niveles. El marco de Sendai también hace referencia explícita al Reglamento Sanitario Internacional, al pedir una mayor cooperación entre las autoridades sanitarias y otras partes interesadas pertinentes para fortalecer la capacidad de gestión del riesgo de desastres de los países en relación con la salud y la aplicación del Reglamento.

La importancia de la salud como dimensión central de la reducción del riesgo de desastres se pone aún más de relieve en los **principios de Bangkok**, aprobados en la Conferencia Internacional sobre la Implementación de los Aspectos de Salud del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres, 2015-2030, celebrada en 2016 en Bangkok[65]. Los principios de Bangkok sitúan el fortalecimiento de la coordinación en el centro de los esfuerzos para reducir el riesgo de salud pública y las amenazas biológicas, y fomentan la cooperación sistemática, la integración y la coherencia entre la gestión del riesgo de desastres y de los riesgos para la salud. A esos efectos, los principios amplían la interpretación de las disposiciones relacionadas con la salud en el marco de Sendai, mediante la recomendación de siete (7) medidas para integrar sistemáticamente la salud en las políticas y planes nacionales y subnacionales de reducción del riesgo de desastres. Las más pertinentes para el presente informe son las siguientes:

1. la promoción de la integración sistemática de la salud en las políticas y planes nacionales y subnacionales de reducción del riesgo de desastres y la inclusión de programas de gestión del riesgo de emergencias y del riesgo de desastres en las estrategias sanitarias nacionales y subnacionales[66];
2. una mayor cooperación entre las autoridades sanitarias y otras partes interesadas para reforzar la capacidad de gestión del riesgo de desastres de los países en lo que respecta a la salud, la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y la creación de sistemas sanitarios resilientes[67];
3. la promoción de la coherencia y el desarrollo ulterior de las políticas y estrategias locales y nacionales, los marcos jurídicos, las normas y los acuerdos institucionales[68].

Las principales medidas de los Estados en el marco de los principios de Bangkok incluyen:

1. promover un enfoque a nivel de todo el gobierno y de toda la sociedad, situando a la población expuesta a riesgo y las comunidades en el centro de las medidas de gestión de riesgos de emergencias y de desastres;
2. elaborar o revisar políticas multisectoriales, planes y programas integrados para la reducción del riesgo de emergencias y de desastres, a fin de incluir el componente del sector de la salud, y gestionar los riesgos sanitarios de las emergencias y los desastres con los niveles adecuados de recursos en apoyo de la aplicación;
3. aumentar la participación de los representantes del sector de la salud en los comités y plataformas multisectoriales de gestión de riesgos de emergencia y de desastres a todos los niveles.

Los principios de Bangkok se basan en el marco de Sendai y, por lo tanto, tienden a reflejar la terminología y el enfoque de ese marco sobre la reducción del riesgo de desastres y la gestión de ese riesgo. Como resultado, cabría eventualmente interpretar esos principios como un mecanismo para promover, no solo la integración, sino prácticamente la fusión de los marcos de gestión de riesgos de emergencias de salud pública con el régimen más amplio de gestión del riesgo de desastres. Sin embargo, ello puede llevar demasiado lejos. En este informe se entiende que, si bien los

principios de Bangkok procuran la coordinación, la integración y la coherencia entre los marcos de gestión de riesgos de emergencias de salud pública y de gestión del riesgo de desastres en general, ello no significa que deba haber un marco jurídico e institucional único, con un único conjunto de leyes y políticas. Obviamente, los Estados pueden decidir adoptar este enfoque y, como se analiza más adelante en el informe, algunos ya lo han hecho. Sin embargo, los principios de Bangkok son más permisivos y reconocen implícitamente que los Estados pueden seguir manteniendo leyes y/o políticas separadas para las emergencias de salud pública. El mensaje fundamental de esos principios es que, sea cual sea la forma en que los Estados deseen organizar sus leyes y/o políticas de emergencias de salud pública y gestión del riesgo de desastres, dichas leyes y políticas deben estar coordinadas, integradas y cohesionadas.

3.2.4 / XXXIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Un elemento esencial de la labor reciente del Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ha sido también reconocer la importancia de mejorar las medidas para hacer frente a las emergencias de salud pública, en paralelo con sus esfuerzos por mejorar las normas jurídicas y políticas sobre desastres en general. En la XXXIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, celebrada en 2019, se aprobó una resolución fundamental sobre la lucha contra las epidemias y las pandemias. En virtud de la Resolución 3, los Estados parte de los Convenios de Ginebra, el CICR, la Federación Internacional y las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja:

1. [invitaron] a los Estados a que posibiliten y faciliten que los componentes del Movimiento, de conformidad con sus respectivos mandatos y capacidades y en consonancia con el derecho internacional, propicien un enfoque coordinado y previsible ante epidemias y pandemias, con inclusión de actividades efectivas de coordinación y colaboración internacionales, y la interacción con las comunidades afectadas y en apoyo de estas;
2. [alentaron] a los Estados a que incluyan a las Sociedades Nacionales, en función de su cometido y sus capacidades, y como auxiliares de los poderes públicos en el ámbito humanitario, en los marcos nacionales de prevención y lucha contra enfermedades y de preparación preventiva multisectorial, y, según sea factible, aporten financiación para respaldar la función de estas en ese sentido;
3. [alentaron], además, a las Sociedades Nacionales a que, según proceda, ofrezcan apoyo a las autoridades públicas en los esfuerzos que despliegan sus Estados con miras al fortalecimiento de capacidades esenciales como parte de las obligaciones dimanantes del Reglamento Sanitario Internacional, velando por que existan de manera efectiva disposiciones especiales para la intervención sanitaria pública eficiente y expedita en favor de las poblaciones afectadas en casos de crisis, en coordinación con otras organizaciones locales e internacionales, con particular énfasis en la consolidación de medios de alerta temprana y de la capacidad de intervención rápida en comunidades vulnerables, de difícil acceso, dotadas de pocos servicios y expuestas a elevado riesgo, concediéndose debida atención a las diversas necesidades de los niños y niñas y de hombres y mujeres;
4. [destacaron] la necesidad de la promoción de la participación directa de la comunidad en actividades de prevención de brotes de enfermedades, de preparación y de intervención en relación con estas, basada en un enfoque multisectorial que abarque todos los riesgos y a toda la sociedad, y [alentaron] a los Estados y a las Sociedades Nacionales a que aprovechen los enfoques sustentados en pruebas y centrados en la comunidad sobre prevención y detección de brotes de enfermedades y reacción ante estos;
5. [alentaron], además, a los Estados y a las Sociedades Nacionales a que prosigan la elaboración de herramientas, orientaciones y estrategias innovadoras encaminadas a favorecer la aplicación de las medidas mencionadas y a fortalecer la capacidad de estas para reaccionar y para utilizar datos y de tecnologías con el fin de mejorar la calidad de sus intervenciones ante epidemias y pandemias;
6. [reiteraron] la importancia de la priorización la prevención y la preparación preventiva y de la inversión en esas esferas, así como del aporte de financiación catalítica para apoyar la acción temprana, incluso por parte de las Sociedades Nacionales;
7. [reiteraron] además, la importancia de la movilización de recursos y del fomento de capacidades para que los Estados en desarrollo y las respectivas Sociedades Nacionales estén en condiciones de intervenir ante amenazas de epidemias o pandemias;
8. [alentaron] a los componentes del Movimiento, las autoridades públicas y demás agentes, a que adopten medidas apropiadas, en función de sus contextos nacionales y regionales, para garantizar, tanto cuanto sea posible, la adecuada preservación de la salud y la seguridad de los voluntarios y miembros del personal que intervienen a raíz de epidemias y pandemias, con inclusión de los aspectos relativos a su salud mental y bienestar psicosocial"[69].

Muchos de los temas de esta resolución reflejan las medidas mundiales antes mencionadas y son pertinentes en el análisis de los marcos nacionales para las emergencias de salud pública considerados en el presente informe. Su importancia se ha visto reforzada por la pandemia de COVID-19 que, como se verá, ha puesto de relieve el papel de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en la intervención ante una emergencia de ese tipo, pero también los efectos eventuales de estas emergencias en la capacidad de las Sociedades Nacionales para operar con eficacia.

3.2.5 / Disposiciones específicas sobre la pandemia de COVID-19

En relación específicamente con la pandemia de COVID-19, la comunidad mundial ha aprobado una serie de resoluciones en respuesta a la pandemia. Las más notables son la resolución general de la Asamblea General de las Naciones Unidas, "Respuesta integral y coordinada a la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19)"[70], y la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la respuesta a la COVID-19[71]. La resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas fue seguida por una resolución del Consejo de Seguridad de esa Organización, que procuraba un cese general e inmediato de las hostilidades y los conflictos armados como parte de la respuesta de las Naciones Unidas a la pandemia de COVID-19[72]. La resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la COVID-19 subrayó la necesidad de que los Estados "pongan en marcha una respuesta a nivel de todas las instancias gubernamentales y toda la sociedad, en particular mediante la aplicación de un plan de acción nacional e intersectorial contra la COVID-19... haciendo partícipes a las comunidades y colaborando con las partes interesadas pertinentes[73]. También pidió a los Estados que pusieran en marcha "medidas contra la COVID-19 que sean integrales y proporcionadas, tengan plazos determinados e incluyan una perspectiva de edad, discapacidad y género, garantizando al mismo tiempo el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situaciones vulnerables, promoviendo la cohesión social, adoptando las medidas necesarias para garantizar la protección social y la protección contra las dificultades financieras, y previniendo la inseguridad, la violencia, la discriminación, la estigmatización y la marginación"[74]. Ello es aplicable a la consideración de los grupos vulnerables en la Parte C del presente informe. La citada resolución de la Asamblea Mundial también pretendía asegurar que "las restricciones a la circulación de personas y de equipos médicos y medicamentos en el contexto de la COVID-19 sean temporales y específicas y que incluyan excepciones para la circulación de los trabajadores sanitarios y de ayuda humanitaria, incluidos los agentes de salud comunitarios, que les permitan el cumplimiento de sus obligaciones, y para el traslado del equipo y los medicamentos que necesiten las organizaciones humanitarias en sus operaciones"[75]. En los mapeos jurídicos de los decretos de emergencia puede apreciarse la repercusión de las intervenciones de los Estados ante la COVID-19 en dicha circulación, cuestión que se analiza en el capítulo 10.

Italia, 2020. Preparación de los voluntarios de la Cruz Roja italiana antes del servicio de ambulancia en Florencia. © Michele Squillantini

3.2.6 / Acuerdos regionales

Dentro de varias de las medidas examinadas anteriormente se hace referencia a la contribución de los acuerdos regionales a la mejora de la gestión del riesgo de emergencias de salud pública a nivel nacional. El Reglamento Sanitario Internacional también prevé expresamente la colaboración "a través de múltiples canales, incluidos los bilaterales, a través de redes regionales y las oficinas regionales de la OMS"[76]. En el informe del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias se puso de manifiesto la necesidad de mejorar los acuerdos regionales en materia de salud pública)[77]. El Grupo de Alto Nivel consideró que las organizaciones regionales y subregionales "apoyaron la respuesta a la crisis del ébola con capacidades innovadoras y experiencia". Recomendó que "[l]as organizaciones regionales deberían desarrollar o reforzar las capacidades permanentes para prestar asistencia en la prevención de las crisis sanitarias y la respuesta a ellas, haciendo especial énfasis en los ámbitos en que pueden ofrecer un importante valor añadido a las respuestas nacionales".

Si bien los acuerdos regionales para la gestión del riesgo de desastres en general están bien desarrollados, quizás sorprendentemente, es más difícil encontrar acuerdos relativos a las emergencias de salud pública. Un ejemplo de una excepción específica es la Decisión núm. 1082/2013 de la Unión Europea, que aborda las amenazas transfronterizas graves para la salud y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en la UE. La decisión establece formalmente el Comité de Seguridad Sanitaria de la UE y reconoce el papel del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades en la vigilancia epidemiológica y la alerta temprana[78]. Existen otros acuerdos regionales que pueden aplicarse a las emergencias de salud pública, principalmente basados en grupos económicos o en acuerdos genéricos preexistentes sobre gestión del riesgo de desastres, como por ejemplo, el Acuerdo de la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN) sobre gestión del riesgo de desastres e intervención de emergencia[79], el Mecanismo de protección civil de la Unión Europea[80] o el Acuerdo de intervención de emergencia ante desastres del Caribe[81]. Los mapeos jurídicos de las emergencias de salud pública de varios Estados insulares del Pacífico hacen referencia a la contribución de las iniciativas regionales, como la Estrategia del Pacífico de las Naciones Unidas[82] y el Plan de respuesta del equipo humanitario del Pacífico COVID-19.[83] En general, no se facilitó mucha información sobre acuerdos institucionales regionales oficiales específicos para las emergencias de salud pública o la salud pública. Una excepción es la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA)[84]. CARPHA es una agencia regional de salud pública para el Caribe establecida por un acuerdo intergubernamental en 2011[85]. Su mandato incluye a) dirigir intervenciones efectivas ante las crisis de salud pública en el Caribe y b) a través de la colaboración con la Caribbean Disaster Emergency Management Agency (CDEMA), la Organización Panamericana de la Salud y la OMS, fortalecer la capacidad regional y la capacidad de los Estados miembros individuales en la preparación, el seguimiento de las amenazas eventuales, y la intervención ante cualquier emergencia o desastre. CARPHA parece haber desempeñado un papel importante en la intervención con motivo de la pandemia de COVID-19 en el Caribe y puede, por lo tanto, sentar un precedente para el establecimiento de otros acuerdos regionales sobre las emergencias de salud pública.

3.3 / REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

3.3.1 / Establecimiento del Reglamento Sanitario Internacional

El Reglamento Sanitario Internacional de 2005 es el último de una serie de instrumentos que han abordado el problema de las infecciones transfronterizas. Tras la creación de la OMS en 1946, se aprobó en 1951 el Reglamento Sanitario Internacional[86], que contenía medidas preventivas contra tres enfermedades específicas, a saber, el cólera, la peste y la fiebre amarilla. El reglamento de 1951 se convirtió en la versión del Reglamento Sanitario Internacional de 1969[87]. En 1995, la 48ª Asamblea Mundial de la Salud pidió una revisión del Reglamento en respuesta al aumento de los viajes y el comercio internacionales y a la aparición de nuevas amenazas de enfermedades internacionales. Tras el brote de SARS en 2003, en 2005 se aprobó el Reglamento actual, que entró en vigor en junio de 2007[88].

La finalidad y el ámbito de aplicación del Reglamento son "prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de 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"[89]. La versión de 2005 supone un cambio de enfoque significativo respecto al Reglamento anterior, al no limitarse ya a enfermedades específicas. Esta versión se aplica a "toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano". Por lo tanto, podría decirse que el RSI de 2005 adopta un enfoque de "todos los riesgos para la salud pública".

3.3.2 / Responsabilidades de la OMS en el marco del Reglamento Sanitario Internacional

La mayoría de las funciones conferidas a la OMS escapan al ámbito del presente informe y se refieren, por ejemplo, a la creación de una lista de expertos del RSI[90], al establecimiento y a la función de un comité de emergencias[91] y de un comité de examen[92], y a la participación de otros organismos internacionales, intergubernamentales y especializados[93]. Sin embargo, hay dos funciones que son pertinentes al informe: a) la facultad de declarar emergencias de salud pública de importancia internacional[94], y b) cuando se haya declarado una emergencia de salud pública de importancia internacional, el deber de emitir recomendaciones temporales[95].

Suiza, 2020. El Director General de la OPS, Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, y el Secretario General de la FICR, Mr Jagan Chapagain, firman un memorando de entendimiento para la cooperar en la aplicación de la iniciativa del Equipo Médico de Emergencia (EMT). © OPS/Chris Black

Por "emergencia de salud pública de importancia internacional" se entiende un "evento extraordinario que, de conformidad con el Reglamento, se ha determinado [por conducto del director general de la OMS] que i) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y ii) podría exigir una respuesta internacional coordinada"[96]. En el Reglamento se detalla el proceso para la determinación de la existencia de una emergencia de salud pública de importancia internacional[97]. Debe basarse en la notificación por parte de un Estado o Estados de eventos de salud pública inesperados o inusuales en el territorio de un Estado[98]. Sin embargo, una innovación introducida en la versión de 2005 es la posibilidad de que la OMS pueda utilizar para adoptar una decisión la información obtenida de otras fuentes. El RSI[99] prevé que la OMS comparta información con otras organizaciones y, cuando lo justifique la magnitud del riesgo para la salud pública, con otros Estados[100]. Hasta la fecha se han hecho declaraciones de emergencias de salud pública de importancia internacional con respecto a la gripe porcina o la gripe H1N1, en 2009; la poliomielitis y el ébola, en 2013; el virus del Zika, en 2016; el ébola nuevamente, en 2018; y la COVID-19, en 2020 (véase la sección 2.2).

Las consecuencias de la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional son que 1) la OMS puede ofrecer más asistencia al Estado afectado y a otros Estados afectados o amenazados por esas emergencias[101], y 2) el Director General tiene la obligación, tras haber solicitado previamente el asesoramiento del Comité de Emergencias, de emitir recomendaciones temporales a los Estados[102] . Las recomendaciones temporales "podrán incluir las medidas sanitarias que habrá de aplicar el Estado parte en que ocurra esa emergencia de salud pública de importancia internacional, u otros Estados Parte, a las personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, y/o paquetes postales a fin de prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad con un mínimo de trabas para el tráfico internacional"[103]. El artículo 18 del RSI establece el tipo de asesoramiento que puede incluirse en una recomendación temporal. Ello incluye exigir un examen médico y la vacunación u otras medidas profilácticas; someter a las personas sospechosas a observación de salud pública y someter a cuarentena u otras medidas sanitarias; localizar a quienes hayan estado en contacto con personas sospechosas o afectadas; denegar la entrada a las personas sospechosas o afectadas, o la entrada en las zonas afectadas a las personas no afectadas; y aplicar pruebas de cribado y/o restricciones a la salida de personas de las zonas afectadas[104]. Sin embargo, las recomendaciones temporales no son vinculantes para los Estados.

Kenia, 2019. Miembros de la comunidad dibujan un mapa de sus aldeas con características geográficas clave, incluyendo la ubicación de las fuentes de agua, los centros de salud, los mercados y las rutas de migración de los animales, las prácticas de sacrificio y entierro de los animales, las tendencias de las enfermedades estacionales y otros riesgos. Todo esto es necesario para poder tomar medidas eficaces para identificar las fuentes de los brotes de enfermedades y contener la propagación. © FICR Corrie Butler

3.3.3 / Responsabilidades de los Estados en virtud del Reglamento Sanitario Internacional

Las obligaciones conferidas a los Estados en virtud del Reglamento se dividen en dos grandes categorías. La primera refleja los instrumentos que precedieron al RSI de 2005 y comprende las medidas que abordan la propagación de enfermedades a través de los viajes y el comercio internacionales[105]. Aunque la acción del Estado debe evitar obstáculos innecesarios en el tráfico y el comercio internacionales, el Reglamento permite a los Estados aplicar medidas que 1) pueden adoptarse en los puntos de entrada para exigir a los viajeros que proporcionen información o se sometan a un examen médico[106]; 2) impedir que embarcaciones y aeronaves hagan escala en los puntos de entrada[107]; y 3) ocuparse de los viajeros sospechosos, lo que incluye someterlos a observación de salud pública o exigirles exámenes médicos invasivos y vacunación[108].

La segunda categoría de obligaciones es la más pertinente para este informe. Esas obligaciones están dirigidas a aumentar las capacidades de los Estados para gestionar los riesgos de salud pública y las emergencias de salud pública y se denominan "capacidades básicas"[109]. Los deberes generales son los siguientes:

- desarrollar, reforzar y mantener la capacidad de detectar, evaluar, notificar y comunicar los eventos de salud pública[110];
- desarrollar, reforzar y mantener la capacidad necesaria para responder con prontitud y eficacia a los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional[111].

Las capacidades básicas debían establecerse en un plazo de cinco (5) años después de la entrada en vigor del Reglamento (es decir, 2012), aunque los Estados podían solicitar una prórroga de dos (2) años y, en circunstancias excepcionales, una prórroga posterior de dos años[112]. Sin embargo, la posibilidad de solicitar prórrogas ya ha expirado y, por tanto, la aplicación de las capacidades básicas no debería haberse retrasado más allá de 2016[113].

Para mejorar sus capacidades básicas, los Estados también deben:

- designar o establecer un centro nacional de enlace para el RSI y a las autoridades responsables de la aplicación de medidas sanitarias de conformidad con el reglamento[114];
- velar por que las autoridades competentes del Estado hayan previsto medidas de contingencia eficaces para afrontar eventos de salud pública inesperados[115];
- exigir a las autoridades competentes que se comuniquen con el centro nacional de enlace para el RSI acerca de las medidas pertinentes de salud pública adoptadas[116], y
- notificar a la OMS todos los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional[117].

Los Estados también deben, cuando la OMS lo solicite, facilitar apoyo, en la medida de lo posible, a las actividades de respuesta coordinadas por la OMS[118]. Los Estados parte se comprometen a colaborar entre sí todo cuanto sea posible para: a) la detección y evaluación de eventos, y la respuesta a los mismos, según lo que dispone el Reglamento; b) la prestación o facilitación de cooperación técnica y apoyo logístico, en particular para el desarrollo y reforzamiento de las capacidades en la esfera de la salud pública que requiere el Reglamento; c) la movilización de recursos financieros para facilitar la aplicación de sus obligaciones dimanantes del Reglamento. La colaboración podrá llevarse a la práctica a través de múltiples canales, incluidos los bilaterales, a través de redes regionales y las oficinas regionales de la OMS[119].

Todas las funciones del Estado en virtud del Reglamento deben ejercerse de forma transparente y no discriminatoria, con pleno respeto a la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas[120]. Los Estados también deben informar a la Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación del RSI[121].

3.3.4 / Exámenes del Reglamento Sanitario Internacional

Hasta la fecha, los comités de examen han llevado a cabo los siguientes exámenes en el marco del Reglamento: 1) sobre el funcionamiento del RSI y en relación con la pandemia (H1N1) de 2009[122]; 2) sobre las segundas prórrogas para el establecimiento de capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI[123]; y 3) sobre el papel del RSI en el brote de ébola y la respuesta al mismo[124]. Además, en respuesta al brote de ébola de 2013 a 2016, la OMS solicitó una evaluación provisional a un grupo de expertos externos independientes (en adelante, Grupo para la evaluación interina del ébola)[125]. En el momento de redactarse el presente informe, se ha encargado al comité de examen que lleve a cabo un cuarto examen centrado en el funcionamiento del RSI durante la respuesta a la COVID-19[126]. También en respuesta a la pandemia, la OMS ha creado un Grupo internacional de preparación y respuesta ante una pandemia, y está elaborando un examen universal de la salud y la preparación que funcionaría como un proceso regular y transparente de revisión por homólogos, similar al Examen Periódico Universal utilizado por el Consejo de Derechos Humanos[127].

Los tres exámenes realizados hasta la fecha difieren en su evaluación de la eficacia del Reglamento. El Grupo de expertos para la evaluación interina del ébola detectó deficiencias en ese instrumento, alegando que "La crisis del ébola no solo ha puesto de manifiesto deficiencias organizacionales en el funcionamiento de la OMS, sino que también ha revelado carencias en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Para que el mundo sea capaz de manejar eficazmente las amenazas para la salud, en particular enfermedades infecciosas que pueden afectarnos a todos, habrá que reforzar el Reglamento"[128]. El comité de examen de la Gripe A vio menos razones para criticar el Reglamento al considerar que el RSI había contribuido a "hacer que el mundo estuviera mejor preparado para hacer frente a las emergencias de salud pública". En el examen del ébola[129] se consideró que "los fallos en la respuesta al ébola no fueron consecuencia de fallos del propio Reglamento"[130].

Sin embargo, en todos los exámenes se destacó que uno de los principales problemas es la incapacidad de los Estados para cumplir con las capacidades básicas exigidas por el RSI.[131] El examen de la gripe H1N1 determinó que "el mundo [estaba] mal preparado para responder a una pandemia de gripe grave o a cualquier emergencia de salud pública similar de alcance mundial, sostenida y amenazante"[132]. El Grupo de evaluación interina del ébola consideró que la situación "en la que la comunidad mundial no se toma en serio sus obligaciones en virtud del [RSI] -un documento jurídicamente vinculante- es insostenible". El examen del ébola coincidió en concluir que "la aplicación plena del RSI debe ser un objetivo urgente para todos los países, puesto que es el medio colectivo para mejorar tanto la preparación mundial en materia de salud pública como la seguridad de la población mundial..."[133].

En 2015, el secretario general de las Naciones Unidas constituyó el Grupo de Alto Nivel sobre la respuesta mundial a las crisis sanitarias, que publicó su informe final en enero de 2016[134]. El Grupo de Alto Nivel formuló veintisiete (27) recomendaciones de actuación a nivel nacional, regional e internacional, entre las que se incluían medidas que abarcan diversos niveles de funciones de gobierno y requieren la participación de todos los sectores de la sociedad. Ese grupo constató que "resulta deficiente el mecanismo dirigido a vigilar el cumplimiento de los requisitos de capacidad básica que establece el RSI. La falta de evaluaciones independientes afecta a las medidas internacionales encaminadas a prestar apoyo a los países más vulnerables en la consecución de capacidades de preparación, vigilancia, detección y respuesta". Concluyó que era urgente establecer "un mecanismo de examen periódico del cumplimiento de los requisitos del RSI en materia de capacidad básica".

El Grupo de Alto Nivel se mostró especialmente crítico con el hecho de que "más de tres años después de concluido el plazo inicial para el cumplimiento de los requisitos previstos en el RSI en materia de capacidad básica (y de la aprobación de dos prórrogas), solo un tercio de los Estados parte en el RSI han informado de que cumplen plenamente estos requisitos"[135]. Comentando que "la comunidad local se encuentra en la primera línea de cualquier brote, y el Estado es el principal responsable de emitir alertas adecuadas y de responder a las crisis, y quien debe rendir cuentas por ello", el Grupo de Alto Nivel formuló la siguiente recomendación:

> ***"todos los países deben cumplir plenamente las obligaciones dispuestas en el RSI. En los casos en que carezcan de la capacidad necesaria, debería prestarse apoyo para aplicar urgentemente un conjunto básico de medidas. Esas medidas deberían estar bajo la autoridad directa de los Jefes de Gobierno e incluir el establecimiento de mecanismos de preparación y respuesta para casos de pandemia, con un mando y control claros; la contratación y la capacitación de profesionales de la salud y trabajadores sanitarios de la comunidad; y el establecimiento de un sistema integral de vigilancia y con un laboratorio nacional"***[136].

Las cuatro recomendaciones del Grupo de Alto Nivel dirigidas al ámbito nacional reflejaban la necesidad de adoptar medidas esenciales para que se atienda a los requisitos de capacidades básicas del RSI: formación de un personal sanitario eficaz; abordar los problemas de gobernanza; fortalecimiento de la implicación de la comunidad; y abordar los aspectos de las crisis sanitarias relacionados con el género[137]. La primera recomendación del Grupo fue que "a más tardar en 2020, los Estados parte en el RSI, con la cooperación internacional adecuada, cumplan plenamente los requisitos del RSI en materia de capacidad básica". Para hacer posible el cumplimiento, el Grupo consideró que los Estados deberían tomar medidas, entre ellas

- Incorporar la planificación de las respuestas a las crisis sanitarias en los mecanismos y planes nacionales de reducción del riesgo de desastre y preparación y respuesta ante los desastres.
- Obtener la colaboración de todos los interesados para determinar los recursos y la capacidad de respuesta.
- Elaborar planes para hacer frente a las pandemias y llevar a cabo simulacros para todo el personal de respuesta pertinente, incluidas las fuerzas de seguridad.
- Establecer un mecanismo de vigilancia "salud compartida" para reunir y analizar información sobre salud pública en tiempo casi real, combinando datos de todos los sectores de la sociedad.
- Garantizar la notificación inmediata de todos los eventos de salud inusuales al director regional de la OMS y el Programa de la OMS de Gestión de Brotes y Emergencias (Centro de la OMS para la preparación y respuesta frente a emergencias)[138].

Para abordar los problemas de gobierno, incluida la garantía de una mayor transparencia, el Grupo de Alto Nivel recomendó que "la planificación para las crisis sanitarias y la vigilancia periódica se lleven a cabo como parte de los mecanismos nacionales de reducción del riesgo de desastres y de preparación y respuesta, con aportes de representantes de diferentes ministerios y ONG"[139]. También se recomendó a gobiernos y los agentes de intervención que fortalezcan y racionalicen su colaboración con las comunidades y promuevan la implicación y la confianza de las comunidades locales[140].

3.3.5 / Iniciativas de la OMS para mejorar la aplicación a nivel nacional

En respuesta a estos exámenes, la OMS ha establecido una serie de iniciativas concebidas para asegurar una mejor aplicación del Reglamento a nivel nacional. Las iniciativas se refieren principalmente a los cuatro elementos básicos del marco de seguimiento y evaluación del RSI de la OMS[141]: 1) informe anual de autoevaluación de los Estados parte; 2) evaluación externa conjunta; 3) ejercicios de simulacros; y 4) examen después de la acción (y más recientemente, dentro de la acción)[142].

Con respecto al primer elemento básico, se ha elaborado el instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados parte[143] con el propósito de ayudar a los Estados a atender a su obligación de informar anualmente a la Asamblea Mundial de la Salud sobre el cumplimiento de los requisitos de capacidad previstos en el Reglamento Sanitario Internacional. Ese instrumento consta de veinticuatro (24) indicadores para las trece (13) capacidades del RSI necesarias para detectar, evaluar, notificar, informar y responder a los riesgos para la salud pública y a los eventos agudos de interés nacional e internacional. Un indicador clave es "Legislación y financiación". Este indicador pretende evaluar si los Estados disponen de "un marco jurídico adecuado en todos los sectores pertinentes para apoyar y facilitar la aplicación efectiva y eficaz de todas las obligaciones y derechos que les corresponden en virtud del RSI"[144]. El objetivo de este indicador es permitir a los Estados 1) determinar si se requiere una legislación nueva o modificada o si la existente merece ser revisada y 2) asegurar que los marcos legislativos sirven para institucionalizar funciones esenciales de salud pública que permitan sustentar el proceso continuo de preparación para responder a eventos de salud pública"[145].

El segundo elemento, la evaluación externa conjunta, es un proceso voluntario y continuo para apoyar a los Estados en la evaluación de la capacidad de los países para prevenir, detectar y responder rápidamente a las amenazas a la salud pública de forma independiente, a través de mediciones de la situación específica de cada país y los avances en la consecución de los objetivos del RSI. Estas evaluaciones se llevan a cabo mediante la herramienta de evaluación externa conjunta[146]; que cuenta con cuarenta y nueve (49) indicadores agrupados en diecinueve (19) áreas técnicas. El primer indicador de la herramienta es "legislación, políticas y financiación nacionales", y se señala que el término "legislación" se refiere al amplio abanico de instrumentos legales, reglamentarios, administrativos o de otro tipo del gobierno que pueden estar a disposición de los Estados parte para aplicar el Reglamento Sanitario. La herramienta establece que puede obtenerse este indicador si el Estado ha evaluado, ajustado y alineado su legislación, políticas y arreglos administrativos nacionales en todos los sectores pertinentes para permitir el cumplimiento del RSI[147].

En 2019, la OMS publicó los puntos de referencia de la OMS para las capacidades del Reglamento Sanitario Internacional[148]. Esos puntos de referencia abordan las trece (13) capacidades del RSI descritas en el instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados parte y las 19 áreas técnicas descritas en la herramienta de evaluación externa conjunta[149]. Al igual que en esa herramienta, el primer punto de referencia se centra en la "legislación, política y financiación nacionales", a saber, que:

> ***Un marco jurídico adecuado para los Estados parte es esencial para apoyar y permitir el cumplimiento de todas sus obligaciones y derechos del RSI. Ello puede incluir la creación de nueva legislación y/o la revisión de la legislación, los reglamentos u otros instrumentos existentes para facilitar la aplicación y el cumplimiento del RSI (2005). La falta de una legislación o política adecuada puede ser un obstáculo importante para la aplicación y debería considerarse una prioridad para permitir la aplicación eficaz de otras áreas técnicas***[150]***.***

Tanto en la herramienta de evaluación externa conjunta como en los puntos de referencia de la OMS, se pueden medir cinco (5) niveles de capacidad, que van desde el 1 ("Sin capacidad") hasta el 5 ("Capacidad sostenible"). El nivel 5 solo puede alcanzarse si un Estado ha "[confirmado] que la legislación, las leyes, los reglamentos y los requisitos políticos y administrativos pertinentes cubren todos los aspectos de la aplicación del RSI en función del perfil de riesgo del país"[151].

Para apoyar y supervisar la aplicación de las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel, en 2016 se creó el Equipo de tareas sobre las crisis mundiales de salud, que elaboró su informe final en 2017[152]. Aunque algunas de las iniciativas de la OMS antes mencionadas no se habían puesto en marcha antes de que el Equipo de tareas presentara su informe, este reconoció que un logro clave en el apoyo a los Estados fue la elaboración del marco de seguimiento y evaluación del RSI. No obstante, este grupo señaló que "no basta con diagnosticar los problemas: hay que ponerles remedio"[...] "Las deficiencias detectadas en las evaluaciones, así como en los exámenes a posteriori y en las simulaciones, deben incluirse entre las prioridades e incorporarse en los planes de acción nacionales de salud mediante la prestación de asistencia técnica y financiera al país en cuestión"[153].

Aunque el programa posterior se habrá visto sin duda afectado por la pandemia de COVID-19, hasta el 26 de octubre de 2020 se habían publicado setenta y nueve (79) informes de misiones de evaluación externa conjunta. Aunque posiblemente refleje la priorización de determinadas regiones, la distribución de las evaluaciones no es igual en todas las regiones de la OMS. La región de África, con un total de cuarenta y cuatro (44) evaluaciones, es la que más ha realizado. Se han efectuado diecisiete (17) evaluaciones en la región del Mediterráneo oriental, catorce (14) en la región de Europa, once (11) en la región del Pacífico occidental y ocho (8) en la región del Asia sudoriental. Aparte de Estados Unidos de América y Canadá, no se ha publicado ningún informe para la región de América. Desde 2016, la OMS también trabaja estrechamente con muchos países y sus socios para apoyar la elaboración del plan de acción nacional en pro de la seguridad sanitaria (NAPHS, por sus siglas en inglés). Se trata de un proceso de planificación multianual de los países que permite acelerar la creación de las capacidades básicas previstas en el RSI, y se basa en el enfoque de «Una sola salud» y el enfoque pan gubernamental[154]. El NAPHS también ofrece un proceso global para captar todas las iniciativas nacionales de preparación en curso y el mecanismo de gobernanza para la gestión de riesgos de emergencia y desastre. La publicación NAPHS for ALL - A Country Implementation Guide for NAPHS[155] proporciona orientación en cada fase del marco NAPHS, así como las herramientas y plantillas necesarias para elaborar y aplicar los planes de acción nacionales. Una ventaja fundamental es que el documento se dirige a todas las partes interesadas en la seguridad sanitaria.

En 2019, la OMS también elaboró un marco de gestión de riesgos de emergencias sanitarias y de desastres[156], concebido para establecer una terminología común y un enfoque integral que puedan adaptar y aplicar todos los agentes de la salud y otros sectores que trabajan para reducir los riesgos sanitarios y las consecuencias de las emergencias y los desastres.

Por último, la OMS ha elaborado tres conjuntos de herramientas para ayudar a los Estados a aplicar el Reglamento mediante la legislación nacional:

- *IHR (2005): Brief Introduction,* que constituye una breve introducción a la aplicación en la legislación nacional[157];
- *International Health Regulations (2005). Toolkit for implementation in national legislation. The National IHR Focal Point*. (Caja de herramientas para la aplicación en la legislación nacional - Punto de enlace nacional para el RSI) [158];
- *International Health Regulations (2005). Toolkit for implementation in national legislation. Questions and answers, legislative reference and assessment tool and examples of national legislation* (Caja de herramientas para la aplicación en la legislación nacional: Preguntas y respuestas, herramienta de referencia y evaluación legislativa y ejemplos de legislación nacional)[159] (incluye, en la sección III, ejemplos de leyes, reglamentos y otros instrumentos aprobados por los Estados parte que hacen referencia al RSI).

En el documento "Reglamento Sanitario Internacional: Una breve introducción a su aplicación en la legislación nacional" se ofrece orientación sobre la manera de realizar una evaluación de la legislación nacional"[160]. Se recomiendan medidas preliminares para ese ejercicio, mediante la creación, en primer lugar, de un comité intersectorial encargado de llevar a cabo la evaluación y el establecimiento de contactos con otros Estados que tengan una evaluación similar en curso. En cuanto al proceso de evaluación propiamente dicho, se formulan recomendaciones sobre las funciones y la legislación que deben identificarse, garantizando que se cubran las áreas prioritarias para la aplicación del RSI, y sobre la manera de efectuar el seguimiento de la evaluación[161].

3.4 / INCIDENCIA DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL EN LOS MARCOS NACIONALES PARA EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

3.4.1 / Capacidades básicas

Aunque el Reglamento Sanitario Internacional forma parte esencial del marco mundial para emergencias de salud pública, a los efectos de este informe la influencia más importante de este instrumento es para el fortalecimiento de las capacidades básicas nacionales identificadas. Mediante el desarrollo de esas capacidades, los Estados deberían estar mejor preparados para las emergencias de salud pública.

Lamentablemente, como concluye Bartolini, estas obligaciones, algunas de las cuales se encuentran entre los elementos más innovadores del RSI de 2005, adolecen de diversas deficiencias, y aproximadamente dos tercios de los Estados parte en el instrumento no han aplicado las medidas debido a que el nivel de preparación nacional es bajo o moderado[162]. El principal método para determinar si se cumplen los requisitos de capacidades básicas del Reglamento son los informes anuales de los Estados y el proceso de evaluación externa conjunta. Aunque se han comunicado mejores resultados en todas las capacidades básicas, de los noventa y seis (96) Estados evaluados hasta 2020, menos de la mitad habían tomado medidas para desarrollar la capacidad de cumplimiento de la legislación sobre el RSI[163]. Los comités de examen y el Grupo de Alto Nivel sobre la respuesta mundial a las crisis sanitarias y el Equipo de tareas sobre las crisis mundiales de salud llegaron a conclusiones similares. Como resume Negri, estos órganos de examen pusieron de manifiesto una serie de cuestiones críticas y deficiencias que repercuten negativamente en el buen funcionamiento del RSI (2005) y que socavan considerablemente su eficacia. En particular, constataron que los problemas generales y las deficiencias estructurales consisten en una aplicación deficiente y en la falta de sanciones aplicables efectivamente[164]. La falta de sanciones aplicables[165] formará parte, sin duda, de los próximos exámenes del RSI[166], pero un mejor cumplimiento de las capacidades básicas del RSI a través de la legislación nacional[167] debería ayudar a los Estados a establecer marcos nacionales de gestión de riesgos de emergencias de salud pública mucho más integrados y eficaces.

RECOMENDACIÓN

Los Estados deben seguir adoptando medidas para garantizar que su legislación nacional contemple y facilite las capacidades básicas del RSI y cumpla sus obligaciones en virtud de este.

3.4.2 / Seguimiento y evaluación

Como ya se ha comentado[168] la OMS, en respuesta a exámenes anteriores, ha introducido iniciativas dentro de su marco de seguimiento y evaluación del RSI. Como constató el Equipo de Tareas de las Naciones Unidas sobre las crisis sanitarias mundiales, no cabe duda de que estas iniciativas han empezado a traducirse en un mejor cumplimiento por parte de los Estados de sus responsabilidades en virtud del Reglamento.

De los cuatro elementos del marco de seguimiento y evaluación del RSI, en la actualidad solo es obligatorio el informe anual. Sin embargo, Bartolini considera que este elemento sigue mostrando deficiencias, porque se basa en una autoevaluación y no contribuye a la identificación de lo que se espera en términos de capacidades básicas[169]. No obstante, un alto porcentaje de Estados presenta informes[170].

A diferencia de los informes anuales, la evaluación externa conjunta es voluntaria y pocos Estados la ponen en práctica. Así pues, es indicativo que de los treinta y seis (36) Estados incluidos en los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública solo dieciséis (16) habían efectuado una de esas evaluaciones. Además, como comenta Bartolini, el problema de dicha evaluación es que se funda en un principio de deferencia hacia los Estados, al estar basada en la autoevaluación[171]. Bartolini considera que una reforma del sistema de seguimiento permitiría controlar más eficazmente el cumplimiento por parte de los Estados de las obligaciones relacionadas con las capacidades básicas. Informa de que la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación ha abogado por modificar el Reglamento Sanitario Internacional para incluir mecanismos de evaluación del cumplimiento de ese instrumento y de los requisitos de capacidades básicas, incluido un mecanismo de examen universal, periódico, objetivo y externo[172].

El problema del control efectivo no es exclusivo del RSI. Sin embargo, hay precedentes de Estados que aceptan someterse a procedimientos obligatorios de seguimiento, auditoría o verificación de su cumplimiento de los instrumentos jurídicos internacionales. Tales procedimientos, aunque con distintos grados de obligatoriedad y eficacia, figuran en muchos instrumentos de derecho internacional, incluso en los ámbitos del derecho internacional de los derechos humanos, el derecho internacional del medio ambiente y los regímenes de control de armas[173]. Por ejemplo, se puede citar un precedente para mejorar las disposiciones del RSI en seis (6) convenios marítimos internacionales acordados bajo la protección de la Organización Marítima Internacional (OMI) y cubiertos por el Código para la implantación de los instrumentos de la OMI (Código III)[174]. Al igual que en el caso del Reglamento Sanitario Internacional, existía un sistema de evaluaciones o auditorías voluntarias que resultó ineficaz para garantizar la aplicación de los convenios. En consecuencia, se aprobó el Código III a los efectos de seguir ayudando a los gobiernos miembros a mejorar sus capacidades y su rendimiento general para poder cumplir con los instrumentos de la OMI en los que son partes; y conscientes de las dificultades que pueden tener algunos Estados miembros para cumplir plenamente con todas las disposiciones de esos instrumentos[175]. Los Estados acordaron someterse a auditorías periódicas obligatorias de la OMI (a través de un sistema de auditores entre homólogos) para verificar el cumplimiento normativo y aplicación de los seis convenios. Como parte de estas auditorías, los Estados deben elaborar planes de acción correctiva, que se verifican mediante una auditoría posterior[176]. El régimen de evaluación externa obligatoria creado por el Código III puede ser un precedente útil para tener en cuenta cuando se contemple una enmienda futura del RSI.

Habida cuenta de los beneficios de la evaluación externa conjunta y de la necesidad de un mayor control para mejorar la aplicación del RSI a nivel nacional, se formula la recomendación que consta a continuación.

RECOMENDACIÓN

En todo examen futuro del Reglamento Sanitario Internacional procede considerar si en ese instrumento debería figurar la obligación de los Estados de participar en evaluaciones externas periódicas de su aplicación del Reglamento.

3.4.3 / Participación en las evaluaciones

Un tema fundamental en el presente informe -y que se reconoce en el marco de Sendai y en los principios de Bangkok- es la necesidad de un enfoque multisectorial e integrado de toda la sociedad para la gestión del riesgo de emergencia de salud pública. Este es también un aspecto fundamental del concepto de "Una sola salud". Bartolini determina la necesidad de involucrar a una gama más amplia de agentes institucionales, aunque principalmente en el contexto

mundial [177]. Se afirma que ello debería aplicarse igualmente a toda evaluación de la aplicación del RSI por parte de un Estado. El equipo de evaluación debe ser capaz de obtener aportaciones de todos los agentes y partes interesadas pertinentes. Además, teniendo en cuenta los principios de Bangkok, en toda evaluación se debería considerar también el marco más general de gestión del riesgo de desastres de un Estado y el nivel de coordinación o integración entre los marcos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública y los marcos más generales de gestión del riesgo de desastres.

Se podría también reconocer de forma más positiva la función que pueden desempeñar las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en las evaluaciones (y en los NAPHS en relación con el seguimiento). En varios Estados, las Sociedades Nacionales ya están incluidas en los marcos de la gestión del riesgo de desastres, aunque no en igual medida si se trata de los acuerdos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública. La resolución 3 de la XXXIII Conferencia Internacional (véase la sección 3.2.4) alienta "a los Estados a que incluyan a las Sociedades Nacionales, en función de su cometido y sus capacidades, y como auxiliares de los poderes públicos en el ámbito humanitario, en los marcos nacionales de prevención y lucha contra enfermedades y de preparación preventiva multisectorial, y, según sea factible, aporten financiación para respaldar la función de estas en ese sentido". Alienta además a las Sociedades Nacionales "a que, según proceda, ofrezcan apoyo a las autoridades públicas en los esfuerzos que despliegan sus Estados con miras al fortalecimiento de capacidades esenciales como parte de las obligaciones dimanantes del Reglamento Sanitario Internacional..."[178]. Este apoyo podría prestarse mediante la participación de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en ejercicios de evaluación y, por cierto, en cualquiera de los demás elementos del marco de seguimiento y evaluación del RSI.

Un análisis más detallado de las evaluaciones externas conjuntas y los NAPHS puede mostrar que, de hecho, los enfoques antes mencionados ya se han adoptado en cierta medida. Sin embargo, los mapeos jurídicos de salud pública que hacen referencia a las evaluaciones externas conjuntas (y a los NAPHS sobre el seguimiento) no indican que así haya ocurrido en los Estados de la muestra.

RECOMENDACIÓN

1. En toda revisión o actualización futura del régimen de evaluaciones externas conjuntas se debe considerar la garantía de que todos los agentes y partes interesadas pertinentes tengan la posibilidad de participar y aportar su contribución.
2. En particular, teniendo en cuenta la función de las Sociedades Nacionales de la de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en calidad de auxiliares de los poderes públicos, tanto en la gestión del riesgo de desastres como de emergencias de salud pública, las normas jurídicas y/o políticas nacionales deben favorecer la participación de las Sociedades Nacionales en el seguimiento y la evaluación del Reglamento Sanitario Internacional, incluidas las evaluaciones externas conjuntas.
3. Teniendo presente los principios de Bangkok, en toda evaluación a nivel mundial o nacional se deberían considerar los marcos más generales de gestión del riesgo de desastres y el nivel de coordinación e integración entre los marcos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública y de gestión del riesgo de desastres (lo que incluye las estrategias nacionales y locales de reducción del riesgo de desastres).

Como medio para fomentar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, el Ministerio de Salud de Argentina creó una comisión de aplicación y seguimiento del RSI y de las capacidades básicas. A través de la comisión, el Ministerio de Salud coordina la acción con otros ministerios, las provincias argentinas y los principales agentes no estatales en relación con la aplicación de estrategias para responder a las emergencias de salud pública. Además de ser un medio para coordinar la intervención ante las emergencias de salud pública, esta comisión está concebida para operar dentro de la Agenda de Seguridad Sanitaria Global (GHSA) y demuestra el compromiso con la implementación del RSI[179].

La idea de que los Estados establezcan estrategias y órganos de coordinación de las estrategias para la aplicación de los instrumentos internacionales se ha utilizado en otros ámbitos. Por ejemplo, en el marco del Código III de la OMI (véase la sección 3.4.6 supra), se recomienda a los Estados que:

1. formulen una estrategia mundial para garantizar el cumplimiento de sus obligaciones y responsabilidades internacionales;
2. establezcan una metodología para hacer un seguimiento y evaluar si la estrategia garantiza la aplicación y el cumplimiento efectivos de los instrumentos internacionales obligatorios pertinentes; y
3. examinen continuamente la estrategia para lograr, mantener y mejorar el rendimiento y la capacidad general de la institución[180].

Algunos Estados han creado comités de estrategia o sus equivalentes para llevar a cabo esta función. Se alienta a estos comités a incluir una amplia gama de departamentos gubernamentales, representantes de la industria y otras partes interesadas. Atendiendo a las recomendaciones del Código III, varios Estados han establecido esos comités de estrategia o sus equivalentes.

En anteriores informes y orientaciones sobre las normas de la Federación Internacional aplicables a los desastres se ha formulado también una recomendación para el establecimiento de un organismo estratégico, un equipo de tareas o un grupo de trabajo centralizado, como medio para garantizar una mejor gestión del riesgo de desastres[181]. Se recomienda también lo mismo en relación con la gestión del riesgo de emergencias de salud pública. Teniendo en cuenta los principios de Bangkok, cualquier organismo estratégico para la aplicación del RSI debe incluir a los agentes de la gestión del riesgo de desastres, y es esencial que toda estrategia de gestión del riesgo de emergencias de salud pública esté coordinada con los acuerdos existentes de gestión del riesgo de desastres.

Se ha mencionado anteriormente la función eventual de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en la evaluación del Reglamento. La experiencia de esas Sociedades Nacionales y su capacidad para acceder al apoyo de la red más amplia de la Federación Internacional también las convierte en un participante esencial en cualquier órgano estratégico central para la aplicación del RSI. A través de la participación en dichos organismos se alcanzaría además el objetivo de la Resolución 3 de la XXXIII Conferencia Internacional, de que se incluya a las Sociedades Nacionales "en función de su cometido y sus capacidades, y como auxiliares de los poderes públicos en el ámbito humanitario, en los marcos nacionales de prevención y lucha contra enfermedades y de preparación preventiva multisectorial[182].

RECOMENDACIÓN

1. En toda revisión futura del Reglamento Sanitario Internacional procedería considerar si se debe incluir en ese instrumento la obligación de los Estados de establecer un comité encargado específicamente de supervisar el cumplimiento de las obligaciones del Reglamento por parte de los Estados y seguir de cerca el funcionamiento y el cumplimiento en curso de ese instrumento (comité de seguimiento del RSI).
2. Independientemente de que lo que se exija en el Reglamento Sanitario Internacional, las leyes y/o políticas nacionales deben prever la creación de un comité de seguimiento del RSI.
3. El comité de seguimiento del Reglamento Sanitario Internacional debe incluir a todos los agentes y partes interesadas pertinentes, entre ellos, los representantes de los sectores público y privado y de la comunidad.
4. En particular, se debería invitar a participar en el comité de seguimiento del Reglamento a las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en su calidad de auxiliares de los poderes públicos en el ámbito humanitario.

3.4.4 / Acción posterior a la evaluación

Sin embargo, como señaló el Equipo de tareas sobre las crisis sanitarias mundiales, la evaluación es solo un primer paso; lo que puede ser más importante es la manera en que los Estados reaccionen ante la evaluación. En la actualidad, aunque se realice una evaluación externa conjunta, los Estados no están obligados a tomar medidas en respuesta

a sus recomendaciones. los mapeos jurídicos de las emergencias de salud pública no abordan específicamente esta circunstancia, y en muchos casos el tiempo transcurrido desde la evaluación es relativamente corto para la adopción de muchas medidas, especialmente en el marco del brote de la COVID-19. Según los informes, solo un par de Estados habían tomado medidas de seguimiento. Esos Estados al parecer habrían formulado una gama importante de políticas o planes. Por ejemplo, Sri Lanka[183], Nigeria[184] y Sierra Leona elaboraron planes de acción nacionales para la seguridad sanitaria en respuesta a sus evaluaciones externas conjuntas, y el último país también formuló un plan estratégico de comunicación de información sobre riesgos de emergencia nacional en el marco de "Una sola salud", que se utilizó durante la pandemia de COVID-19[185]. Sin embargo, los Estados no tienen la obligación de elaborar un plan de acción nacional ni de presentar una estrategia de corrección si se identifican deficiencias en la aplicación a través de una evaluación externa conjunta.

Bartolini sugiere que se solicite a los Estados que no puedan cumplir con los requisitos de capacidades básicas que elaboren instrumentos de aplicación nacionales, aprovechando modelos como el NAPHS para establecer hitos adecuados y un plan maestro[186]. Una vez más, existen precedentes en otras ramas del derecho internacional. Volviendo a los convenios marítimos antes mencionados, como parte de la auditoría obligatoria del Código III, los Estados deben elaborar planes de acción correctivos que sean objetos de una verificación mediante una auditoría posterior[187].

RECOMENDACIÓN

1. En toda revisión futura del Reglamento Sanitario Internacional o del régimen de evaluaciones externas conjuntas, se debe considerar la posibilidad de exigir la elaboración y aplicación de planes de acción posteriores a la evaluación.
2. Independientemente de lo que se exija en virtud del Reglamento Sanitario Internacional o el régimen de las evaluaciones externas conjuntas, las leyes y/o políticas nacionales deben:
   a. exigir la elaboración y aplicación de planes de acción posteriores a la evaluación;
   b. identificar al agente o los agentes nacionales apropiados a los que incumbe la responsabilidad de elaborar un plan posterior a la evaluación y/o aportar contribuciones a dichos planes; y
   c. prever que el comité de seguimiento del Reglamento Sanitario Internacional siga de cerca y/o supervise la elaboración del plan de acción posterior a la evaluación y su aplicación.

3.4.5 / Transparencia de la legislación sobre emergencias de salud pública

Es importante conocer la legislación que han establecido los Estados para cumplir sus compromisos en virtud del Reglamento, a fin de poder supervisar su aplicación. Si tras una evaluación externa se requiere una acción legislativa correctiva, también es importante publicar esa legislación, para demostrar que se ha ejecutado esa acción. El acceso a la legislación también es importante desde la perspectiva práctica u operativa en una emergencia de salud pública para otros Estados y organizaciones humanitarias. Sin embargo, como demuestra la investigación realizada para el presente informe, no siempre es fácil acceder a la legislación de los Estados. Actualmente, el RSI no obliga a los Estados a publicar o, por ejemplo, comunicar a la OMS ejemplares de los instrumentos de aplicación. Ello contrasta con otros instrumentos internacionales, que exigen expresamente a los Estados que faciliten a la secretaría responsable ejemplares de los instrumentos nacionales de aplicación[188].

RECOMENDACIÓN

En toda revisión futura del Reglamento Sanitario Internacional se debería considerar si procede imponer a los Estados la obligación de notificar a la OMS los instrumentos nacionales de aplicación del RSI y de depositar en esa organización ejemplares de dichos instrumentos. En toda revisión futura se debería considerar también si procede solicitar a la OMS que ponga a disposición del público en línea copias de los instrumentos depositados.

3.4.6 / Capacidad para cumplir con las capacidades básicas exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional

Las dificultades para cumplir con las capacidades básicas exigidas por el RSI pueden deberse a la carencia de asistencia financiera y técnica[189]. La asistencia financiera, y en particular la falta de un régimen de financiación internacional, escapa al alcance de este informe. No obstante, dado que el Banco Mundial ha cuantificado la inversión anual a nivel mundial necesaria para reforzar las capacidades básicas en un importe entre 1 900 y 3 400 millones de dólares, la falta de capacidad financiera es un obstáculo importante para la aplicación efectiva del Reglamento. A pesar de iniciativas como el Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia, del Banco Mundial[190], el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria[191], la Alianza para la Vacunación (GAVI)[192] y la Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias[193]y otras asociaciones público-privadas, la financiación sigue siendo insuficiente.

Además de la capacidad financiera, se debe considerar la manera de mejorar la capacidad de elaborar la legislación de aplicación. En otros contextos, las organizaciones internacionales han establecido, por ejemplo, planes de cooperación técnica para apoyar a juristas nacionales en la redacción de la legislación de aplicación nacional[194]. No parece haber planes de este tipo en relación con el Reglamento, aunque la OMS ha proporcionado algunas orientaciones a través, por ejemplo, del documento titulado *RSI (2005): Toolkit for implementation in national legislation: Questions and answers, legislative reference and assessment tool and examples of national legislation* (Caja de herramientas para la aplicación en la legislación nacional: Preguntas y respuestas, herramienta de referencia y evaluación legislativa y ejemplos de legislación nacional)[195].

La plataforma temática de la OMS para la gestión del riesgo de desastres en el ámbito de la salud (EDRM, por sus siglas en inglés) y su red de investigación asociada está compuesta por un grupo de partes interesadas de una amplia gama de disciplinas y entidades (gubernamentales, académicas, etc.) que se centra en la investigación, la política y la práctica en materia de gestión del riesgo de desastres y de emergencias de salud para la salud[196]. Esta investigación abarca la medicina en casos de emergencias y desastres, la reducción del riesgo de desastres, la preparación para emergencias con amenazas múltiples, la intervención humanitaria y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios. En su última reunión de expertos, aunque se identificaron cuestiones que podrían ser objeto de investigación en cinco (5) ámbitos principales de la plataforma, no se deliberó sobre la legislación, las políticas o los reglamentos[197].

La poca atención que se dedica a las cuestiones jurídicas en la red de investigación EDRM no es coherente con la importancia que se concede a la legislación nacional para mejorar las capacidades básicas en la herramienta de evaluación externa conjunta y los puntos de referencia de la OMS. Como la pandemia de COVID-19, a diferencia de cualquier otro evento anterior, ha permitido que los juristas de todo el mundo adquieran experiencia en la investigación, la redacción y la aplicación de leyes sobre emergencias de salud pública, se da la oportunidad para que la red de investigación EDRM y otros foros clave de la OMS inicien la investigación y el debate sobre los aspectos jurídicos de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y la práctica más amplia de las normas aplicables a las emergencias de salud pública.

RECOMENDACIÓN

1. Los aspectos jurídicos de las emergencias de salud pública y el cumplimiento de los requisitos de capacidades básicas exigidos por el Reglamento Sanitario Internacional deberían incluirse en el trabajo de las redes y los foros pertinentes, como la plataforma temática para la gestión del riesgo de emergencias sanitarias y de desastres y su red de investigación asociada.
2. Las organizaciones con un interés en las emergencias de salud pública y en el cumplimiento de las capacidades básicas que exige el Reglamento Sanitario Internacional deberían considerar la posibilidad de establecer una red de profesionales del derecho y de instituciones académicas con el cometido de promover la elaboración de mejores leyes nacionales sobre emergencias de salud pública, incluidas las relativas al cumplimiento de las capacidades básicas del RSI.

3.4.7 / Notificación y alerta temprana

Por último, se examinan dos elementos específicos principales de las capacidades básicas exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional, a saber, el centro nacional de enlace del Reglamento Sanitario Internacional y la notificación de eventos de salud pública[198].

En virtud del párrafo 1 del artículo 4 del Reglamento, los Estados tienen la obligación de designar un centro nacional de enlace del RSI. La mayoría de los Estados de la muestra no parecen haber previsto expresamente esta función en su legislación nacional. Una excepción es Brasil, donde la legislación contempla la designación de la Secretaría de Vigilancia de la Salud como centro nacional de enlace de la OMS para el RSI (2005)[199] y, quizás más importante, se determina la estructura operativa básica de ese centro y sus funciones. Se incluyen detalles sobre la notificación, el intercambio de información y la difusión de información relativa al RSI dentro de Brasil. En la mayoría de los casos, las medidas son menos específicas y, aunque se haya designado un centro de enlace, lo más común es que se haya hecho a través de un acto administrativo y no de una ley. Aunque no es estrictamente necesario promulgar una ley, esta puede ayudar a establecer claramente la función de dicho centro y su mandato, y a dar la debida importancia a la función.

Una de las funciones del centro nacional de enlace es notificar a la OMS de todos los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional dentro del territorio del centro de que se trata[200]. En la mayoría de los mapeos jurídicos emergencias de salud pública se aborda la cuestión específica de determinar si la legislación nacional impone a los gobiernos la obligación de notificar a la OMS un evento de este tipo.

En la mayor parte de los casos esta legislación no existe. Una excepción es Suiza, donde la Ley Federal de control de enfermedades humanas transmisibles exige explícitamente a la Oficina Federal de Salud Pública que notifique a la OMS los eventos que puedan dar lugar a una emergencia de salud pública de importancia internacional[201]. Un comentario frecuente en los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública es que no se requiere ninguna medida expresa, ya que un Estado está obligado a notificar a la OMS en virtud del carácter vinculante del RSI. Ello puede ser correcto como cuestión de principio, y nada indica que la falta de notificación se haya debido en algún caso a la ausencia de una obligación expresa en la legislación nacional. Sin embargo, como señala el informe DPR, en los acuerdos sobre alerta temprana o notificación, la claridad y la certeza son fundamentales para reducir al mínimo los retrasos. El establecimiento de una obligación expresa en la legislación nacional puede crear una mayor certeza sobre quién es responsable de notificar a la OMS [202] y cuándo se requiere la notificación. También es importante que la legislación nacional contenga las disposiciones necesarias para garantizar que 1) los agentes nacionales pertinentes tengan la obligación de notificar oportunamente al centro nacional de enlace del RSI un evento de salud pública que pueda constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional; y 2) el centro nacional de enlace del RSI tenga la autoridad y la capacidad de notificar a la OMS (y a cualquier otro Estado eventualmente afectado) dentro del plazo previsto por el RSI[203]. Ello incluye velar por que dicho centro esté autorizado a compartir toda la información pertinente y que no esté limitado por otras leyes. Por ejemplo, la Ley de seguridad sanitaria nacional de Australia de 2007 garantiza que el ministro de salud australiano (de la Commonwealth) puede revelar a la OMS o a otro Estado información personal o comercial que, de otro modo, estaría protegida, a los fines de la aplicación del Reglamento[204].

RECOMENDACIÓN

1. En toda revisión futura del Reglamento Sanitario Internacional procedería considerar si es necesario o sería beneficioso incluir en el Reglamento una disposición adicional que aclare el proceso y la responsabilidad de la notificación por parte de los Estados a la OMS y a otros Estados sobre las amenazas incipientes para la salud pública.
2. Los Estados deberían:
    a. examinar la designación del centro nacional de enlace del RSI y sus funciones;
    b. estudiar la posibilidad de mejorar la aplicación del Reglamento y de la gestión del riesgo de emergencias de salud pública, mediante la inclusión expresa en las leyes y/o políticas nacionales de la designación del centro nacional de enlace y de sus funciones; y
    c. examinar si existen obstáculos jurídicos para el intercambio de información con la OMS y otros Estados y, de ser así, introducir reformas jurídicas para eliminar dichos obstáculos.

El Reglamento Sanitario Internacional, en su versión actual, solo contempla la notificación o la alerta a la OMS o a otros Estados. No prevén notificación o alerta a organizaciones del Estado afectado ni a su población.

Sin embargo, la evolución reciente de la legislación general aplicable a la gestión del riesgo de desastres se orienta hacia la creación de deberes de alerta temprana de las amenazas naturales y de la emergencia de un desastre[205] (por alerta temprana, tal y como se utiliza en este documento, se entiende la adopción de medidas antes de que se materialice una amenaza, sobre la base de la información sobre el riesgo y las alertas, y no el envío de alertas solo una vez que la amenaza se materializa). Uno de los siete objetivos globales del marco de Sendai es aumentar sustancialmente la disponibilidad y el acceso a los sistemas de alerta temprana de amenazas múltiples y a la información y evaluación del riesgo de desastres[206]. El proyecto de artículos de la Comisión de Derecho Internacional para la protección de las personas en caso de desastres propone un deber de instalar y operar sistemas de alerta temprana como parte del deber más amplio de los Estados de reducir el riesgo de desastres[207]. En su comentario sobre la existencia de un deber de cooperación en respuesta a los desastres, la comisión ofrece el ejemplo de un deber de un Estado afectado, cuando se produce un desastre, "de informar o notificar lo sucedido a otros Estados y actores que prestan asistencia cuyo mandato es reunir información [y]proporcionar alerta temprana"[208].

En su capítulo titulado "Alerta temprana, acción temprana", el informe El derecho y la preparación y respuesta ante los desastres - Informe de síntesis multipaís (Federación Internacional, 2019) trata en detalle la elaboración de leyes y/o políticas relativos a los sistemas de alerta temprana en el contexto más amplio de la gestión del riesgo de desastres[209]. Recomienda que, para crear un sistema eficaz de alerta temprana de amenazas múltiples, esa legislación o políticas deben estipular claramente las funciones y responsabilidades de todos los agentes involucrados en el desarrollo del conocimiento sobre el riesgo de desastre, el seguimiento y pronóstico de las amenazas, y la generación y emisión de alertas tempranas[210]. Además, recomienda que tales leyes o políticas establezcan procesos normalizados para generar y emitir alertas, exijan que las alertas contengan información sobre las consecuencia y orientaciones prácticas claras; y requieran a los organismos responsables de emitir alertas que i) utilicen una amplia variedad de canales de comunicación para difundir las alertas; ii) establezcan y utilicen mecanismos de retroinformación para verificar que se han recibido alertas, y iii) formulen y apliquen planes para prestar asistencia a las poblaciones más expuestas y distantes[211]. Estos mismos principios deben aplicarse a las alertas de emergencias de salud pública, tanto cuando dichas emergencias revisten importancia internacional como cuando no cumplen los criterios del RSI. Es posible que la obligación de emitir alertas sobre las emergencias de salud pública a través de las normas jurídicas nacionales de gestión del riesgo de desastres ya exista en algunos Estados, pero de los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública se desprenden pocos indicios de que las autoridades públicas deban notificar o advertir específicamente a los agentes y a los ciudadanos sobre los riesgos o la aparición de una emergencia de salud pública.

RECOMENDACIÓN

1. En toda revisión futura del Reglamento Sanitario Internacional procede considerar hasta qué punto debe imponerse a los Estados la obligación de notificar o enviar alertas a los principales agentes nacionales y a la población en general sobre la aparición o el riesgo inminente de una emergencia de salud pública de importancia internacional.
2. Las legislaciones nacionales deben exigir a las autoridades públicas competentes que notifiquen o envíen alertas a todos los principales agentes nacionales y a la población en general de la aparición o el riesgo inminente de una emergencia de salud pública.

4 / MARCOS JURÍDICOS E INSTITUCIONALES A NIVEL NACIONAL PARA LAS EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

4.1 / INTRODUCCIÓN

Una vez considerados los marcos jurídicos mundiales que les sirvan de sustento, en este capítulo se examinan los marcos jurídicos nacionales de las emergencias de salud pública, su naturaleza, sus fuentes y sus componentes esenciales.

El informe DPR aborda los acuerdos que establecen los Estados para la preparación en previsión antes de los desastres y la intervención una vez que se producen, dentro de marcos más generales de la gestión del riesgo de desastres. Sus conclusiones y recomendaciones son igualmente pertinentes para las emergencias de salud pública. En consecuencia, el punto de partida para un marco eficaz de gestión del riesgo de desastres a nivel nacional (y, por tanto, también para un marco de gestión del riesgo de emergencias de salud pública) es el siguiente:

> ***Es importante que, cuando se perciban en conjunto, los mandatos de las instituciones de un país sean amplios. Es decir, deben abarcar colectivamente todas las jurisdicciones (nacionales y subnacionales), todo tipo de amenazas (de aparición lenta y repentina; naturales y provocadas por el hombre) y todas las funciones (políticas, operaciones, seguimiento y evaluación, etc.)***[212]***.***

Para permitir la inclusión de todos los agentes gubernamentales y no gubernamentales, ese informe también subraya la importancia de establecer mecanismos de coordinación eficaces[213]. Recomienda que:

> ***. . . para ser eficaz, la preparación ante los desastres y la intervención con motivo de ellos requieren coordinación, tanto horizontal, entre los distintos organismos sectoriales, como vertical, entre los distintos niveles de gobierno. Además, es necesaria una coordinación entre agentes gubernamentales y no gubernamentales, incluidos los agentes internacionales.***
>
> ***La coordinación sigue siendo un problema grave en las operaciones internacionales y nacionales de intervención con motivo de desastres, y por ende los responsables de la adopción de decisiones deben velar por que la ley establezca mecanismos de coordinación que incluyan a representantes de todos los organismos sectoriales, todos los niveles de gobierno y todos los tipos de agentes no gubernamentales. Para ser eficaces, los órganos de coordinación deberían reunirse periódicamente (incluso cuando no haya una operación de intervención en curso), y convendría definir con claridad las funciones y responsabilidades de los participantes***[214]***.***

La coordinación para las emergencias de salud pública puede quedar fuera de los mecanismos de coordinación establecidos para la gestión genérica del riesgo de desastres, y por ese motivo otra recomendación del informe indica que:

> ***Dado que las leyes y políticas relativas a casos de desastre pueden no ser aplicables a algunas situaciones como las emergencias sanitarias y nucleares, los responsables de la adopción de decisiones también deberían velar por que la ley establezca mecanismos de coordinación multisectorial y de múltiples partes interesadas para este tipo de emergencias***[215]***.***

Los principios expresados en el informe son, por lo tanto, igualmente importantes para un marco eficaz de gestión del riesgo de emergencias de salud pública. Sin embargo, la gran variedad de los eventuales agentes, los niveles de la sociedad que pueden verse afectados y los sectores de la sociedad que deben planificar la acción e intervenir ante una emergencia de salud pública refuerzan la necesidad imperiosa de un marco mundial. Las responsabilidades en lo tocante a la salud pública y las emergencias de salud pública tienden a estar más descentralizadas (en el sentido jurídico y en el práctico) que para otros desastres; la atención de salud, incluso en países con sistemas sanitarios centralizados, no es responsabilidad exclusiva de los gobiernos y las autoridades públicas nacionales, sino que puede implicar a organizaciones sanitarias de todos los niveles (público y privado), e involucrar a los miembros de todas

las comunidades que puedan verse afectadas. Además, en consonancia con el enfoque de "Una sola salud", las organizaciones de sanidad animal, vegetal y medioambiental pueden aportar una importante contribución.

A la luz de lo anterior, los marcos jurídicos e institucionales para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública pueden ser más diversos y complejos que otras disposiciones de la gestión del riesgo de desastres. Por lo tanto, es aún más fundamental la necesidad de que los marcos sean completos, claros, seguros y bien comprendidos por todos. También lo es la necesidad de mecanismos de coordinación eficaces y, como se reconoce en los principios de Bangkok, la integración entre la gestión del riesgo de emergencias de salud pública y la gestión genérica del riesgo de desastres.

Por lo tanto, sobre la base de la información proporcionada por los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública, en este capítulo se analizan las siguientes cuestiones relacionadas con los marcos nacionales de gestión del riesgo de emergencias de salud pública:

- la medida en que los marcos nacionales de gestión del riesgo de emergencias de salud pública están integrados o separados de los marcos generales de gestión del riesgo de desastres;
- la claridad del mandato otorgado a las instituciones gubernamentales pertinentes para la preparación ante las emergencias de salud pública y la intervención con motivo de ellas;
- el grado en que los marcos nacionales de gestión del riesgo de emergencias de salud pública abarcan todas las fases de la gestión de riesgos (es decir, reducción del riesgo, preparación para desastres, intervención a raíz de ellos y recuperación ulterior);
- la asignación de funciones y responsabilidades claras a todos los agentes y partes interesadas pertinentes (tanto gubernamentales como no gubernamentales);
- el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaces que incluyan e integren a todos los agentes y participantes pertinentes[216];
- el ejercicio, por parte de un agente concreto, del mando y el control general de la intervención ante emergencias de salud pública, y el cumplimiento de esa función;
- la medida en que los marcos existentes de gestión del riesgo de emergencias de salud pública reflejan un enfoque de la cuestión que abarca a toda la sociedad y a todo el Estado; y
- la planificación de contingencias dentro de los marcos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública.

Yemen, 2020. La Media Luna Roja de Yemen aplica las medidas de prevención y control del COVID-19 durante el período de exámenes finales.
© Media Luna Roja de Yemen Nesreen Ahmad

4.2 / INTEGRACIÓN

4.2.1 / Principios de Bangkok e integración

Una de las tareas del presente informe es considerar el grado de separación o integración de la gestión del riesgo de emergencias de salud pública en marcos más genéricos de la gestión del riesgo de desastres. Se trata, en parte, de comprender en qué medida se aplican actualmente las recomendaciones de los principios de Bangkok, en virtud de las cuales la salud debería integrarse en las políticas y planes de reducción del riesgo de desastres y viceversa.

Los principios de Bangkok y su propósito se analizan en la sección 3.2. El primer principio promueve la integración sistemática de la salud en las políticas y planes nacionales y subnacionales de reducción del riesgo de desastres y la inclusión de programas de gestión del riesgo de emergencias y de desastres en las estrategias de salud nacionales y subnacionales"[217]. Esos principios también procuran mejorar la cooperación entre las autoridades sanitarias y otras partes interesadas para reforzar la capacidad de los países en materia de gestión del riesgo de desastres para la salud, la aplicación del RSI y la creación de sistemas sanitarios resilientes[218].

Los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública revelan que el marco, las funciones y las competencias de la gestión de riesgos de emergencias de salud pública se derivan de tres grandes categorías de leyes y/o políticas: leyes y/o políticas sobre emergencias de salud pública o salud pública; leyes y/o políticas sobre gestión del riesgo de desastres; y leyes que permiten y rigen los estados de excepción, principalmente los estados de urgencia. Sin embargo, existen amplias variaciones en cuanto al tipo de leyes que se aplican a aspectos concretos del continuo de la gestión de los riesgos de emergencias de salud pública, los momentos en que aplican a la misma y los agentes a quienes se aplica. En general, los mapeos jurídicos indican que, con arreglo al enfoque más común, los marcos de gestión de riesgos de emergencias de salud pública no deben derivarse de leyes y/o políticas dentro de un régimen único (emergencias de salud pública o gestión del riesgo de desastres), sino que se deben establecerse mediante una combinación de regímenes (emergencias de salud pública y gestión del riesgo de desastres -así como los estados de urgencia, cuando estos son distintos de la gestión del riesgo de desastres).

Aunque la mayoría de los marcos se componen de una combinación de instrumentos de emergencias de salud pública y de gestión del riesgo de desastres, existen diferencias considerables entre los Estados. Los marcos pueden conceptualizarse como en un espectro, en que en un extremo figuren los basados únicamente en leyes y políticas sobre salud pública o emergencias de salud pública, y en el otro, los basados únicamente en leyes y políticas sobre gestión del riesgo de desastres. Entre estos dos puntos extremos del espectro hay una variedad de acuerdos híbridos que, como ya se ha señalado, es el enfoque más común. Este "espectro de marcos" puede dividirse en tres categorías:

1. marcos basados únicamente en la legislación sobre emergencias de salud pública o de salud pública o basados únicamente en dicha legislación, pero con la posibilidad de recurrir a la legislación sobre gestión del riesgo de desastres o estado de urgencia en circunstancias extremas (en adelante, marcos con énfasis en emergencias de salud pública);
2. marcos basados principalmente en la legislación sobre emergencias de salud pública, pero con leyes sobre gestión del riesgo de desastres o sobre estado de urgencia que apoyan y complementan esa legislación en menor o mayor medida (en adelante, marcos híbridos o combinados); y
3. marcos basados únicamente en la legislación sobre gestión del riesgo de desastres (en adelante, marcos con énfasis en gestión del riesgo de desastres).

4.2.2 / Marcos con énfasis en emergencias de salud pública

Aunque la mayoría de los Estados de la muestra se basan en cierta medida en la legislación sobre salud pública o emergencias de salud pública para crear sus marcos, solo unos pocos se basan exclusivamente en las leyes de salud pública. Sin embargo, incluso estos Estados suelen conservar cierta capacidad para recurrir a una legislación más amplia sobre gestión del riesgo de desastres o sobre estado de urgencia si las atribuciones que concede la legislación de emergencias de salud pública es insuficiente. En el Reino Unido, por ejemplo, se prevé que las emergencias de salud pública se aborden mediante reglamentos elaborados en el marco de su legislación de salud pública o con la autoridad que se desprende de esta[219]. Sin embargo, en circunstancias extremas, el gobierno puede recurrir a su legislación principal en materia de gestión del riesgo de desastres, la Ley de contingencias civiles de 2004[220], si las atribuciones que se prevé para las emergencias de salud pública son insuficientes. Un enfoque similar se aplica en Australia, donde, tanto a nivel de la *Commonwealth* como de los Estados, la legislación[221] y los planes de salud pública deberían ser

suficientes para hacer frente a la mayoría de las emergencias de salud pública. Una vez más, existe la posibilidad de recurrir a la autoridad más genérica de la legislación sobre gestión del riesgo de desastres, si es necesario. Asimismo, en Brasil, las principales leyes relacionadas con las emergencias de salud pública se encuentran en la legislación sobre salud pública: Las ordenanzas del Ministerio de Salud tratan de la declaración de emergencias de salud pública de importancia nacional y establecen centros de operaciones para las emergencias de salud pública[222]. Estas permitieron la creación de un grupo ejecutivo interministerial sobre emergencias de salud pública de importancia nacional e internacional para hacer frente a la pandemia de COVID-19[223]. En Liberia, un país con experiencia en el brote de ébola, aunque se declaró el estado de urgencia ante la pandemia de COVID-19, las atribuciones jurídicas para intervenir ante esta parecen haberse derivado de su amplia ley de salud pública[224]. A pesar de estos ejemplos, los marcos con énfasis en emergencias de salud pública son minoritarios.

4.2.3 / Marcos híbridos o combinados

Los marcos híbridos o combinados son, con diferencia, el tipo de modalidad más común que se recoge en los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública. Por lo general, la mayoría de las disposiciones necesarias para intervenir ante una de esas emergencias (y, aunque en menor medida, para prepararse antes de que sucedan) están contenidas en las leyes y políticas sobre emergencias de salud pública, pero se utiliza la legislación o las políticas sobre gestión del riesgo de desastres para 1) complementar esas disposiciones, normalmente mediante el establecimiento de acuerdos administrativos u operativos (como requisitos de participación o coordinación); y/o 2) otorgar atribuciones reforzadas, por ejemplo, a través de la declaración de un estado de desastre.

Un ejemplo de marco híbrido es el de China (aunque su marco se inclina hacia el extremo de énfasis en emergencias de salud pública). Su intervención ante tales emergencias debe determinarse a través de la Ley de la República Popular de China sobre prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, su reglamento sobre intervención en caso de emergencias de salud pública y un plan nacional de contingencia para las crisis de salud pública. Sin embargo, estos instrumentos pueden estar -y lo estuvieron durante la pandemia de COVID-19- complementados por medidas adoptadas en virtud de la Ley de la República Popular de China sobre intervención en casos de emergencias y una notificación de la Oficina general del Consejo de Estado sobre la aplicación de medidas para la administración de los planes de intervención en casos de emergencias[225]. Del mismo modo, la intervención con motivo de la COVID-19 en la República de Corea parece regirse por la legislación sobre salud pública[226], pero dentro del marco establecido por su Ley marco genérica sobre gestión de desastres y seguridad[227]. En Sri Lanka, las intervenciones en caso de emergencias de salud pública están regidas tanto por leyes de salud pública como por leyes de gestión del riesgo de desastres[228].

El mapeo jurídico de emergencias de salud pública en Colombia también es ilustrativo de un importante carácter híbrido. El enfoque principal de su intervención en caso de esas emergencias se encuentra en sus leyes sobre salud pública, en particular las funciones relacionadas con el seguimiento de epidemias, el control del saneamiento de puertos, barcos y vehículos[229] y la declaración del estado de urgencia sanitaria[230]. Sin embargo, también se recurre a la legislación sobre gestión del riesgo de desastres, como los decretos y leyes que establecen el Fondo Nacional de Calamidades de Colombia[231]y su Política nacional de gestión del riesgo[232], así como la autoridad que otorga la Constitución para declarar el estado de urgencia[233]. Además, la gestión operativa real de la intervención parece haber estado a cargo de sus organismos de la gestión genérica del riesgo de desastres.

Los anteriores ejemplos ilustran lo que podría denominarse hibridación *horizontal*, lo que significa que las competencias a nivel nacional derivan tanto en las leyes de emergencias de salud pública como de las de gestión del riesgo de desastres. También hay ejemplos de hibridación *vertical*. Ello ocurre cuando la autoridad a nivel local o subnacional puede derivar de la legislación sobre emergencias de salud pública, pero, si se requieren atribuciones adicionales o si la emergencia de salud pública excede la capacidad del gobierno local o subnacional, es posible recurrir a la legislación nacional sobre gestión del riesgo de desastre. Un ejemplo de este tipo de estructura se encuentra en los Estados Unidos de América, donde la acción inicial se lleva a cabo a nivel de los estados en virtud de las leyes de salud pública. Si la capacidad de intervención combinada de los gobiernos estatales o tribales se ve superada, el presidente puede tomar medidas en virtud de la Ley federal Robert T Stafford de socorro en casos de desastre y asistencia ante emergencia, para declarar un desastre o emergencia grave[234].

4.2.4 / Marcos con énfasis en gestión del riesgo de desastres

Muy pocos Estados de la muestra cuentan con marcos en que domina la gestión del riesgo de desastres. Los únicos Estados en esta categoría son Sudáfrica, Honduras y Jamaica. La Ley de gestión de desastres de Sudáfrica[235] es un instrumento aplicable a todos los riesgos, y se informó de que las emergencias de salud pública, incluida la intervención

motivada por la pandemia de COVID-19, se gestionan dentro de las atribuciones que confiere esa Ley y sus reglamentos asociados. De los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública de Honduras se desprende que la principal legislación relacionada con ese tipo de emergencias se encuentra en sus leyes de contingencias nacionales[236], que cubren todos o la mayoría de los riesgos. En virtud de esas leyes, el ministro de salud pública está facultado para tomar medidas en relación con los desastres, incluida la declaración de emergencia epidemiológica y la realización de evaluaciones de amenazas y vulnerabilidad relacionadas con la salud[237]. En Jamaica, la Ley de preparación para desastres y gestión de emergencias de 1993 adopta un enfoque que abarca todos los riesgos y permite la preparación y la intervención ante todos los desastres, incluidos los de salud pública[238].

4.2.5 / Integración existente

Por lo tanto, la única conclusión que puede extraerse de los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública es que, con pocas excepciones, prácticamente todos los marcos de los Estados de la muestra incluyen elementos de las leyes sobre emergencias de salud pública o sobre salud pública y de las leyes sobre gestión del riesgo de desastres. En la mayoría de los casos, la legislación aplicable identifica a la autoridad principal (normalmente el ministro o el ministerio de salud) y establece las competencias y los controles que se utilizarán en una emergencia sanitaria (como la capacidad de establecer o ejercer atribuciones de emergencia, imponer cuarentenas, etc.). En cambio, en la legislación o las orientaciones para la gestión del riesgo de desastres se suele exigir a los agentes que se preparen para una emergencia de salud pública o se establecen disposiciones de coordinación.

Este resultado puede estar previsto desde la concepción. Sin embargo, especialmente cuando los marcos no se han revisado recientemente, es más probable que se deba a 1) que la gestión del riesgo emergencia de salud pública y la gestión del riesgo de desastres se consideraban anteriormente cuestiones distintas y se llevaban a cabo en silos separados; y/o 2) que la antigüedad de algunas legislaciones sobre salud pública y emergencias de salud pública contribuye a que no se reflejen los puntos de vista más modernos sobre la gestión integral del riesgo de desastres y la necesidad de adoptar un enfoque de todas las amenazas.

Por lo tanto, hay pocos indicios de integración de las leyes, al menos en el sentido de incorporación o amalgama, en virtud de la cual un solo texto legislativo contiene las disposiciones necesarias para abordar todos los tipos de desastres, incluidas las emergencias de salud pública. Sin embargo, a nivel de políticas -en la medida en que se deprende de los mapeos jurídicos de esas emergencias - hay mayores evidencias de que se han adoptado planes generales para todas las amenazas. Estos pueden ser 1) política o plan de carácter general (es decir, un único instrumento que contempla todas las amenazas); o 2) políticas o planes de emergencias de salud pública independientes, que se integran en políticas o planes más amplios y generales. Por lo tanto, esas políticas o planes subyacentes pueden considerarse como la creación de un grado de integración entre la gestión del riesgo de emergencias de salud pública y la gestión del riesgo de desastres.

4.2.6 / Integración futura

Si bien, como recomiendan los principios de Bangkok, es necesario mejorar la integración, todavía no se ha determinado un enfoque común sobre la manera exacta de lograrlo. Una opción, sin duda, es la integración de todas las amenazas y tipos de desastres en un solo conjunto de leyes y un solo marco. Sin embargo, la aspiración de los principios de Bangkok, de lograr una mayor coherencia entre los marcos jurídicos, se puede alcanzar de otras maneras[239]. Según se desprende de los mapeos jurídicos pertinentes, los marcos de la gestión del riesgo de emergencias de salud pública y del riesgo de desastres a veces ya están integrados o combinados hasta cierto punto a través de políticas y planes, aunque no en las leyes. Si esta normativa no vinculante -como las políticas y los planes- se ha integrado efectivamente, ello puede resultar eventualmente suficiente.

De hecho, los principios de Bangkok no exigen que la gestión de los riesgos de salud pública quede totalmente subsumida en la legislación sobre gestión del riesgo de desastres (aunque tampoco lo excluyen). Después de la pandemia de COVID-19 se justificaría un estudio más profundo de los ejemplos en que así ocurre, como Jamaica y Sudáfrica, para evaluar las ventajas y desventajas prácticas y operativas de tal enfoque. La existencia de un instrumento legislativo global único puede tener sus inconvenientes. Un peligro de la integración total es que se pierdan o pasen por alto elementos específicos del régimen que se está integrando y -como se observa en este informe- hay muchos aspectos de la gestión de riesgos de la salud pública que son exclusivos de la misma.

Dada la naturaleza híbrida de los acuerdos actuales que se registran en la mayoría de los Estados de la muestra, el logro de la integración total puede requerir un cambio significativo en la cultura y el enfoque y, en muchos casos, una

reforma legislativa completa. Ello no es en sí mismo un motivo para no cambiar si hay pruebas fehacientes que apoyen el beneficio de hacerlo, pero por el momento esas pruebas simplemente no existen. No sería adecuado, sobre la base de un examen monográfico que abarca (por las razones mencionadas en el capítulo 1) una instantánea restringida de los marcos actuales, llegar a una conclusión sobre lo que requiere la integración en cada Estado. Y lo que es más importante, si un marco logra una integración efectiva solo puede evaluarse a posteriori y, en particular, analizando su funcionamiento operativo. La experiencia de la pandemia de COVID-19 aportará pruebas muy necesarias sobre el modo en que los diferentes tipos de marco han abordado la situación, lo que puede servir de base para nuevos análisis.

Aunque no se puede afirmar que la integración requiera un tipo concreto de marco jurídico nacional, puede decirse en cambio que la integración exige la ausencia de lagunas, conflictos, incoherencias o duplicaciones innecesarias entre las competencias, las funciones, las responsabilidades y otras disposiciones creadas por los instrumentos de las emergencias de salud pública y la gestión del riesgo de desastres. El hecho de que los marcos híbridos parezcan ser el tipo de arreglo más común subraya la importancia de llevar a cabo revisiones para evaluar si existen esos problemas y, en caso afirmativo, la manera en que pueden resolverse para lograr una mayor integración.

Además, independientemente del tipo de marco que se utilice, es igualmente importante (si no más) que ese marco establezca y facilite los aspectos esenciales de una gestión eficaz del riesgo de emergencias de salud pública. Tales aspectos, que se analizan en el resto del presente capítulo, incluyen (aunque no se limitan a): un enfoque integral de todas las amenazas, de todo el gobierno y de toda la sociedad; mandatos claros para la gestión del riesgo de la emergencias de salud pública (incluidas las atribuciones legales necesarias y todas las fases del continuo de la gestión del riesgo de emergencias de salud pública); una comprensión cabal de las funciones y responsabilidades claras para los agentes y las partes interesadas; y la participación de todos los agentes y partes interesadas pertinentes de manera coordinada.

RECOMENDACIÓN

1. Las leyes, las políticas y los planes para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública deberían:
   a. presentar las características principales identificadas en las recomendaciones de este capítulo;
   b. ser coherente con los instrumentos internacionales pertinentes incluidos el Reglamento Sanitario Internacional, el marco de Sendai y los principios de Bangkok, y aplicarlos;
   c. estar integrados con los marcos generales de gestión del riesgo de desastres (incluidas las estrategias nacionales y locales de reducción del riesgo de desastres) en el sentido de que no existan lagunas, conflictos, incoherencias o duplicaciones innecesarias entre las atribuciones, las funciones, las responsabilidades y otras disposiciones creadas por los instrumentos sobre emergencias de salud pública y gestión del riesgo de desastres.
2. Los Estados que emprendan una revisión de sus leyes, políticas y planes para la gestión del riesgo de emergencias de salud pública deberían, como parte de esa revisión, considerar si tales leyes, políticas y planes están integrados con los marcos generales de la gestión del riesgo de desastres en el sentido indicado en el párrafo 1) c) supra.

4.3 / MANDATOS PARA LA GESTIÓN DE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA EN EL DERECHO INTERNO

4.3.1 / Gestión de los riesgos para la salud pública

Un tema esencial del informe DPR es que los mandatos contenidos en los marcos de gestión del riesgo de desastres deben ser claros. Para garantizar la claridad, es importante identificar y comprender los riesgos que se gestionan. La incertidumbre sobre las definiciones puede tener consecuencias en términos de no poder determinar 1) a los agentes responsables y sus mandatos; 2) la oportunidad en que podrían activarse esos mandatos; y 3) las medidas que podrían tomarse y la autoridad competente. Ello se aplica igualmente a los marcos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública, pero los mapeos jurídicos pertinentes indican que la identificación y comprensión de los riesgos de salud pública puede ser más problemática. Ello puede deberse a dos razones: 1) la definición de una emergencia de salud pública y, especialmente en las leyes más desactualizadas, genera interpretaciones restrictivas del riesgo para la salud pública; y 2) una tendencia a que las emergencias de salud pública se hayan considerado algo secundario o consecuencia de otros desastres.

En el capítulo 2 supra, se considera el concepto internacional de emergencias de salud pública de importancia internacional y se establece la definición de emergencias de salud pública de la OMS. Las leyes de muchos Estados adoptan estas definiciones, pero muchos no lo hacen. Los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública revelan cierto grado de incoherencia en la terminología utilizada para describir los "eventos sanitarios" para los que se requiere preparación y generan las acciones de intervención. Esta incoherencia es evidente entre los Estados, pero también puede encontrarse en diferentes actos legislativos dentro de un Estado.

La primera cuestión que puede plantearse es que se restrinja la expresión "eventos sanitarios" a aquellos a los que se aplican las atribuciones concedidas para las emergencias de salud pública. Esta característica tiende a ser más propia de las leyes más desactualizadas. En algunas legislaciones identificadas en los decretos y los mapeos jurídicos, las emergencias de salud pública se definen por referencia a una lista de enfermedades específicas. La legislación suele exigir que se notifique a las autoridades pertinentes si se detecta una de esas enfermedades, y solo se pueden tomar medidas en respuesta a un brote de esas enfermedades específicas. Las atribuciones no se aplican a otros tipos de riesgo para la salud pública. Los problemas que ello ocasiona pueden mitigarse. En muchos casos, es posible ampliar la lista de enfermedades. Por ejemplo, en la Ley de salud pública de Tuvalu de 2008, aunque se especifica una serie de dolencias como "enfermedades infecciosas", el ministro de salud puede añadir otras a las especificadas[240]. Sin embargo, para ello a menudo se requiere un acto formal; por ejemplo, la emisión de una orden para modificar la legislación. Además, este enfoque también está en pugna con el enfoque de "todos los riesgos para la salud pública" que ahora defiende el RSI.

Los riesgos de un enfoque demasiado restrictivo son tres: 1) cuando se requiere una intervención ante una nueva enfermedad, puede ser necesario en primer lugar elaborar un instrumento para añadir la nueva enfermedad a la lista, lo que podría retrasar la intervención; 2) si una enfermedad solo se especifica una vez que ha aparecido, habría una capacidad limitada para prepararse para un brote de ese desastre; y 3) una lista taxativa de enfermedades infecciosas o transmisibles conlleva el riesgo de pasar por alto riesgos para la salud pública que no son enfermedades como tales. Por lo tanto, dicha legislación puede no abarcar algunos elementos de la definición de emergencias de salud pública de la OMS, como el bioterrorismo, la liberación de agentes o toxinas o la reacción adversa a medicamentos.

El método de enumeración de las enfermedades suele ser una característica de las legislaciones más antiguas. Estas también pueden causar problemas más amplios al perpetuar enfoques obsoletos de las emergencias de salud pública, especialmente cuando esos enfoques son incompatibles con el Reglamento Sanitario Internacional. En varios de los Estados de la muestra, la principal legislación en materia de salud pública está muy desactualizada. En India, por ejemplo, la intervención ante las emergencias de salud pública sigue basándose en su Ley de enfermedades epidémicas de 1897, que se promulgó por primera vez tras un brote de peste bubónica en Bombay en la década de 1890[241]. Varios Estados siguen utilizando leyes del decenio de 1930: por ejemplo, la Ley de salud pública de Uganda de 1935[242] y la Ley de salud pública de Zambia de 1930[243] La legislación sobre cuarentena también puede ser relativamente antigua. Algunos ejemplos son la Ley de cuarentena de Nigeria de 1926[244] y la Ley de cuarentena de Granada de 1947[245]. La Ordenanza de cuarentena de Sri Lanka tiene la misma antigüedad. Lesoto[246] y Liberia[247] se basan en una legislación más reciente, pero incluso esta data del decenio de 1970.

El hecho de que una ley sea antigua no la convierte necesariamente en mala, y la legislación mencionada anteriormente puede haber sido modificada más recientemente de lo que indica la fecha de la legislación. Sin embargo, los conceptos de salud pública y enfermedades transmisibles del siglo XIX o principios del siglo XX son muy diferentes a los actuales. Varias leyes siguen contemplando enfermedades que ya no son frecuentes, por ejemplo, la viruela. Esta legislación es también de una época anterior a aquella en que se generalizaron los viajes internacionales, apenas se tenían en cuenta la migración y los factores ambientales y climáticos, y el bioterrorismo o la reacción adversa a medicamentos eran desconocidos. Por lo tanto, cabe preguntarse si es realista buscar en esa legislación disposiciones que se ajusten a los conceptos de epidemiología y las circunstancias actuales, o si se puede construir sobre esas bases. Incluso en los casos en que las leyes son más modernas, es importante -a medida que surgen nuevos riesgos sanitarios y cambian las medidas para combatirlos- que la legislación se revise periódicamente para garantizar que sigue siendo adecuada a los fines actuales.

Los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública exponen la legislación que refleja mejor los conceptos modernos en ese ámbito. Muchos Estados de la muestra han adoptado en sus legislaciones o políticas un enfoque más flexible o de "todos los riesgos para la salud pública", lo que está en consonancia con el enfoque actual del RSI. En Singapur, por ejemplo, la Ley de enfermedades infecciosas funciona sobre la base de una lista de enfermedades específicas, pero incluye una cláusula general que amplía la autoridad de la ley ante los nuevos riesgos que aparezcan[248]. Por lo tanto, no es necesario introducir una modificación o adición formal a la lista de enfermedades enunciadas para poder gestionar una nueva enfermedad en el marco de la ley. En la República de Corea, la cuestión se aborda mediante el enunciado de grupos de enfermedades, pero se prevé la posibilidad de que un funcionario añada enfermedades no especificadas si se teme que se transmitan repentinamente en la República de Corea o se vuelvan prevalentes en el país y que sea necesario añadirlas con urgencia a los fines de prevención y control[249].

Un enfoque alternativo consiste en incluir las emergencias de salud pública dentro de una definición general de "desastre" o "emergencia", ya sea 1) enumerando las epidemias y los brotes como una de las amenazas que pueden causar un desastre o una emergencia; o 2) definiendo un desastre o una emergencia por referencia a la magnitud de la amenaza, la perturbación o el daño a la comunidad (independientemente de su causa). Ello también es coherente con un enfoque de todas las amenazas para la salud pública, ya que no restringe la autoridad y las disposiciones de emergencia a amenazas sanitarias específicas. Por ejemplo, la Ley de emergencias de las Islas Marshall se refiere a una emergencia grave [existente] que pongan en peligro la vida, la salud o los bienes[250], una definición lo suficientemente amplia como para abarcar las emergencias de salud pública. En Australia, en la legislación de Victoria y de Nueva Gales del Sur sobre gestión del riesgo de desastres, la definición de "emergencia" se extiende a las emergencias de salud pública, y como consecuencia, esta legislación confiere, cuando sea necesario, las atribuciones para hacer frente a una emergencia de salud pública[251].

Aunque el método exacto de aplicación de un enfoque de todas las amenazas para la salud pública en las leyes y/o políticas dependerá de las circunstancias de cada Estado, los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública ponen de manifiesto, pues, las diversas formas en que los Estados garantizan la inclusión de una gama tan amplia como sea posible en sus marcos de gestión del riesgo de tales emergencias.

4.3.2 / Emergencias de salud pública secundarias

Otra cuestión identificada en relación con el concepto de las emergencias de salud pública es la tendencia a tratarlas como desastres secundarios o generadas a consecuencia de otros, en lugar de considerarlas emergencias primarias. Es posible que, a raíz de la pandemia de COVID-19, se las deje de considerar de esta manera, pero en el pasado en la preparación preventiva para las emergencias de salud pública se las clasificaba principalmente como eventos derivados de otros desastres. El mapeo jurídico de emergencias de salud pública de Irán ofrece un ejemplo de este fenómeno. En Irán, los planes de prevención y contención de las enfermedades transmisibles suelen estar orientados a frenar la propagación de enfermedades tras una catástrofe causada por amenazas naturales y no en respuesta a una pandemia u otras emergencias de salud pública en sí[252]. Es evidente que las emergencias de salud pública pueden surgir de otros tipos de catástrofes o producirse simultáneamente con ellas, pero también se las debe tratar como tales por derecho propio. El UNDRR examinó esta cuestión en el marco de su examen de las funciones de gobierno para el riesgo del desastre planteado por la pandemia de COVID-19 en Asia y Pacífico. El examen destaca la escasa atención prestada a la gestión de los riesgos y las emergencias biológicas y el enfoque restringido concedido a los riesgos naturales que se encuentra en la mayoría de las estrategias de reducción del riesgo de desastres en esa región. En consecuencia, el examen subraya la necesidad de adoptar un enfoque que se aplique realmente a múltiples peligros para toda la gestión de riesgos[253]. De ello se desprende que los marcos de gestión de riesgos de emergencias de salud pública deben abarcar tanto las emergencias de salud pública primarias como las secundarias.

RECOMENDACIÓN

1. Los Estados que no lo hayan hecho recientemente deberían revisar sus leyes, políticas y planes relativos a la gestión de riesgos de emergencias de salud pública para asegurarse de que son adecuados para los fines actuales e introducir con urgencia una legislación nueva o modificada cuando sea necesario.
2. Las leyes, las políticas y los planes nacionales deben establecer marcos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública que permitan la preparación y la intervención ante una gama de riesgos para la salud pública tan amplia como sea posible, adoptando un enfoque de "todos los riesgos para la salud pública" en línea con el RSI.
3. Las leyes, las políticas y los planes nacionales deben garantizar que los marcos de gestión del riesgo de emergencias de salud pública y/o los marcos de gestión del riesgo de desastres contemplen las emergencias de salud pública primarias y secundarias como parte de un enfoque para amenazas múltiples.
4. Todas estas leyes y/o políticas deben ofrecer:
    a. a) certeza sobre los tipos de riesgos y eventos de salud pública a los que deben aplicarse las funciones de preparación e intervención; y
    b. b) flexibilidad para garantizar que las funciones de preparación preventiva e intervención se apliquen a los riesgos de salud pública nuevos e incipientes.
5. Debe procederse a revisiones periódicas de las leyes, políticas y planes nacionales relativos a las emergencias de salud pública para garantizar que siguen siendo adecuados y que contemplan todos los riesgos actuales e incipientes en ese ámbito, incluidas las nuevas enfermedades víricas, los agentes y toxinas y las amenazas como la resistencia a los antimicrobianos.

4.3.3 / Fases de la gestión de riesgos de emergencias de salud pública

Otro factor imprescindible en un marco integral e integrado de gestión de riesgos de emergencias de salud pública reside en su aplicación a todas las fases de la gestión de ese tipo de riesgos. El concepto de *gestión* o *gobierno* de riesgos de desastres ha cambiado de manera significativa en años recientes, en particular bajo el impulso del Marco de Sendai. No se considera ya la gestión de riesgos de desastres únicamente bajo el prisma de la planificación y la intervención sino que abarca igualmente la reducción de riesgos de desastres y la recuperación. Así, un marco integral de gestión de riesgos de desastres marco, en particular un marco integrado, contemplará todas las fases de la gestión de riesgos de desastres, a saber:

- la reducción de riesgos de desastres: esto es, las medidas destinadas a la prevención de nuevos riesgos de desastres, la reducción de los riesgos existentes, y la gestión de los riesgos residuales que, en conjunto, favorecerán el fortalecimiento de la resiliencia y, por ende, el logro del desarrollo sostenible;
- la preparación para desastres: es decir el conocimiento y las capacidades desarrolladas por los gobiernos, las organizaciones que ejecutan actividades de intervención y de recuperación, las comunidades y las personas, para anticipar y reaccionar ante las consecuencias de desastres probables, inminentes, o en curso, y recuperarse a raíz de estos;
- la intervención a raíz de desastres: a saber, las medidas que se adoptan directamente antes, o inmediatamente después, de un desastre y durante este, a fin de salvar vidas, reducir las repercusiones sanitarias, velar por la seguridad pública y satisfacer las necesidades de subsistencia básica de las personas afectadas;
- la recuperación a raíz de desastres: esto es, el restablecimiento en idénticas o mejores condiciones de los medios de vida y condiciones de salud, así como de los sistemas, actividades y activos económicos, físicos, sociales, culturales y ambientales, de una comunidad o de una sociedad afectada por un desastre, de conformidad con los principios de desarrollo sostenible y de "reconstrucción en mejores condiciones", con el fin de evitar, o reducir, los riesgos de desastres en el futuro[254].

Un marco integral sobre gestión de riesgos emergencias de salud pública deberá también abordar esas cuatro fases fundamentales. Si bien este informe se centra en las fases de preparación y de intervención — que se abordan en detalle, sería un error no mencionar, aunque sea brevemente, las fases de reducción de riesgos y de recuperación en relación con las emergencias de salud pública. En particular, habida cuenta de que en el caso de los Estados de la

Indonesia, 2019. Muchas comunidades son vulnerables a los desastres y a los brotes sanitarios. Los desastres suelen desencadenar enfermedades, muchas de ellas zoonóticas, causadas por infecciones que se propagan entre animales y personas. Las comunidades de las zonas rurales suelen estar en mayor riesgo cuando la agricultura es un medio de vida.

© FICR Corrie Butler

muestra que cuentan con leyes sobre intervenciones a raíz de emergencias de salud pública, los estudios realizados indican que los marcos existentes para la gestión de riesgos en esas emergencias no están debidamente configurados o no denotan suficiente integración en las cuatro fases.

Conforme se ha señalado, la autoridad para emprender y facilitar intervenciones ante emergencias de salud pública dimana, en la vasta mayoría de los casos, de leyes relativas a salud pública, o de poderes concedidos a tenor de la declaración del estado de emergencia. De este informe se concluye que existen claramente disposiciones jurídicas para las intervenciones en casos de emergencias de salud pública, aunque estas sean perfectibles. Bajo la sección 4.6 se examina la fase de preparación, en particular la planificación para contingencias. Cabe notar que aunque no se aborda el tema de manera exhaustiva, la mayoría de los Estados de la muestra dispone de algún tipo de proceso de planificación para emergencia de salud pública contemplado ya sea en leyes o políticas.

No ocurre lo mismo con respecto a las disposiciones relacionadas con reducción de riesgos de emergencias de salud pública y la recuperación ulterior, notoriamente ausentes en las leyes y políticas identificadas en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública. En gran parte podría ser debido a la antigüedad de muchas de esas leyes. Las legislaciones aprobadas antes del establecimiento del Marco de Sendai y otros instrumentos modernos sobre la gestión integral de riesgos de desastres, tienen a no incluir referencias a la reducción de riesgos o a la recuperación. Esos elementos tienden asimismo a no estar presentes en las legislaciones de salud pública en comparación con las legislaciones de gestión de riesgos de desastres (tal vez porque esos conceptos no están aun plenamente integrados en la esfera de la salud pública, conforme se reconoce en los principios de Bangkok). Sin embargo, será importante que los Estados que no lo hayan hecho, incorporen las fases de reducción de riesgos y de recuperación en los marcos de gestión de riesgos de emergencias de salud pública.

Reducción de riesgos de emergencias de salud pública

Aunque no fuera antes el caso, la pandemia de la pandemia de COVID-19 suscitó mayor concienciación con respecto a los graves riesgos planteados por las enfermedades zoonóticas. Se estima que más de 6 de cada 10 enfermedades infecciosas de los seres humanos pueden ser propagadas por animales, y que 3 de cada 4 enfermedades infecciosas nuevas o emergentes que afectan a los seres humanas son de índole zoonótica[255]. Uno de los principales factores de riesgos en el caso de las enfermedades zoonóticas reside en la expansión no regulada de crianza de animales que invade zonas preservadas y coloca a los animales domésticos, los seres humanos y la vida silvestre en situaciones de contactos más frecuente y estrecho[256]. Los cambios en relación con los viajes, el turismo y el comercio han conllevado también repercusiones en la epidemiología de las enfermedades zoonóticas[257]. La eficaz reacción ante los riesgos planteados por las enfermedades zoonóticas requiere un enfoque de salud único (Una sola salud), caracterizado por la participación y la coordinación de los sectores de salud pública, animal y vegetal, además del sector ambiental. Otro elevado riesgo de salud pública que cabe considerar en la fase de reducción de riesgos reside en la resistencia antimicrobiana (resistencia a los tratamientos antimicrobianos). De manera análoga al riesgo lento y a largo plazo que plantea el cambio climático en la amplia esfera de la gestión de riesgos de desastres, la resistencia a los antimicrobianos representa un riesgo en el ámbito de la salud.

En ningún marco relativo a gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública se puede ignorar ese tipo de causas subyacentes. De hecho, así se reconoce ya en algunos marcos. El plan norteamericano sobre la influenza animal y pandémica (North American Plan for Animal y Pandemic Influenza) (énfasis nuestro), por ejemplo, fue establecido a raíz de la reflexión de los Estados Unidos de América, Canadá y México sobre la propagación y los problemas observados durante la pandemia de H1N1, registrada en 2009[258]. En Inglaterra y Gales, la ley sanitaria exige la existencia de planes nacionales de contingencia y se han establecido disposiciones para el control de zoonosis[259]. La ley sobre salud pública (Liberian Public Health Act) contempla asimismo disposiciones relativas a la lucha contra enfermedades zoonóticas[260] e incluye la referencia específica a la plataforma Una sola salud[261].

En vista del carácter limitado de los análisis de reducción de riesgos en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública, en este informe poco se puede comentar acerca de las leyes o políticas Estados encaminadas a la reducción de los riesgos de emergencias de salud pública[262]. Sin duda en investigaciones e informes ulteriores se examinará en detalle este aspecto de las emergencias de salud pública. No obstante, en lo que atañe a las leyes y/o políticas que podrían favorecer el establecimiento de marcos integrales para la gestión de riesgos sobre emergencias de salud pública marcos, los informes y publicaciones relacionados con la pandemia de la pandemia de COVID-19 colocan énfasis en la necesidad de reducir ese tipo de riesgos de futuras emergencias de salud pública. En la iniciativa *Una sola salud* se destaca, asimismo, la necesidad de la integración, o la cooperación, con agentes de los sectores de la salud animal, vegetal y ambiental a lo largo del ciclo de gestión de riesgos de emergencias de salud pública y de riesgos de desastres.

Recuperación tras emergencias de salud pública

Al igual que la reducción de riesgos, la fase de recuperación tras emergencias de salud pública no se aborda de manera específica en los mapeos jurídicos de esas emergencias. En los mapeos jurídicos emergencias de salud pública se examina la función de las leyes en la mitigación de las repercusiones de las emergencias de salud pública, con inclusión de ciertas medidas iniciales del proceso de recuperación tras la pandemia de la pandemia de COVID-19. Además, diversas medidas económicas, sociales y educacionales adoptadas para mitigar los efectos inmediatos de la pandemia de la pandemia de COVID-19 podrían favorecer la recuperación a raíz de esta.

No obstante, habida cuenta de la falta de información sobre recuperación en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública, lo único que cabe señalar de momento es que, al igual de lo que sucede con la reducción de riesgos, los Estados que establezcan marcos integrales de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública verán incluir todas las fases del ciclo de gestión de riesgos, incluida la recuperación.

RECOMENDACIÓN

1. Las leyes, políticas y planes de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública deberían:
   a. tener presente los acontecimientos más amplios en materia de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública, tales como el enfoque Una sola salud, y el creciente reconocimiento de la importancia de medidas encaminadas a la reducción de riesgos;
   b. incluir disposiciones encaminadas a la reducción de riesgos de emergencias de salud pública, entre otros, mediante la coordinación de medidas y actividades con los sectores de salud animal, vegetal y ambiental (y demás agentes abarcados bajo Una sola salud);
   c. abordar la fase de recuperación mediante la inclusión de medidas que propicien y apoyen la recuperación a raíz de emergencias de salud pública.

4.4 / COORDINACIÓN Y DIRECCIÓN[263]

4.4.1 / Coordinación

En el informe DPR se señala que, en relación con la gestión de riesgos de desastres en sentido amplio, la inadecuada coordinación persiste como un grave problema en las operaciones de intervención a raíz de desastres tanto a nivel nacional como internacional. En una encuesta a profesionales de la gestión de desastres y operaciones humanitarias realizada por la Federación Internacional se determinó que:

> ***'la coordinación inadecuada es uno de los problemas regulatorios más comunes en la intervención a raíz de desastres a nivel nacional e internacional … y aquel que afecta en mayor medida la eficacia y la eficiencia de las operaciones de intervención a raíz de desastres. Se ha identificado dos tipos de problemas de coordinación a nivel nacional, a saber: vacíos en la coordinación entre organismos de diferentes sectores y/o de distintos estamentos de gobierno, y vacíos en la coordinación entre agentes gubernamentales y no gubernamentales, con inclusión de agentes internacionales'***[264]***.***

Desafortunadamente, de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se desprende un panorama similar con respecto a la coordinación en caso de emergencias de salud pública. Como lo ha demostrado la pandemia de COVID-19, podría ser un hallazgo más preocupante, habida cuenta de la gran cantidad de agentes de diversos sectores cuyas actividades deben ser coordinadas en tales casos. Además, los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública indican la existencia de otro tipo de problema relacionado con la coordinación en emergencias de salud pública debido a la cantidad de agentes de un mismo sector, en particular del sector sanitario, esto es, además de la necesidad de coordinación *entre* sectores, la necesidad de mecanismos de coordinación *dentro* de cada sector, e incluso dentro de organismos específicos.

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública denotan la existencia de una amplia variedad de mecanismos de coordinación y, de manera similar a lo que ocurre con los marcos jurídicos generales sobre emergencias de salud pública (véase la sección 4.2), cabe dividir los mecanismos de coordinación entres vastas categorías: mecanismos principalmente orientados a emergencias de salud pública, mecanismos híbridos, y mecanismos predominantemente

centrados en la gestión de riesgos de desastres. No obstante, contrariamente a lo que ocurre con los marcos jurídicos generales, los principales arreglos de coordinación utilizados en las emergencias de salud pública dimanan de leyes o políticas genéricas sobre gestión de riesgos de desastres. En Colombia, por ejemplo, existe un detallado sistema de coordinación contemplado bajo la legislación del país sobre gestión de riesgos de desastres[265]. De manera similar, en Sudáfrica, la coordinación de la intervención motivada por la pandemia de la pandemia de COVID-19 parecería estar organizada por conducto del centro para la gestión de desastres, de conformidad con las disposiciones generales sobre gestión de esos riesgos[266].

Incluso en los países en cuyos *marcos* jurídicos predominan las emergencias de salud pública parece existir una preferencia por el uso de los mecanismos de coordinación existentes para la gestión de riesgos de desastres en el caso de intervenciones ante emergencias de salud pública. Dentro de estos, podrían existir mecanismos auxiliares específicos sobre emergencias de salud pública, por ejemplo, subcomités de los comités principales, que no obstante funcionan también dentro de los arreglos generales relativos a la gestión de riesgos de desastres. En Australia, los principales arreglos de coordinación se basaron en marcos genéricos sobre gestión de riesgos de desastres. En el Reino Unido, cuyo marco de gestión de riesgos está predominantemente orientado a las emergencias de salud pública, la coordinación de la preparación y de la intervención ante emergencias de salud pública está regida por la legislación relativa a contingencias generales y a las directrices generales sobre concepto de operaciones de intervención en caso de emergencias[267]. De igual manera, en los Emiratos Árabes Unidos, en donde los poderes para la intervención ante una emergencia de salud pública emanan de la ley sobre el control de enfermedades contagiosas, ese tipo de intervención está coordinada por conducto del organismo nacional de gestión de crisis, desastres y emergencias al que incumbe la gestión de todo tipo de desastres[268].

En pocos de los Estados de la muestra existe un mecanismo de coordinación exclusivamente relacionado con la salud pública. Cuando así es, suele deberse a que los Estados han optado por el establecimiento de mecanismos de coordinación específicos en relación con la pandemia de COVID-19, en lugar de depender de los mecanismos de coordinación existentes. En Bulgaria, por ejemplo, se creó un mecanismo específico relativo a la pandemia de COVID-19 porque, según se señaló, no existían arreglos de coordinación permanentes[269]. En Sierra Leona, los esfuerzos de coordinación estuvieron encabezados por el Ministerio de Salud, aunque se señaló el carácter inclusivo de estos y la invitación dirigida a todas las entidades de la iniciativa *Una sola salud,* los partidos políticos y el grupo que dirigió la intervención motivada por el brote de ébola en 2013-2016[270] para que participaran. Así, muy pocos de los Estados de la muestra parecen utilizar mecanismos de coordinación permanentes específicos para emergencias de salud pública.

La misma categorización se aplica a los arreglos de coordinación durante la fase de preparación. Los requisitos para la evaluación de riesgos y la elaboración de planes suelen estar contemplados en legislaciones generales sobre gestión de riesgos de desastres. En el Reino Unido, por ejemplo, la legislación general sobre planificación para contingencias prevé que incumbirá a cada organización sanitaria que deba intervenir ante emergencias de salud pública la obligación de evaluar los riesgos de emergencias de salud pública y mantener planes para gestionar esos riesgos[271].

Por consiguiente, cabe señalar que, en grandes líneas, los arreglos para la coordinación o el manejo tanto de la preparación como de la intervención relativas a emergencias de salud pública suelen estar contemplados en las leyes o políticas generales que tratan de la gestión de riesgos de desastres. No obstante, conviene anotar que se trata de una determinación muy amplia fundamentada únicamente en el contenido de los planes y legislaciones identificados a través de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública. Además, el hecho de que los mecanismos de coordinación relativos a emergencias de salud pública suelan emanar de leyes o políticas generales sobre gestión de riesgos de desastres no supone necesariamente que los organismos de gestión de riesgos de desastres sean responsables de las intervenciones en caso de emergencias de salud pública. Al contrario, en muchas de esas leyes o políticas se prevé que, en caso de emergencias de salud pública, otro agente — con frecuencia el Ministerio de Salud — encabece la intervención y, por ejemplo, dirija el centro de operaciones de emergencia o su equivalente. Exclusivamente en función de los mapeos jurídicos no se puede determinar el funcionamiento de esas disposiciones en la práctica, por ejemplo, la función de los centros de operaciones de emergencia o de desastres en las emergencias de salud pública. No obstante, es innegable el carácter esencial de la existencia de los mecanismos de coordinación y el adecuado conocimiento de su funcionamiento.

La ventaja de contar con las disposiciones sobre gestión de riesgos de desastres para la coordinación de emergencias de salud pública reside en que estas podrían ya abordar algunas de las dificultades ampliamente conocidas y comprendidas en materia de coordinación identificadas en el informe DPR. Si se establecieran por separado mecanismos de coordinación específicos para emergencias de salud pública se podría correr el riesgo de "reinventar la rueda" y dar lugar a conflictos o a duplicación de esfuerzos. Si bien esos mecanismos específicos pudieran ser útiles

en la mejor identificación de agentes del sector sanitario, existe el riesgo de una excesiva concentración en ese sector, perdiéndose de vista cuestiones más amplias y la necesaria participación de un abanico más amplio de agentes, que conforme dejó patente la pandemia de COVID-19, son pertinentes en las emergencias de salud pública.

En los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública existen pocas referencias al segundo tipo de coordinación, esto es la coordinación dentro de sectores o dentro de organizaciones. Se trata de un aspecto particularmente pertinente en lo que se refiere a las estructuras de atención sanitaria que prestan ayuda en emergencias de salud pública. Aunque se mencionan ejemplos de disposiciones que exige la coordinación entre el ministerio de salud y otros ministerios, poco se dice con respecto a leyes que requieran que el Ministerio de Salud coordine sus actividades dentro de sus respectivos departamentos u organismos. Ello podría no plantear mayor problema en lugares donde existe una 'autoridad sanitaria' central, pero adquiere importancia crucial cuando la responsabilidad por distintos aspectos de la salud pública está dividida o compartida entre varios departamentos, unidades o dependencias. En algunos ejemplos de leyes o políticas se observa la voluntad de abordar esta cuestión, pero incluso cuando se lo hace, persisten ciertos vacíos, por ejemplo, podrían no tener acceso a esos arreglos otras partes que prestan servicios sanitarios en sentido amplio, tales como las farmacias, los agentes de atención domiciliaria o médica, y los proveedores de equipo de protección personal.

En general, aunque en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no se informa de la eficacia de los mecanismos de coordinación al respecto, se destaca la importancia de los principios y de las recomendaciones relativos a ese tipo de coordinación, conforme figuran en el informe DPR[272] en lo que atañe, entre otros, a la claridad y a la necesidad de incluir a todos los participantes (también identificadas bajo la sección 4.5).

RECOMENDACIÓN

1. Los planes, leyes y políticas relativos a la gestión de riesgos de emergencias de salud pública deberían facilitar la coordinación:
   a. horizontal entre distintos organismos de un sector y dentro de cada uno de ellos;
   b. vertical entre los distintos niveles gubernamentales;
   c. entre los agentes gubernamentales y no gubernamentales, con inclusión de los agentes internacionales (según proceda).
2. Los planes, leyes y políticas relativos a la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública deberían, por consiguiente:
   a. establecer mecanismos de coordinación en los que estén representados
      i. todos los organismos sectoriales pertinentes;
      ii. todos los departamentos pertinentes de los organismos sectoriales;
      iii. todos los estamentos gubernamentales;
      iv. todos los agentes gubernamentales y no gubernamentales pertinentes;
   b. asignar funciones y responsabilidades claras a cada agente;
   c. imponer a los agentes la obligación de celebrar reuniones periódicas y compartir información para velar por la eficacia de los mecanismos de coordinación.

4.4.2 / Dirección y función rectora

La función de dirección está estrechamente vinculada con la eficacia de la coordinación, pero reviste importancia más amplia y transversal en los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública. De los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se desprende que las nociones de dirección o de responsabilidad principal gozan de diversas interpretaciones. Existe una interpretación de dirección *jurídica* en el caso de leyes[273] que de manera expresa establecen la principal responsabilidad de una agente que puede, por ejemplo, emitir reglamentos de emergencia o ejercer poderes fundamentales de emergencia. En las leyes sobre emergencias de salud pública se suele conferir esta responsabilidad al ministro de salud (o su equivalente), o a altos funcionarios de ese ministerio. No obstante, ese agente podría no siempre detentar la dirección *operativa*. En ciertos casos, se otorga esa responsabilidad a la oficina o al departamento que trata en general la gestión de desastres, en otros casos se la puede conferir a un

departamento o funcionario específico del Ministerio de Salud. Existen también múltiples ejemplos de dirección, tanto jurídica como operativa, compartida e incluso de dirección colegiada (por ejemplo, a través de un consejo o comité).

En diversos casos, el presidente o el jefe de gobierno ha asumido esta función de dirección durante la pandemia de COVID-19, en particular cuando se ha declarado un estado de emergencia. Ello plantea otro tema, a saber, el eventual conflicto entre la responsabilidad *jurídica* conexa a la dirección de una intervención y el liderazgo *político*. Ante una emergencia de salud pública de la envergadura de la pandemia de COVID-19, sería irrealista concebir que el jefe de estado o de gobierno no esté a cargo de la intervención; sin embargo — y salvo declaración de un estado de emergencia — las leyes suelen conferir ese poder jurídico a un ministro u otro funcionario. Existen ciertas excepciones: por ejemplo, en Nueva Zelanda, se otorga autoridad expresa al primer ministro, en consulta con el ministro de salud para que emita notificaciones oficiales que darán lugar a los poderes de emergencia[274]. Dicho esto, en la mayor parte de los casos todo parece indicar que existe una superposición de responsabilidad. Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no contienen comentarios de la materialización de este aspecto, de manera que sería necesario estudiar el tema para confirmar este elemento. No obstante, y por principio, cabría evitar toda confusión o incertidumbre con respecto a esas responsabilidades.

El solapamiento de responsabilidades y eventualmente el conflicto entre estas, puede suscitar dificultades cuando se confieren responsabilidades de dirección a varios órganos. La responsabilidad compartida no plantea en sí necesariamente un problema. En la mayor parte de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública, las leyes relativas a estas conceden la función rectora principal (de una u otra manera) al ministro o al ministerio de salud. No obstante, también determinan *ciertas* funciones de otros agentes en la dirección de las intervenciones motivadas por la pandemia de COVID-19.

La dirección puede estar compartida horizontalmente (i.e. entre departamentos de un gobierno) o verticalmente, en particular en el caso de Estados federales o cuasi federales. En el caso de emergencias de salud pública de la envergadura de la pandemia de COVID-19, este aspecto no planteará dificultades pues la intervención deberá estar dirigida a nivel nacional. Algunos Estados aplican, no obstante, un enfoque de pirámide ascendente que, en el caso de una epidemia circunscrita geográficamente podría suponer la aplicación de otras disposiciones en cuanto a la dirección. Los problemas podrían surgir cuando exista falta de claridad entre distintos ejes del gobierno, conforme se señala en uno de los mapeos jurídicos que hace referencia a una controversia de jurisdicción sobre asuntos relativos a la salud pública surgida entre un presidente y varios gobernadores provinciales. El gobernador de una provincia declaró unilateralmente el confinamiento de esta y esa decisión fue impugnada por el ministro *nacional* de salud, quien proclamó ser el único responsable de la gestión de la intervención ante la pandemia de COVID-19[275].

Los mapeos jurídicos también apuntaron a la posibilidad de un cambio o a divergencias en la dirección en el curso de una emergencia de salud pública dependiendo de los poderes que se ejercen y/o de la legislación de la cual dimanan.

Es, sin duda, potestad de cada Estado decidir las personas o funcionarios a quienes incumben las responsabilidades de dirección antes y durante una emergencia de salud pública, como después de esta. El enfoque que se elija dependerá de las circunstancias de cada Estado, de las vías para la asignación de las funciones, del marco constitucional, de los poderes que se deban ejercer y del alcance de estos. Lo esencial — y reiterado como tema central de este informe — reside en que las disposiciones en materia de dirección, las funciones rectoras que se asignen a los agentes y el momento en que surgen esas responsabilidades estén claramente establecidos, preferiblemente antes de que ocurra una emergencia de salud pública.

RECOMENDACIÓN

Los planes, leyes y políticas relativos a la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública deberían velar por que:

1. las personas u organismos a los cuales incumba la responsabilidad de dirección antes y durante una emergencia de salud pública, como después de esta, figuren claramente identificados (con inclusión del mando y del control del centro de operaciones de emergencia si este existiera);
2. la naturaleza de la función de dirección, así como las funciones y los poderes de quien 'dirige' son claras y definidas;
3. se elimine o se reduzca a un mínimo la posibilidad de conflicto entre las personas u organismos que ejerzan funciones de dirección.

4.5 / PARTICIPACIÓN Y REPRESENTACIÓN

4.5.1 / Introducción

En el informe DPR se recomienda que en el momento de establecer o reformar instituciones responsables de preparación para desastres e intervención a raíz de estas, quienes sean responsables de esas decisiones adopten un enfoque de interés general para la sociedad o para el Estado en conjunto, que permita la participación de todas las partes interesadas. El enfoque de "interés general de todos los componentes de la sociedad" o de "interés general de todos los componentes del Estado" viabiliza la canalización de todos los recursos disponibles y promueve la protección y la inclusión de los grupos vulnerables[276]. En el Marco de Sendai se alienta la adopción del enfoque de interés general para la sociedad y los principios de Bangkok lo refuerzan.

La pandemia de COVID-19 dejó patente para todos los Estados que una emergencia de salud pública de gran envergadura puede tener repercusiones para todos los estamentos de un gobierno, todo sector, toda región, toda comunidad y toda persona y requerir la acción de todos. Por consiguiente, incumbe a todos y cada uno de ellos una función y un interés en la gestión de todas las fases de una emergencia de salud pública (reducción de riesgos, preparación, intervención y recuperación). Cabe, pues, argumentar que el enfoque de interés general para la sociedad o para el Estado en conjunto es más esencial en el caso de las emergencias de salud pública comparadas con otros tipos de desastres. Lamentablemente de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no se desprende que el enfoque de interés para la sociedad sea una realidad en la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública.

4.5.2 / Interés general de todos los componentes del Estado

En los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se observa que existe una amplia diversidad y gran cantidad de departamentos, organizaciones y organismos públicos y gubernamentales que pueden estar asociados en la gestión de una emergencia de salud pública. En el mapeo jurídico relativo a Brasil, por ejemplo, se menciona la participación de la agencia nacional de vigilancia sanitaria, la secretaría de vigilancia sanitaria, el centro de intervención rápida ante emergencias epidemiológicas, y de la fundación nacional de salud en la gestión de emergencias de salud pública[277]. En la mayoría de los Estados de la muestra, la intervención a raíz de una emergencia de salud pública concierne al ministro y al ministerio de salud, al igual que a los principales funcionarios médicos. En otros Estados, los centros de control de enfermedades desempeñan una función esencial, por ejemplo, en el caso de la República de Corea[278].

En casi todos los Estados de la muestra, los departamentos u organismos responsables de la gestión general de riesgos de desastres desempeña una función, aunque esta puede variar en función de la categoría del marco (véase la sección 4.2) y los mecanismos de coordinación (véase la sección 4.4) establecidos. En el mapeo jurídico correspondiente a Colombia se describe una de las estructuras más detalladas, a saber, el *sistema nacional de gestión del riesgo de desastres*. En esta estructura figuran identificados en detalle los principales agentes gubernamentales, desde el presidente de la República hasta el director de la unidad nacional responsable de la gestión de riesgos de desastres[279]. Un sistema menos estructurado pero igualmente detallado, con una lista de agentes, se encuentra en el mapeo jurídico de Papúa Nueva Guinea. En este último se señala que los siguientes agentes asumen funciones en la intervención ante emergencias de salud pública: el consejo ejecutivo nacional, diversos comités de emergencias y de emergencias transitorias, el jefe de Estado, el centro nacional de control, el contralor general y el contralor general adjunto que son nombrados por el jefe de Estado, el consejo consultivo técnico, los centros provinciales de control, los administradores provinciales, los comités consultivos provinciales, la fuerza de defensa, y el comité de finanzas y adquisiciones[280].

Habida cuenta los diferentes tipos de medidas adoptadas para reaccionar ante los efectos de la pandemia de COVID-19 o mitigarlos (muchas de estas examinadas en la sección C), no cabe duda la necesidad de un enfoque general de interés del Estado ante emergencias de salud pública. Además de los agentes gubernamentales responsables de cuestiones de salud y de la gestión de riesgos de desastres, es necesario asociar a una más amplia variedad de ministerios y autoridades. A lo largo de todos los mapeos jurídicos surgen ejemplos de las importantes funciones que desempeñan otros tipos de ministerios o autoridades. En Corea, por ejemplo, el Ministerio del Interior y de la Seguridad recopila datos e información sobre riesgos, con inclusión de información sobre "accidentes sociales" (que abarcan las enfermedades contagiosas) y mantiene un índice de seguridad relativo a gobiernos locales[281]. En Liberia, el organismo de protección ambiental, además de ocuparse de los riesgos ambientales, tiene responsabilidades relativas a situaciones que pudieran plantear graves amenazas para la salud pública[282]. En otros lugares, incumbe a los ministerios de justicia o del interior la responsabilidad de imponer algunas de las restricciones requeridas o de velar por la observancia de estas. Los ministerios de educación asumieron el cierre de las escuelas y velaron por las

posibilidades de otras modalidades de aprendizaje; los ministerios de finanzas concibieron esquemas para amparar a los negocios, proteger el empleo corriente o, cuando fue imposible, aportar beneficios de compensación social; los ministerios de transporte y de asuntos exteriores cerraron las fronteras, apoyaron los esfuerzos para la repatriación y fijaron los requisitos para las cuarentenas.

Asimismo, todos los estamentos de un gobierno pueden verse llamados a intervenir ante una emergencia de salud pública. Por consiguiente, es importante reconocer la importancia de las estructuras de los gobiernos locales y, en el caso de los gobiernos federales o cuasi federales, las funciones y responsabilidades de los gobiernos estatales. Este aspecto es particularmente pertinente en el caso de los Estados que, aunque sea en principio, han adoptado enfoques de pirámide ascendente y no descendente, en cuanto a la planificación y a la intervención[283]. En efecto, habida cuenta de la elevada probabilidad del carácter local de muchas emergencias de salud pública (por lo menos al inicio), los agentes gubernamentales locales deberían contarse entre los primeros en estar incluidos en cualquier marco de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública.

4.5.3 / Interés general de todos los componentes de la sociedad

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública indican que los marcos para la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública suelen girar en torno a los agentes gubernamentales cuya intervención podría ser necesaria en una emergencia de salud pública — bajo el concepto de *interés general de todos los componentes del Estado* — y no de agentes no gubernamentales o de quienes podrían verse afectados por una emergencia de salud pública o soportar las consecuencias de esta. Desgraciadamente, en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública hay pocos indicios de que los Estados hayan adoptado un enfoque de interés de todos los componentes de la sociedad para la gestión de riesgos de emergencia de salud pública. Esto es especialmente evidente en los marcos en los cuales predomina el enfoque de emergencia de salud pública y/o que se basan en objetivos de salud pública relativamente antiguos. En los Estados de la muestra, cuando existe una mayor integración de la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública en los marcos genéricos de gestión de riesgos de desastres y/o en los marcos que adoptan los principios del Marco de Sendai, se observa evidencia del reconocimiento de la necesidad de asociar a una gama más amplia de participantes, tales como las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

La participación de todo el espectro de partes interesadas, especialmente los representantes de las comunidades y grupos vulnerables, persiste como un problema en la mayoría de los Estados de la muestra. La identificación de la representación adecuada de determinadas comunidades o grupos puede plantear dificultades, y los gobiernos (centrales o locales) podrían considerar que representan a sus poblaciones. No obstante, el Marco de Sendai fomenta una participación más amplia de la comunidad y existen numerosos ejemplos de los beneficios derivados de la participación de grupos comunitarios más informales tanto en la literatura especializada, como en el informe DPR, y en varias de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública. La participación de todos los sectores de la comunidad también favorece la vigilancia (es decir, la identificación temprana de los brotes) como la comunicación. La participación temprana y continua puede ser un factor que contribuya a que las comunidades reciban información precisa sobre los riesgos y la gestión de las emergencias relacionados con la salud pública.

La ausencia de un enfoque basado en el interés genuino de todos los componentes de la sociedad podría conllevar 1) la exclusión o la desinformación de sectores que tienen un interés significativo en garantizar acuerdos de intervención eficaces, y 2) la falta de oportunidades para la importante contribución de los grupos que pueden aportarla en la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública. Pese a la tendencia general, existen excepciones. En Colombia, se ha establecido el 'subsistema nacional de voluntarios de primera respuesta'[284], que incluye a miembros de la Defensa Civil, del sistema nacional de bomberos y de la Cruz Roja Colombiana[285]. El consejo nacional de gestión de desastres de Filipinas está formado por representantes de diversos departamentos gubernamentales, el ejército, la policía, la Cruz Roja de Filipinas, organizaciones de servicios comunitarios, el sector privado y cuatro niveles subnacionales de gobierno, además de un representante de la comisión filipina de la mujer. La ley exige que la estructura de esta institución se reproduzca en cada provincia, ciudad, municipio y comunidad (barangay), garantizándose una amplia participación de las partes interesadas en todos los niveles de gobierno[286]. Sin embargo, estas excepciones no abundan.

En el informe DPR se concluye que:

> ***'un enfoque de interés de todos los componentes de la sociedad y de todos los componentes del Estado permite la canalización de los recursos disponibles y promueve la protección y la inclusión de los grupos vulnerables. Entre las partes interesadas que deben participar y estar representadas en las fases de preparación para los desastres y de intervención posterior a estos figuran, sin que se trate de una lista exhaustiva: los agentes gubernamentales competentes a todo nivel de gobierno (por ejemplo, las instituciones meteorológicas; los departamentos de salud, educación y vivienda; el ejército y la policía; las instituciones nacionales de derechos humanos; los defensores del pueblo); las Sociedades Nacionales; las entidades del sector privado (por ejemplo, las empresas de telecomunicaciones y energía); el sector académico y el sector privado (por ejemplo, empresas de telecomunicaciones y de electricidad); las instituciones académicas y de investigación; las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones religiosas (según proceda); y las organizaciones gubernamentales o no gubernamentales que tengan el mandato de representar o defender a determinados grupos vulnerables (por ejemplo, comisiones nacionales de derechos de la mujer; organizaciones de derechos de los discapacitados). Cuando exista una presencia continua y la necesidad de apoyo de las instituciones internacionales, podría ser lógico incluir a los organismos del sistema de la ONU y a las organizaciones no gubernamentales internacionales'***[287]***.***

Estas recomendaciones son válidas tanto para una emergencia de salud pública como para cualquier otra catástrofe. De hecho, el amplio abanico de partes con interés y funciones en la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública apunta a la necesidad de un enfoque, si cabe, más inclusivo.

La pandemia de COVID-19 demostró que ciertos sectores o grupos particulares que pudieran no haber sido considerado previamente como partes integrantes de los arreglos relativos a la gestión de riesgos de desastres o de emergencias de salud pública, pueden desempeñar funciones cruciales en las emergencias de salud pública, o verse afectados de forma desproporcionada por ellas. En los siguientes apartados de esta sección se analizan algunos de estos sectores y grupos particulares.

4.5.4 / Agentes relacionados con *Una sola salud* y la cooperación para el desarrollo

Los agentes de *Una sola salud* pueden desempeñar una función clave específica en la reducción de riesgos de la emergencia de salud pública y esta puede también ser esencial en la preparación para emergencias de salud pública. Además, gozan de condiciones adecuadas para emitir alertas tempranas en caso de emergencias de salud pública mediante la detección de brotes en fases iniciales. Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública sugieren, sin embargo, que el concepto de *Una sola salud* no está plenamente integrado en los marcos nacionales de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública. Debería ser así, y es necesaria la participación de los agentes de *Una sola salud* en los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública para promoverlo.

Los agentes de la cooperación para el desarrollo son otro grupo importante que no siempre está plenamente integrado en los marcos nacionales de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública. Sin embargo, al igual que los agentes de "Una sola salud", desempeñan un papel clave en la reducción de riesgos y en la preparación para emergencias de salud pública, por ejemplo: mediante el apoyo para la existencia de sistemas sanitarios sólidos y resistentes, la inversión en el acceso a servicios de agua salubre, saneamiento e higiene; y el fortalecimiento de la capacidad nacional para detectar y evaluar eventos de salud pública y para reaccionar rápidamente ante estos. De hecho, este aspecto forma parte de los esfuerzos con miras al logro del ODS 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades) y, en concreto, de la meta 3.d (reforzar la capacidad de todos los países, en particular de los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial)[288].

4.5.5 / Personas que brindan atención

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública sugieren que los departamentos gubernamentales o las autoridades públicas responsables de la prestación de *atención sanitaria* suelen estar incluidos en los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública. Sin embargo, no indican si se incluye en igual medida a 1) los departamentos o autoridades públicas responsables de la asistencia social[289]; o 2) las personas ajenas al sector público o a las estructuras formales que prestan atención sanitaria o asistencia social. Existen pruebas anecdóticas de que, no obstante la importante función que desempeñan estas personas la protección de otras ante la pandemia de COVID-19, se las ha pasado por alto durante la intervención. Además, con desproporcionada probabilidad, quienes cuidan de otras personas suelen estar marginados y ser vulnerables. Se debería incluir a estas personas en cualquier

marco de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública, especialmente para apoyar su capacidad de 1) seguir prestando atención sanitaria y social durante una emergencia de salud pública y 2) adaptar esa atención cuando una emergencia de salud pública entrañe mayor riesgo para las personas a quienes cuidan.

4.5.6 / Sociedades Nacionales y otras organizaciones humanitarias

Las Sociedades Nacionales gozan de una condición jurídica única en calidad de auxiliares de los poderes públicos en el ámbito humanitario[290]. Esta función suele figurar comúnmente reconocida en las leyes nacionales de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que a menudo contemplan, entre los objetivos de una Sociedad Nacional, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y el bienestar social, y la prestación de asistencia a las víctimas de desastres y emergencias[291]. Conforme se señala en el capítulo 3, mediante la resolución 3 aprobada en la XXXIII Conferencia Internacional celebrada en 2019, los Estados parte en los Convenios de Ginebra reconocieron específicamente la función de las Sociedades Nacionales en el apoyo a los poderes públicos para hacer frente a las epidemias y pandemias, incluido el fomento de la capacidad de alerta temprana e intervención rápida en las comunidades de difícil acceso, vulnerables, desatendidas y de alto riesgo.

Las Sociedades Nacionales desempeñan una función importante en las emergencias de salud pública en general, y la asumieron, en particular, durante la pandemia de COVID-19. Así se desprende de los mapeos jurídicos de decretos de emergencia, que proporcionan numerosos ejemplos de la contribución de las Sociedades Nacionales. Por ejemplo, la Cruz Roja de Haití lleva a cabo actividades con respecto a la pandemia de COVID-19 que incluyen el establecimiento de un grupo de trabajo para mejorar el seguimiento y la preparación. La Cruz Roja Dominicana coordinó la organización de un corredor humanitario para una mejor adquisición de suministros en República Dominicana[292]. La Media Luna Roja Sudanesa emprendió campañas de concienciación y emprendió actividades para mejorar el acceso al suministro de agua y favorecer la aplicación de las medidas sanitarias mediante la reparación de bombas manuales y la aceleración de proyectos urbanos de suministro de agua en Darfur, Nilo Azul y Kordofán del Sur[293]. Un ejemplo no relacionado con la pandemia de COVID-19, figura en el mapeo jurídico de decretos de emergencia de Guinea donde se señala que la Cruz Roja de Guinea y la Cruz Roja Británica durante la crisis del ébola, colaboraron con las comunidades para que comprendieran las medidas que les ayudarían a protegerse del virus y prevenir su propagación[294].

Los mapeos jurídicos de decretos de emergencias también revelan diversas iniciativas en las que participan otros organismos humanitarios. Por ejemplo, en Guinea se estableció un grupo de trabajo de UNICEF sobre la pandemia de COVID-19[295]. En Sudán, las Naciones Unidas apoyaron al Ministerio Federal de Salud en la organización de unidades de cuidados intensivos en Jartum, mediante la entrega de suministros médicos, la compra y la distribución de material de prevención y control de infecciones entre diversas vertientes de trabajo. También en Sudán, el UNICEF y el ACNUR asignaron y movilizaron recursos para medidas de preparación ante la pandemia de COVID-19. El Fondo de Población de las Naciones Unidas colaboró con los servicios responsables de cuarentena temporal para garantizar que las mujeres y niñas en edad reproductiva recibieran kits de dignidad y que las mujeres visiblemente embarazadas recibieran material para partos limpios[296]. En Trinidad y Tobago, UNICEF favoreció un mejor acceso a la plataforma de formación en línea del Ministerio de Educación.

A pesar del importante papel que asumen las Sociedades Nacionales en la intervención a raíz de la pandemia de COVID-19, en muy pocos mapeos jurídicos de decretos de emergencia se señala que se las menciona explícitamente en ese tipo de decretos emitidos ante la pandemia de COVID-19. Lo mismo ocurre con otras organizaciones humanitarias. Un problema práctico derivado de la omisión de las Sociedades Nacionales y de otras organizaciones humanitarias en los decretos de emergencia residió en la incertidumbre respecto de su exoneración frente a las restricciones, y si al estar clasificadas como "servicios esenciales" o "agentes de primera línea", podían proseguir con su labor. En ciertos casos excepcionales, se mencionó a las Sociedades Nacionales específicamente en los decretos de emergencia emitidos a raíz de la pandemia de COVID-19. Por ejemplo, la Cruz Roja de Bahamas fue identificada y reconocida como un servicio esencial exento de los procedimientos de confinamiento y de las restricciones a las operaciones comerciales[297]; en Guatemala, se excluyó de manera expresa la aplicación de restricciones de movimiento en relación con la Cruz Roja Guatemalteca[298]. No obstante, se trata de casos minoritarios.

Sin embargo, en los mapeos jurídicos de decretos de emergencia se señalan referencias más frecuentes a las Sociedades Nacionales (y, en menor medida, a otras organizaciones humanitarias) en la legislación vigente sobre gestión de riesgos de desastres. Por ejemplo, una disposición típica figura en la ley de gestión de desastres de Zambia. En ella se especifica que el comité técnico nacional de gestión de desastres y los comités de gestión de distrito a nivel local deben incluir a un representante de la Cruz Roja de Zambia[299]. En general, se suele otorgar a las Sociedades Nacionales (y a otros organismos) una función expresa subyacente en los planes, políticas u orientaciones sobre gestión de riesgos de desastres. Por ejemplo, en el plan nacional de intervención a raíz de desastres de Nigeria se contempla

la responsabilidad de la Cruz Roja de Nigeria en la coordinación del uso de los "recursos federales de atención en masiva"[300]; y en el marco nacional sobre desastres se señala que los organismos estatales (i.e. subnacionales) de gestión de emergencias deben incluir a un representante de esa Sociedad Nacional[301].

No obstante, los mapeos jurídicos de decretos de emergencias indican que la inclusión de las Sociedades Nacionales y de otras organizaciones humanitarias en los marcos generales de gestión de riesgos de desastres -y especialmente en la legislación sobre gestión de riesgos de desastres- no es universal e, incluso cuando está contemplada, existen variaciones en cuanto al grado de importancia que se le da. Es incluso menor la evidencia de que, cuando la legislación sobre salud pública establece marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública, se mencione expresamente a las Sociedades Nacionales y a otras organizaciones humanitarias asignándoseles funciones y responsabilidades, incluyéndolas en los órganos fundamentales de decisión y coordinación. Habida cuenta de la función crucial de estas organizaciones, cabría reforzar significativamente este aspecto en los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública.

4.5.7 / Establecimientos escolares[302]

En todos los Estados de la muestra, sin excepción, se decretó el cierre de los establecimientos escolares, debiéndose ofrecer medios alternativos de enseñanza[303]. Bajo la sección 8.7 se examinan las consecuencias del cierre de los establecimientos escolares y de las medidas adoptadas para paliarlas. En el informe DPR se recomienda, como principio general, que las legislaciones contemplen medidas de preparación de intervención a raíz de desastres y emergencias en los establecimientos escolares[304]. No queda claro en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública si la crisis educativa durante la pandemia de COVID-19 figuraba prevista e incluida en alguna medida de preparación. Sin embargo, la escasa referencia a una planificación de esa índole indicaría que no fue así. Muchos establecimientos y autoridades escolares reaccionaron rápidamente, pero de la información recopilada se infiere que la situación hubiese funcionado mejor con una reflexión más proactiva. También se reconoce ahora que los establecimientos escolares pueden ser un elemento importante para propiciar la recuperación a raíz de un desastre pues si los niños no están en la escuela, los padres no pueden reincorporarse al trabajo. Por consiguiente, los establecimientos escolares -o quienes puedan representarlos- deberían estar incluidos en los planes de emergencia de salud pública y en los arreglos de intervención.

4.5.8 / Sector financiero

La pandemia de COVID-19 ha demostrado que las emergencias de salud pública pueden entrañar graves consecuencias financieras, empresariales y laborales susceptibles de requerir estímulos fiscales y cambios en las políticas económicas. Los diversos regímenes de medidas de seguridad social y de programas de financiación establecidos durante la pandemia se examinan en la sección 8.5, que ofrece una ilustración de la amplitud del apoyo financiero prestado[305]. Sin embargo, en muchos de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se observa que en los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública apenas se menciona la participación de los departamentos financieros de los gobiernos o de los bancos centrales, como tampoco de los bancos privados y otras instituciones financieras. Esto parece una grave omisión habida cuenta del papel fundamental que pueden desempeñar estas instituciones en la reacción ante a una emergencia de salud pública.

4.5.9 / Fabricantes y proveedores de bienes y equipos esenciales

El siguiente grupo está formado por los fabricantes, proveedores y distribuidores de bienes esenciales y demás agentes que participan en la cadena de suministro. Por lo general, se trata de entidades comerciales, pero su tamaño puede variar desde multinacionales hasta empresas unipersonales. La pandemia de COVID-19 dejó patente que la protección de la cadena de suministro de los bienes esenciales, entre otros, alimentos, equipo de protección personal, o vacunas- es un elemento crucial en cualquier intervención y que, por ende, debe ser objeto de planificación en consecuencia. Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no proporcionan mucha información a ese respecto y el sector podría estar representado adecuadamente bajo cauces más oficiosos. Existen ejemplos de participación de empresas de infraestructura y de servicios públicos en la planificación de contingencias que pudieran servir de precedente[306]. El eventual tamaño y la diversidad de este grupo -que abarca desde multinacionales hasta empresas unipersonales- podría dificultar la identificación de los participantes o representantes adecuados de este grupo. Sin embargo, convendría que los Estados consideren este aspecto para evitar los problemas que pudieran surgir en torno a, por ejemplo, la capacidad de fabricación, el suministro de materias primas, la distribución y los obstáculos derivados de leyes sobre la competencia.

Liberia, 2015. Estudiantes vuelven a clase en Buchanan, Liberia. Las escuelas de toda Liberia fueron cerradas durante la epidemia de ébola de 2014–2015.

© FICR Rob Few

4.5.10 / Representación

La representación es un tema vinculado a la participación. En el informe DPR, se considera la representación principalmente desde la perspectiva del fomento de la participación de las partes interesadas externas al gobierno, con el fin de promover un enfoque de *interés de todos los componentes de la sociedad*. Por ello, en ese informe se propugna la inclusión de un amplio abanico de agentes para asegurar la representación del mayor número posible de grupos y sectores de la sociedad en la gestión de riesgos de desastres[307].

Sin embargo, la representación también puede consistir en garantizar la participación de la persona adecuada dentro de una organización, sector o grupo. Esto puede aplicarse tanto a las organizaciones gubernamentales como a las no gubernamentales. En vista de la complejidad y amplitud de muchas estructuras sanitarias recogidas en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública[308] este aspecto puede ser particularmente pertinente en lo que atañe a las emergencias de salud pública. Aunque los ministerios de salud (sanidad, o equivalente) sean elementos centrales de la mayoría de los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública, es raro que un solo departamento o unidad dentro de ese ministerio se ocupe de todos los aspectos de una emergencia de salud pública. En varios mapeos jurídicos se observa que incluso dentro del componente de "salud pública" del ministerio del ramo, podría ser necesaria la participación de varias unidades o personas específicas. En Brasil, por ejemplo, la lista incluye al organismo nacional de vigilancia sanitaria, a la secretaría de vigilancia sanitaria y al centro de intervención rápida ante emergencias epidemiológicas[309]. Dentro del sector sanitario en general, existen también diversos proveedores de servicios: hospitales, médicos de cabecera, servicios de salud mental, farmacéuticos, agentes de asistencia sanitaria del sector privado, además de los ya mencionados responsables de atención social. La misma dificultad puede surgir fuera del sector sanitario: en varios Estados de la muestra, las autoridades locales asumen diversas funciones em ámbitos que podrían ser pertinentes en caso de una emergencia de salud pública, entre otras, la planificación de emergencias, la policía, la asistencia social, la educación, el transporte, las prestaciones sociales, y la provisión de vivienda.

Afganistán, 2020. Un grupo de voluntarios discapacitados de la Media Luna Roja afgana. © Media Luna Roja Afgana Meer Abdullah

Así, incluso cuando la legislación o las políticas prevén la participación del representante de un sector o de una organización, surge la interrogante de si, por si solo puede representar efectivamente a todo el sector o a toda la organización. Por supuesto, no es infrecuente que un representante se exprese en nombre de otras partes y, desde un punto de vista práctico, no todos los grupos u organizaciones pueden participar plenamente en todos los aspectos de la gestión de riesgos. Por lo tanto, no cabe duda de que la representación es necesaria y cualquier otra opción sería inviable. La cuestión reside en encontrar los medios para garantizar un representación eficaz -especialmente cuando se trate de un sector o de una organización amplio y con múltiples funciones.

RECOMENDACIÓN

1. Los planes, leyes y políticas sobre la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública deberían adoptar el enfoque de interés de todos los componentes del gobierno y de todos los componentes de la sociedad, de manera que se dé cabida a la participación y a la representación de todos los agentes y partes interesadas.
2. Los Estados deberían reexaminar las partes interesadas que deben participar en la gestión de riesgos relacionada con emergencia de salud pública (en particular a la luz de su experiencia durante la pandemia de COVID-19).
3. En particular, se debería contemplar la participación de representantes de la comunidad (con inclusión de comunidades minoritarias o marginadas; los agentes de Una sola salud; los agentes de cooperación para el desarrollo; los prestatarios de servicios sanitarios y de atención social; las Sociedades Nacionales y otras organizaciones humanitarias; los establecimientos y las autoridades escolares; el sector financiero; los fabricantes y proveedores de bienes y equipos esenciales y los legisladores.
4. En los lugares donde exista la presencia permanente y la necesidad de apoyo de las instituciones internacionales, se debería contemplar la inclusión de los organismos del sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales no gubernamentales.
5. En las leyes y políticas se debe velar tanto cuanto sea posible por que todos los agentes y partes interesadas sean capaces de contar con una representación efectiva y aportar contribuciones concretas en los esfuerzos de gestión de los riesgos relacionados con emergencias de salud pública.
6. Los Estados deberían tener presente la función de las Sociedades Nacionales en calidad de auxiliares de los poderes públicos en el ámbito humanitario y de agentes de primera intervención a raíz de desastres de toda índole, incluidas las emergencias de salud pública.
7. Los planes, leyes y políticas sobre gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública deberían:
    a. reconocer la función de las Sociedades Nacionales y de otras organizaciones humanitarias competentes, así como el apoyo que se puede solicitar de ellas en casos de emergencia de salud pública;
    b. facilitar la participación de las Sociedades Nacionales y de otras organizaciones humanitarias en todas las fases de la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública, entre otros, mediante:
        i. la asignación de funciones y responsabilidades claras;
        ii. la inclusión en mecanismos de coordinación y en órganos de decisión.

4.6 / PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA: PLANIFICACIÓN PARA CONTINGENCIAS

La preparación para las emergencias de salud pública requiere que los gobiernos, los agentes no gubernamentales y las comunidades desarrollen los conocimientos y las capacidades necesarias para anticipar y reaccionar ante las repercusiones de las emergencias de salud pública probables, inminentes y en curso, así como para superar esas repercusiones. La preparación para emergencias de salud pública derivadas de múltiples amenazas debe incluir sistemas para evaluar la vulnerabilidad y la exposición de grupos específicos, con el requisito explícito de determinar la vulnerabilidad de los distintos sectores de la población en función de diferentes factores, tales como la edad, el sexo, la discapacidad, el origen étnico y la situación social y económica, tanto al inicio como durante toda la emergencia de salud pública. En el caso de las emergencias de salud pública, en particular, no cabe asumir que un grupo corre más riesgo que otro.

Un aspecto clave en la preparación para emergencias de salud pública reside en la planificación para imprevistos (contingencias) y la formulación de planes de contingencia o de emergencia. El informe DPR contiene una sección dedicada a los planes para contingencias[310], en la que se describe la planificación para contingencias como la identificación de 'medidas concretas que será necesario adoptar cuando se prevea una emergencia importante o esta ocurra, a pesar de los esfuerzos invertidos para reducir el riesgo y mitigar los efectos de las amenazas antes de que se materialicen". Además, se explica que:

> ***'la elaboración de un plan de contingencia es un proceso de preparación que conlleva el análisis de los riesgos y de las eventuales repercusiones de eventuales crisis [y] el establecimiento de procedimientos para intervenciones oportunas, apropiadas y efectivas que ayuden a mitigar o a evitar por completo las consecuencias de esos desastres'***[311]***.***

Los planes de contingencia deben reflejar el contexto en el que se desarrollan, es decir, los recursos y las capacidades nacionales, municipales e institucionales disponibles para la intervención a raíz de un desastre, y deben incorporar la información derivado de los mapeos jurídicos de riesgos y/o de las evaluaciones de riesgos[312]. Esos planes deben establecer procedimientos operativos de intervención, basados en la necesidad prevista de recursos y de capacidad. Ello incluye la determinación de los recursos humanos y financieros que serán necesarios y la forma de gestionarlos, la garantía de la disponibilidad de suministros de emergencia, el establecimiento de procedimientos de comunicación y la consideración de diversos componentes de orden técnico y logístico (e identificando eventuales dificultades técnicas y logísticas). En esos planes se debe también identificar a los grupos vulnerables y esbozar medidas para abordar sus necesidades específicas. El informe DPR concluye que: 'El tiempo invertido en la planificación para contingencias e intervenciones redunda en la reducción de los daños y de la cantidad de vidas perdidas, al igual que en una prestación más eficaz de los servicios de intervención y recuperación'[313]. Una vez más, los mismos principios se aplican a la planificación para contingencias relacionadas con emergencias de salud pública.

Lamentablemente, los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública proporcionan menos información sobre la preparación y la planificación de contingencias que sobre la intervención. En particular, es más difícil encontrar legislaciones que mencionen la preparación y la planificación de emergencias de salud pública. Sin embargo, hay excepciones: por ejemplo, en Honduras, una de las tareas del ministro de la Oficina de Salud Pública es llevar a cabo evaluaciones de amenazas y vulnerabilidades relacionadas con la salud (EDAN-SALUD)[314]. En la ley neozelandesa sobre preparación para epidemias (*New Zealand's Epidemic Preparedness Act 2006*) como su nombre lo indica, tiene por propósito viabilizar la preparación eficaz[315]. En Suiza, la ley federal de control de enfermedades humanas transmisibles (2012) establece los requisitos que se deben cumplir en la preparación para las crisis de emergencia de salud pública[316].

La falta de legislación no significa que los Estados de la muestra no dispongan de mecanismos de preparación para emergencias de salud pública. En la mayoría de los casos, la preparación para estas se rige por disposiciones en leyes o políticas genéricas de gestión de riesgos de desastres. Un ejemplo de preparación de emergencia de salud pública con mandato expreso dentro de esas leyes genéricas se encuentra en el Reino Unido. En virtud de la legislación sobre contingencias civiles, los agentes esenciales (incluidas las autoridades sanitarias) están obligados a preparar, mantener y revisar planes de emergencia relacionados con sus funciones y con los riesgos incluidos en los registros de riesgo nacionales y locales. En esos registros figuran, en calidad de riesgos, la gripe pandémica y otras enfermedades infecciosas[317].

Los legisladores son un grupo de agentes que no suelen estar contemplados en los planes de contingencia y preparación. Aunque, en algunas jurisdicciones y circunstancias, es posible la promulgación de leyes de emergencia

sin la aprobación del poder legislativo, en muchos de los Estados de la muestra, el poder legislativo tuvo que aprobar las declaraciones de estado de emergencia o emitir leyes urgentes con motivo de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, los legisladores no son inmunes a la enfermedad y pueden proceder de grupos (por ejemplo, adultos mayores) particularmente expuestos a un determinado riesgo sanitario. Durante la pandemia de COVID-19 algunos de los Estados de la muestra adoptaron medidas para que sus órganos legislativos funcionaran incluso durante el confinamiento. Por ejemplo, Singapur enmendó la constitución para permitir que el parlamento y sus comités 'se reúnan y funcionen con los miembros presentes en dos o más lugares designados y en comunicación simultánea entre sí' (es decir, a distancia)[318]. Habida cuenta de la importancia de que el poder legislativo esté en condiciones de examinar y aprobar legislaciones de emergencia, conviene que los planes de contingencia y las actividades de preparación traten de la continuidad legislativa durante las emergencias de salud pública.

En la planificación y la preparación para contingencias la coordinación es, también, un aspecto esencial. El tema de la coordinación en las leyes se considera con más detalle en la sección 4.4. No cabe duda de la importancia de garantizar la coordinación de las actividades de planificación y preparación para asegurar una intervención eficaz. Por ejemplo, en el caso de una emergencia de salud pública, la coordinación de las actividades de preparación podría incluir la determinación de los organismos responsables del almacenamiento de equipo de protección personal y de otros suministros fundamentales, de la organización de simulacros, o de las actividades de educación y formación.

Una de las conclusiones del informe DPR apunta a la vital necesidad de un mandato claro en lo que respecta a la preparación y la planificación para contingencias. Una forma de conseguirlo es garantizar que existan 1) funciones claras de planificación y preparación; y 2) claridad en la responsabilidad de ejecución de esas funciones. Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública sugieren que cabe mejorar la claridad respecto a la preparación para emergencias de salud pública y que existiría margen para la asignación de responsabilidades más clara y/o detallada.

RECOMENDACIÓN

Las leyes y políticas relativas a emergencias de salud pública deberían:

1. incluir disposiciones sobre medidas y actividades de preparación, con inclusión de la planificación para contingencias;
2. velar por la participación de múltiples partes interesadas en la planificación para contingencias relacionadas con emergencias de salud pública con inclusión de los sectores público y privado y de la comunidad;
3. velar por la clara expresión de las funciones y responsabilidades en lo que atañe a la preparación para emergencias de salud pública (entre otras, la elaboración, el mantenimiento y la revisión de planes para contingencias);
4. asignar, según proceda, deberes de obligatorio cumplimiento a agentes clave en cuanto la planificación y la preparación.

4.7 / INCORPORACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ENSEÑANZAS

Un requisito esencial de cualquier marco de gestión de riesgos es que sus usuarios entiendan el contenido, el funcionamiento del sistema, al igual que las funciones, responsabilidades y expectativas de cada agente y participante. Incluso un buen marco de gestión de riesgos será de poca utilidad si quienes tienen que aplicarlo no están familiarizados con su contenido o no entienden cómo debe funcionar.

Muchos de los mecanismos de coordinación mencionados en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública deberían lograr algunos de esos objetivos. La organización de reuniones periódicas de los agentes y participantes en un marco antes de cualquier desastre contribuirá a que conozcan mejor sus respectivas funciones. Además, existen otras vías para ello.

La incorporación de medidas que favorezcan el entendimiento entre los agentes y los participantes en un determinado marco es una característica común de muchos sistemas de gestión de riesgos de desastres, principalmente a través

de ejercicios de formación y simulación. En algunos Estados, las obligaciones explícitas de sesiones de formación y/o ejercicios de simulación figuran en la legislación; en otros Estados, la exigencia o el estímulo al respecto están contemplados en los planes y orientaciones. Sin embargo, de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no se desprende el establecimiento de esos requisitos específicamente en relación con las emergencias de salud pública o con el sector sanitario.

En el informe DPR se observa que la sensibilización de todos los sectores de la sociedad es un elemento crucial de la preparación[319]. Se recomienda que la legislación contemple y establezca 'las normas mínimas y el contenido, en consonancia con las mejores prácticas internacionales relacionadas con programas de formación y simulacros ' y 'prevea ejercicios de simulación y simulacros en los que participen el personal profesional de socorro y rescate y la comunidad'[320]. Un mensaje similar se desprende de la Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre en la que se destaca la importancia de la formación, la educación, los simulacros y ejercicios de simulación[321].

Algunos de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública sugieren que, cuando se habían realizado ejercicios previos, los Estados estaban mejor preparados para hacer frente a la pandemia de COVID-19. Por ejemplo, un ejercicio realizado en la República de Corea antes de la pandemia fue aclamado como una de las razones para la reducción de las repercusiones de esta[322]. Así, el recurso a ejercicios y actividades de entrenamiento para favorecer la comprensión de los sistemas y una mejor preparación es tan importante en las emergencias de salud pública como en catástrofes de otra índole.

La participación de las comunidades en los ejercicios ayuda a mejorar su comprensión de los sistemas. Las comunidades deben ser conscientes de los riesgos derivados de las emergencias de salud pública para poder reconocer esos riesgos y prepararse mejor para reaccionar ante ellos en caso de una emergencia de esa índole. Su participación en los ejercicios también ayuda a prepararlas para el tipo de restricciones que podrían ser necesarias[323]. Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública brindan pocos ejemplos de participación de la comunidad en los ejercicios de preparación, pero es importante velar por que las comunidades gocen de amplia comprensión de las medidas, en particular para combatir la desinformación. Surge también como prioridad, la asociación de los medios de comunicación locales en este esfuerzo de concienciación.

Idéntica importancia reviste la necesidad de extraer enseñanzas e incorporarlas en los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública. Se ha mencionado ya la ventaja que supuso para la República de Corea su experiencia previa en la gestión del síndrome respiratorio agudo severo. Los esfuerzos de coordinación de Sierra Leona ante la pandemia de COVID-19 se guiaron por la experiencia del Gobierno durante el brote de ébola[324]. Así, una conclusión derivada de la pandemia de COVID-19 podría ser que una de las grandes lecciones reside en la necesidad de incorporar enseñanzas.

Esto se puede lograr de muchas maneras. Normalmente, se realizan investigaciones formales tras una catástrofe y, sin duda, así será tras la pandemia de COVID-19. En el pasado, la OMS ha recurrido al comité de revisión para investigar el manejo de las emergencias sanitarias públicas de preocupación internacional [325] y ha confiado ya a este un análisis del funcionamiento del RSI durante la intervención ante la pandemia de COVID-19. Se tiene conocimiento de relativamente pocas investigaciones nacionales relacionadas con las emergencias de salud pública. En 2003, se realizaron investigaciones oficiales sobre el síndrome respiratorio agudo severo, seguidas de la publicación de informes detallados[326]: La falta de investigaciones relacionadas con la pandemia de H1N1, fuera del contexto de la OMS, podría deberse a las limitadas repercusiones de la enfermedad (aunque existen ciertos análisis nacionales[327]). Cabe mencionar también la existencia de otro tipo de análisis oficiales, tales como los litigios e investigaciones forenses.

Sin embargo, las lecciones no se extraen únicamente de procesos formales. Otro aspecto que cabe recordar es que no es necesario esperar a que concluya un evento para la incorporación de enseñanzas. Independientemente de los análisis oficiales que deseen contemplar los Estados, estos deben garantizar el establecimiento de algún tipo de proceso continuo de "incorporación de enseñanzas" que sea de utilidad para todos los agentes y participantes en un marco de emergencia de salud pública. La OMS publicó recientemente una guía útil para la ejecución de análisis durante emergencias de salud pública (*Guidance for Conducting a Country COVID-19 Intra-Action Review)*[328]. Aunque lamentablemente se omite referencias a legislaciones bajo los temas objeto de examen, la guía si trata de la coordinación, la planificación y el seguimiento a nivel nacional

En el pasado, las enseñanzas extraídas tendieron a centrarse en cuestiones operativas, siendo menos frecuente la incorporación de enseñanzas de orden jurídicos -o, de hecho, ejercicios de formación sobre los aspectos jurídicos de las catástrofes. No obstante, los juristas que participan en la gestión de emergencias de salud pública y en la

elaboración de leyes pertinentes podrían beneficiarse de ejercicios y de la incorporación de enseñanzas derivas de la experiencias tanto como cualquier otro sector. La unidad de Derecho Relativo a Desastres de la Federación Internacional ha elaborado un ejercicio de simulación centrado los aspectos jurídicos de una catástrofe resultante de una amenaza natural y prepara un ejercicio que contempla una emergencia de salud pública. En vista de la cantidad de legislación que debió ser tomada en cuenta en la intervención a raíz de la pandemia de COVID-19, existe ahora un gran número de abogados y asesores jurídicos legislativos, en particular, con experiencia en la redacción de legislación sobre situaciones de emergencia. Es importante que esta experiencia no se pierda. En la sección 3.4 de este informe se recomienda la creación de redes de juristas a nivel internacional para favorecer la aplicación del RSI. En vista de que el desarrollo de redes a nivel nacional podría ser igualmente beneficioso, los Estados podrían considerar la posibilidad de forjar esas redes para preservar y fomentar los conocimientos jurídicos y la experiencia que serán útiles ante futuras emergencias de salud pública. Las Sociedades Nacionales o la unidad de Derecho Relativo a Desastres de la Federación Internacional que trata podrían facilitar el establecimiento de esas redes.

RECOMENDACIÓN

1. Los planes, leyes y políticas sobre gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública deberían:
   a. reconocer la importancia de la sensibilización del público acerca de los riesgos relativos a emergencias de salud pública y sus eventuales consecuencias;
   b. velar por que las comunidades cuenten con la información necesaria que les permita prepararse y reaccionar ante emergencias de salud pública;
   c. requerir que todos los agentes y partes interesadas en emergencias de salud pública (con inclusión de las comunidades) organicen periódicamente actividades de formación y ejercicios de simulación relacionados con emergencias y participen en ellos para adquirir mejores conocimientos sobre:
      i. los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública;
      ii. las principales medidas relativas a la preparación y la intervención ante emergencias de salud pública;
      iii. el nivel existente en materia de preparación para emergencias de salud pública.
2. Aunque las actividades de formación y los ejercicios de simulación deben tener un enfoque relacionado con emergencias de salud pública, se debería posibilitar la participación de todos los agentes y partes interesadas contempladas dentro del marco ampliado de gestión de riesgos de desastres con el fin de familiarizarlos mejor con las disposiciones específicas previstas en relación con emergencias de salud pública.
3. Los ejercicios de simulación deberían ser concebidos de manera que pongan a prueba, entre otros, los elementos jurídicos de los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública y la preparación jurídica para hacer frente a emergencias de salud pública.
4. Las leyes y/o políticas deberían velar por:
   a. la revisión de los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública:
      i. periódicamente (en particular para determinar si abarcan amenazas de salud pública nuevas o emergentes);
      ii. tras una emergencia de salud pública, a fin de determinar la eficacia del marco en situación real y las enseñanzas que quepa extraer;
5. la aplicación concreta de las enseñanzas y recomendaciones derivadas de análisis y de actividades de formación y simulacros.

5 / ESTADOS DE EXCEPCIÓN Y PODERES DE EMERGENCIA EN EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

5.1 / INTRODUCCIÓN

La declaración de un **estado de urgencia** o de un **estado de desastre** suele ser el mecanismo común para iniciar la intervención a raíz de catástrofes. Como se señala el informe DPR, la función usual de esa declaración es suscitar 'un cambio a una modalidad jurídica de emergencia en la que se aplican disposiciones especiales de gobierno y se dispone de poderes gubernamentales especiales'[329]. El razonamiento reside en que, a menos que las autoridades tengan acceso a poderes y acuerdos especiales, una catástrofe puede exceder las capacidades de intervención "ordinarias", por ejemplo, los poderes jurídicos o los recursos a su disposición[330].

El informe DPR señala que la facultad para declarar un estado de urgencia suele estar establecida en la constitución de un país y recae en personas o en entidades del más alto nivel de gobierno. Los estados de emergencia suelen estar contemplados para situaciones extremas e imprevisibles que desafían fundamentalmente el orden jurídico vigente, como la guerra civil o los disturbios civiles generalizados, aunque pueden estar redactados de forma suficientemente amplia como para aplicarse a cualquier tipo de desastre, incluidas las emergencias de salud pública. La declaración de un estado de emergencia generalmente suele tener por efecto la centralización de decisiones y la posibilidad del ejercicio de poderes extraordinarios, incluso extra constitucionales, por parte del gobierno o de las autoridades públicas. La declaración de un estado de emergencia también suele permitir a los gobiernos la limitación o la derogación de derechos constitucionales y/o humanos fundamentales.

Por el contrario, los estados de desastre suelen estar recogidos en la legislación sobre gestión de riesgos de desastre y la responsabilidad de la declaración de un estado de desastre puede recaer en funcionarios de niveles inferiores del gobierno[331]. El efecto de la declaración de un estado de desastre suele ser la activación de los planes de gestión de desastres y la puesta en marcha de acuerdos especiales de gobierno y del ejercicio de poderes gubernamentales que no existen de otro modo, por ejemplo, los poderes para la evacuación de personas o la imposición de cuarentenas. Los poderes gubernamentales y los acuerdos de gobierno que se aplican durante un estado de desastre suelen estar definidos con antelación y son más restringidos que los poderes generados por un estado de emergencia

En cuanto a poderes jurídicos, la declaración de esos estados puede tener doble efecto: 1) desencadenar poderes legislativos de emergencia, generalmente otorgando al ejecutivo la capacidad de legislar (mediante decretos, órdenes o reglamentos); y/o b) puede permitir a las autoridades el ejercicio de poderes de emergencia (por ejemplo, órdenes de evacuación, confiscación de propiedades, restricción de movimientos de personas). El primero puede utilizarse para dar lugar al segundo efecto, o este puede existir ya en la legislación vigente. La declaración de un estado de emergencia o de un estado de desastre puede servir, asimismo, para desencadenar la movilización de recursos, infraestructuras y financiación. Es importante observar que en ciertas jurisdicciones podría no ser necesaria la declaración de un estado de emergencia o de un estado de desastre. En lugar de ello, podría existir un funcionario a quien incumba *determinar* que existe un estado de emergencia o un estado de desastre. Bajo otra variante, los poderes de emergencia pueden ser activados simplemente ante la existencia de ciertas circunstancias específicas, sin necesidad de una declaración o sin determinación de un estado de emergencia o de desastre.

Existe una importante distinción entre: 1) los poderes especiales de elaboración de leyes de emergencia mencionados anteriormente, que suelen ser conferidos y ejercidos por el ejecutivo; y 2) las leyes de emergencia que son promulgadas por los órganos legislativos de forma "ordinaria". En muchos de los Estados de la muestra, se promulgó legislación específica nueva -a menudo de manea muy rápida y utilizando procedimientos legislativos acelerados- que podía describirse como "legislación de emergencia", pero que, no obstante, permitía en principio el control por parte del poder legislativo[332]. Aunque podría preocupar la posibilidad de un control efectivo de una legislación aprobada con tanta rapidez, ese tipo de legislación de emergencia no es el tema principal de este capítulo. La atención se centra aquí en los poderes legislativos de emergencia y en los poderes de emergencia conferidos y ejercidos por el ejecutivo.

Mbusa Mukomba Gambalien es uno de los voluntarios de la Cruz Roja encargados de realizar entierros seguros y dignos en Bunia, República Democrática del Congo. Los cuerpos infectados por el ébola son más contagiosos al morir.

© FICR Corrie Butler

De los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública, se desprende claramente que la posibilidad de declaraciones de estados de emergencia y de estados de desastre existe en relación con las emergencias de salud pública. Además, podría existir una tercera posibilidad para la activación de poderes de emergencia, a saber, la declaración de un estado de emergencia de salud pública[333]. Este tipo de declaración cumple una función jurídica similar a la de los estados de urgencia y los estados de desastre, pero es específica de las emergencias de salud pública y suele figurar en la legislación sobre emergencias de salud pública. A efectos de este capítulo, los estados de emergencia, los estados de desastre y los estados de emergencia de salud pública se denominan colectivamente estados de excepción.

En términos generales, el uso de los poderes de emergencia en una emergencia de salud pública -como en cualquier otra catástrofe- plantea (al menos) seis cuestiones principales: 1) el origen y la naturaleza de los poderes de emergencia; 2) la determinación de la persona o la entidad responsable de activar o ejercer los poderes; 3) el momento de la activación de esos poderes y la duración de estos; 4) la naturaleza de los poderes o de las medidas generadas; 5) las consecuencias del uso de los poderes de emergencia, por ejemplo, en lo que atañe a los derechos humanos; y 6) las salvaguardas aplicadas en el ejercicio de los poderes o medidas de emergencia.

5.2 / ORÍGEN Y NATURALEZA DE LOS ESTADOS DE EXCEPCIÓN Y DE LOS PODERES DE EMERGENCIA

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública indican variaciones significativas en el origen jurídico de los poderes de emergencia y los estados de excepción para la intervención ante emergencias de salud pública. Existen, además, variaciones internas en cada nivel -nacional, regional o subnacional- en el que se recurre a poderes de emergencia y se declaran estados de excepción. Este aspecto queda de manifiesto en la reacción específica de los Estados de la muestra ante la pandemia de COVID-19. En la mayoría de esos Estados, se informó de algún tipo de declaración de estado de excepción o del ejercicio de poderes de emergencia. Sin embargo, no se lo hizo de una manera unánime, observándose el recurso tanto a estados de emergencia, como a estados de desastre y a estados de emergencia de salud pública durante la intervención ante la pandemia de COVID-19[334]. De los 36 Estados de la muestra, 19 establecieron un estado de emergencia de salud pública, aunque sólo en la mitad de ellos se realizó una declaración oficial en ese sentido. En los otros Estados, la vigencia del estado de emergencia de salud pública o de las competencias disponibles en tales casos surgía en virtud de la existencia de una emergencia de salud pública, o partir del momento en el cual esta superaba un determinado umbral, sin necesidad de una declaración oficial. En una cantidad similar de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se señala la declaración de estados de emergencia en relación con la pandemia de COVID-19. Sin embargo, no cabe inferir de ello que la mitad de los Estados de la muestra optara por el recurso a un estado de emergencia de salud pública y la otra mitad por un estado de emergencia. Lo cierto es que varios de los Estados de la muestra utilizaron *tanto* un estado de emergencia de salud pública *como* un estado de emergencia. La declaración de un estado de desastre en virtud de la legislación de gestión de riesgos de desastres se observó únicamente en seis de los Estados de la muestra. Esto sugiere que, si la legislación específica sobre emergencias de salud pública contempla poderes respecto de estas, se los utilizará incluso si existe la posibilidad de la declaración de un estado de desastre bajo la legislación de gestión de riesgos de desastres.

El informe DPR no trata específicamente de los estados de emergencia de salud pública. De los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se desprende que se consideran una subcategoría de los estados de desastre o, más comúnmente, un mecanismo por derecho propio. Cuando los estados de emergencia de salud pública están previstos bajo la legislación nacional, tienden a ser similares a los estados de desastre en su naturaleza y sus efectos. La potestad para la declaración de un estado de emergencia de salud pública o para la activación de los poderes de emergencia relacionados con emergencias de salud pública suele figurar en la legislación sobre emergencias de salud pública.

En algunos casos, se indica que los estados de emergencia pueden ser utilizados en la intervención ante emergencias de salud pública incluso cuando se contemplan poderes suficientes ya sea bajo el estado de desastre, o bajo el estado de emergencia de salud pública. Conforme se reconoce en el informe DPR, la declaración de los estados de excepción puede obedecer a razones que no sean estrictamente jurídicas. Un estado de emergencia, en particular, puede ser declarado para 'comunicar la gravedad de una amenaza a la población y a los agentes de preparación e intervención ante desastres y animarlos, de este modo, a aplicar las medidas de preparación e intervención adecuadas'[335], o para demostrar que el gobierno toma en serio una determinada amenaza. En ciertos casos, especialmente en un Estado federal o cuasi federal, la declaración de un estado de emergencia puede ser necesaria simplemente para liberar fondos o cuando no bastan los recursos de una determinada localidad[336].

En la práctica, conforme se reconoce en el informe DPR y se señala en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública, puede ser difícil la clara distinción entre los diferentes tipos de estados de excepción, especialmente debido al uso no siempre consecuente de las expresiones "estado de desastre" y "estado de emergencia" por parte de los Estados. En última instancia, todos los estados de excepción (salvo aquellos destinados simplemente a acceder a la financiación) son mecanismos para la transición de 'modalidades jurídicas ordinarias a modalidades jurídicas de emergencia' que cabe contemplar dentro de un espectro, más que en categorías claramente definidas. No obstante, como se reconoce en el informe DPR, 'en la mayoría de las catástrofes, será más apropiada la declaración de un estado de desastre que de un estado de emergencia (suponiendo que exista la posibilidad de ambas). Esto se debe a que la mayoría de las catástrofes no son lo suficientemente graves como para poner en peligro el ordenamiento jurídico vigente, o para justificar la centralización de las decisiones, y la interferencia con los derechos constitucionales y humanos[337]. Este comentario, en principio, se aplica igualmente a las emergencias de salud pública. En general, será preferible el uso de estados de desastre o de estados de emergencia de salud pública, aunque los estados de emergencia -y los poderes y medidas excepcionales que desencadenan- puedan ser necesarios en determinadas ocasiones.

La dependencia excesiva en los estados de emergencia -en contraposición a los estados de desastre o los estados de emergencia de salud pública, más limitados o prescritos en diversos instrumentos- plantea peligros tanto de orden jurídico como práctico. Conforme se destaca tanto en el informe DPR como en otros informes[338], ello suscita preocupaciones jurídicas obvias, entre otras, la activación de poderes de emergencia ilimitados, innecesarios o desproporcionados, cuyo ejercicio escapa a todo escrutinio (o está sujeto a limitado escrutinio) y que podría dar lugar a la violación de derechos. Se reconoce que algunas medidas de emergencia pueden requerir excepciones o derogaciones de las leyes sobre derechos humanos, sin embargo, tales medidas y el período de vigencia de estas, deben ser necesarias y proporcionales a la amenaza para la salud pública. Además, tal y como se comenta en el informe del Instituto Wallenberg, la existencia de un marco integral de preparación e intervención ante una pandemia puede reducir la necesidad de derogación de las normas internacionales, ya que esas normas se incorporarán al marco[339].

Surge también una objeción más pragmática y práctica a una dependencia excesiva en los estados de emergencia. Por naturaleza, los estados de emergencia crean una situación excepcional y están concebidos para incorporar poderes y medidas excepcionales. Los agentes gubernamentales ajenos a los sectores de la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública, o de la gestión de riesgos de catástrofes pueden recibir autoridad para ejercer esos poderes, sin estar necesariamente familiarizados con el contexto operativo o institucional dentro del cual deben actuar. Esto, a su vez, puede afectar adversamente la eficacia operativa. Por el contrario, siempre que los estados de desastre o los estados de emergencia de salud pública se realicen en circunstancias en cuales su uso y las consecuencias de este estén claramente establecidos -como sugiere el informe del Instituto Wallenberg, en marcos integrales de preparación e intervención ante pandemias-, será posible reducir a un mínimo los riesgos jurídicos y prácticos.

Se reconoce la dificultad en el logro de este equilibrio. Conforme se señala en el informe DPR[340], no siempre será factible o adecuado prever o abarcar de antemano todas las eventualidades derivadas de una emergencia de salud pública, especialmente de una tan grave como la pandemia de COVID-19. Por consiguiente, a veces podría ser necesario recurrir a un estado de emergencia y a los poderes y medidas que este desencadene.

RECOMENDACIÓN

1. Las leyes deberían establecer estados de excepción en casos de emergencias de salud pública que sean proporcionales y estén adaptados a las eventuales emergencias de salud pública de diferentes índole y magnitud. Se debería concebir ese sistema de manera que funcione inicialmente al nivel más bajo y ascienda a niveles superiores caracterizados por medidas y poderes más amplios, según sea estrictamente necesario.
2. Cuando existan mecanismos independientes para la declaración o la determinación de estados de excepción relativos a emergencias de salud pública, estos deberán ser compatibles entre sí y su uso deberá ser objeto de coordinación.
3. Independientemente del estado de excepción al que se recurra en caso de emergencias de salud pública, en la medida de lo posible (dando cabida al carácter impredecible de riesgos de salud emergentes), deberá figurar claramente en la ley la fuente del estado de excepción, su naturaleza y los poderes que desencadena.

5.3 / RESPONSIBILIDAD DE LA DECLARACIÓN DE ESTADO DE EXCEPCIÓN

El informe DPR recomienda que en las leyes se especifique claramente quién tiene autoridad para declarar un estado de excepción[341]. Asimismo, se recomienda establecer un orden jerárquico de esos agentes, en caso de que el titular de un cargo o el responsable designado esté indispuesto o no esté disponible. También se aconseja exigir al agente declarante que busque el asesoramiento de otros organismos -o que actúe únicamente a solicitud de otro organismo- antes de emitir ese tipo de declaración[342]. De los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se desprende que esos principios figuran ya incorporados en algunas legislaciones relativas a emergencias de salud pública.

Cuando la legislación sobre emergencias de salud pública prevé la declaración de un estado de emergencia de salud pública o la activación de poderes de emergencia relacionados con la salud pública, esa responsabilidad suele estar establecida de forma expresa e incumbir a agentes del sector sanitario. En la mayoría de los casos, en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se observa que se otorga a una persona determinada – usualmente el ministro de salud (o su equivalente) o un alto funcionario del ministerio de salud- la responsabilidad de la declaración del estado de emergencia de salud pública o, cuando tales declaraciones no son la norma, la determinación de otro modo de la existencia de un nivel de emergencia de salud pública contemplado en la ley. Por ejemplo, en Brasil el ministro de salud puede declarar una emergencia de salud pública de importancia nacional[343]. En Singapur, el director de los servicios médicos, con la aprobación del ministro de salud, puede formular medidas de emergencia[344]. En Nueva Zelanda, el primer ministro, con el acuerdo del ministro de salud, puede emitir la declaración correspondiente[345]. En China, la responsabilidad de declarar el estado de emergencia de salud pública recae en el comité permanente de la asamblea nacional[346].

Si, en cambio, se depende de una declaración de estado de emergencia, suele existir una certeza similar sobre la identificación de la persona responsable: normalmente el presidente (o su equivalente)[347]. En algunos casos, el uso de la declaración de estado de emergencia y de la declaración de estado de emergencia de salud pública puede significar que la responsabilidad recae en diferentes personas, ya sea dentro del gobierno nacional (por ejemplo, presidente y ministro de salud) o entre diferentes niveles de gobierno en una estructura federal o descentralizada (por ejemplo, gobernador regional y presidente). No existe indicios de que este procedimiento haya suscitado problemas concretos durante la pandemia de COVID-19; no obstante, se puede mitigar ese aspecto mediante leyes que identifiquen claramente a la persona responsable de emitir la declaración.

RECOMENDACIÓN

1. Las leyes que permiten la declaración de un estado de excepción o la determinación de la existencia de este por parte de una persona responsable de la adopción de decisiones deberían:
    a. identificar claramente a la persona que goza de autoridad para emitir la declaración o realizar esa determinación;
    b. cuando diferentes personas cuenten con esa autoridad, ya sea bajo diferentes legislaciones o circunstancias, establecer claramente las circunstancias bajo las cuales cada persona puede actuar y velar por la existencia de cauces para la determinación de autoridad o para zanjar conflictos entre esas personas ante la eventualidad de estos.

En el informe DPR se recomienda el establecimiento de un orden jerárquico de esos agentes, en caso de que el titular de un cargo o el responsable designado esté indispuesto o no esté disponible[348]. Esto es probablemente aún más importante cuando los funcionarios tienen que intervenir ante una enfermedad que puede afectarles. Sin embargo, no se tiene pruebas de que existan tales disposiciones en los Estados de la muestra. En algunos Estados, las disposiciones constitucionales pueden prever esas situaciones. Por ejemplo, cualquier ministro puede ejercer los poderes de otro ministro o, en caso de incapacidad de un presidente, las constituciones pueden prever la continuidad en el ejercicio de esas funciones. En otros Estados, en donde los funcionarios ejercen por nombramiento, se puede permitir que actúen sus suplentes. En general, los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no indican que se hayan tenido muy presente eventuales disposiciones en relación con la indisponibilidad de la persona responsable. En vista de la posibilidad de que durante una emergencia de salud pública grave se vean afectados los ministros o funcionarios, cabría que los Estados consideren este aspecto. En consecuencia, se reitera la recomendación del informe DPR.

RECOMENDACIÓN

Los Estados deberían establecer un orden jerárquico de funcionarios autorizados a emitir declaraciones de estados de excepción o la determinación de estos, de ser necesario en virtud de leyes para conferir la autoridad jurídica necesaria a quien los sustituya, a fin de anticipar la posibilidad de que la persona designada no pueda actuar durante una emergencia de salud pública.

En el informe DPR también se plantea el establecimiento del requisito de que la persona que declare el estado de excepción 'recurra al asesoramiento' o 'actúe previa solicitud' de otra entidad (v.g. organismos responsables de gestión de desastres o autoridades subnacionales). El razonamiento subyacente a este requisito apunta a: 1) evitar la concentración de poder en las manos de una persona o de una entidad; 2) preservar la autonomía de las jurisdicciones subnacionales; y 3) conceder adecuada importancia a la pericia de los organismos sectoriales competentes[349]. Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública indican que tales disposiciones ya existen en algunos Estados de la muestra. Por ejemplo, en Colombia, el presidente puede declarar un estado de emergencia únicamente luego de obtener las firmas de todos los ministros y la aprobación de la corte constitucional[350]: En Nueva Zelanda, el primer ministro es responsable de declarar un estado de emergencia de salud pública, pero sólo puede hacerlo con el acuerdo del ministro de salud[351]. En Papúa Nueva Guinea, el jefe de Estado puede declarar un estado de emergencia, pero con el asesoramiento del consejo ejecutivo nacional que, a su vez, debe consultar primero al comité constitucional de emergencia[352].

Incluso cuando la responsabilidad de emitir la declaración de un estado de excepción o de determinarlo recae en el ministerio sectorial con responsabilidad principal en materia de salud pública (normalmente, el ministerio de salud), puede haber un beneficio sustancial derivado de alguna forma de consulta. Como se ha señalado anteriormente, puede ser muy elevado el número de agentes que participan en una emergencia de salud pública, e incluso el número de departamentos dentro de un ministerio, y un funcionario o departamento puedo no siempre estar al tanto de los factores que deben ser considerados en los diversos sectores. La búsqueda de asesoramiento o la consulta previa con otros agentes también puede conllevar la ventaja de alertar con antelación a esos otros agentes y permitirles comentar la idoneidad o la viabilidad operativa de cualquier medida propuesta. También puede ser importante que los gobiernos subnacionales o locales que deban actuar en el marco de un estado de excepción, o aplicarlo, participen antes de la declaración. Cabe reconocer, asimismo, la eventual velocidad de propagación de las emergencias de salud pública y la posibilidad de que no siempre sea factible realizar consultas significativas. Por ende, a veces puede ser más beneficioso asociar a los agentes en etapas anteriores para considerar las repercusiones de los estados de excepción y las medidas o poderes que podrían ser necesarios. Algunos Estados de la muestra adoptan este requisito de consulta.

RECOMENDACIÓN

Las leyes o políticas deberían incluir el requisito de que, antes de la declaración o de la determinación de un estado de excepción relativo a una emergencia de salud pública:

1. si la declaración o la determinación incumbe a una persona distinta del ministro de salud o de un funcionario del ministerio de salud, el ministro de salud debería: i) como mínimo ser consultado, y ii) de manera idónea, debería aprobar o la declaración o de la determinación de un estado de excepción;
2. si la declaración o la determinación y cualquier poder de emergencia propuesto pudiera afectar las funciones de un gobierno o entidad administrativa subnacional, se debería, como mínimo, consultar a esta última antes de la declaración o de la determinación de un estado de excepción;
3. la persona que emita la declaración o la determinación de un estado de excepción debería consultar, en la medida de lo posible bajo las circunstancias, con las principales partes interesadas y agentes que participen en la intervención a raíz de una emergencia de salud pública.

5.4 / ACTIVACIÓN Y OPORTUNIDAD DE LOS ESTADOS DE EXCEPCIÓN Y DE LOS PODERES DE EMERGENCIA

Conforme se reconoce el informe DPR, es vital que la ley establezca claramente los elementos jurídicos que darán lugar a la declaración de un estado de excepción y a la activación de los poderes de emergencia. En cada estado de excepción existente, los elementos desencadenantes deben corresponder al grado y al tipo de desastre que ese estado deba abordar. Los desencadenantes jurídicos de los estados de emergencia podrían estar justificadamente redactados de forma amplia de manera que 'concedan al gobierno la suficiente flexibilidad para reaccionar ante acontecimientos excepcionales e imprevisibles; no obstante, los estados de desastre [y, ende, los estados de emergencia de salud pública] deberían tener elementos desencadenantes mucho más precisos'[353].

El momento de activación es muy importante. Si los desencadenantes revisten carácter exclusivamente reactivo (es decir, la capacidad para la declaración de un estado de excepción se activa únicamente a raíz de una emergencia de

Indonesia, 2019. La Cruz Roja Indonesia (PMI) , con el apoyo de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR), y la financiación de USAID, han estado ayudando a las comunidades a prepararse y prevenir la propagación de enfermedades a través del programa de preparación para epidemias (CP3). © FICR Corrie Butler

salud pública o una vez que esta alcance un determinado nivel de gravedad), para cuando se emita la declaración podría haberse cerrado la ventana de oportunidad para ciertas medidas preventivas o de preparación. Los desencadenantes reactivos podrían plantear un problema particular en relación con las emergencias de salud pública por al menos dos razones: 1) en caso del brote de una enfermedad infecciosa en otro Estado, el tiempo de espera hasta que afecte un determinado país antes de adoptar cualquier medida podría abocar al fracaso las acciones preparatorias necesarias; y 2) las enfermedades infecciosas pueden propagarse con extraordinaria celeridad, incluso más rápidamente que otros tipos de catástrofes. La pandemia de COVID-19 ha demostrado sin asomo de duda la necesidad de medidas rápidas y extraordinarias durante las emergencias de salud pública. Sin embargo, es importante reconocer que existen riesgos asociados a una activación preventiva, a saber, que los poderes de emergencia podrían ser utilizados de manera prematura, o innecesaria.

Lamentablemente, no todos los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública tratan del momento previsto para las declaraciones o determinaciones de los estados de excepción o para el uso de los poderes de emergencia. Cuando se incluye esa información, la mayoría de las intervenciones indican que se reconoce la necesidad de una activación tanto preventiva como reactiva. Por ejemplo, la constitución de Liberia permite específicamente la declaración de un estado de emergencia en caso de amenaza. En Colombia, la declaración de un estado de emergencia de salud pública es posible cuando las condiciones amenazan el bienestar de las personas, etc.[354]. En el Reino Unido, las normas de emergencia para hacer frente a una emergencia de salud pública pueden ser formuladas ante 'una amenaza grave e inminente para la salud pública'[355]. En Bulgaria, el ministro de salud puede ejercer poderes de emergencia en presencia de una 'amenaza inminente' para la vida y la salud de los ciudadanos como consecuencia de la epidemia de una enfermedad transmisible[356]. En Singapur, un ministro puede declarar una emergencia de salud pública si 'está convencido de que existe un brote o un brote inminente de una enfermedad infecciosa que plantea un riesgo sustancial de un número significativo de muertes humanas o incidentes de discapacidad grave en Singapur'[357]. No obstante, estos buenos ejemplos, gran parte de la legislación está aún redactada de tal forma que sólo permite actuar una vez que se ha producido un suceso o se verifican los daños. Esto se explica debido a la antigüedad de la legislación en algunos casos, o a la preocupación de que un enfoque preventivo pueda entrañar declaraciones prematuras de estados de excepción.

En general, la rápida propagación de la pandemia de COVID-19 a nivel nacional e internacional confirma la recomendación del informe DPR en cuanto a la posibilidad de declaraciones y determinaciones preventivas que permitan el oportuno inicio de una valiosa intervención[358] ante emergencias de salud pública. Aunque exista el riesgo de que este enfoque provoque la activación prematura o innecesaria de los estados de excepción, siempre que se establezcan los controles adecuados, la posibilidad de la declaración o la determinación de los estados de excepción de forma preventiva debería formar parte del cuerpo normativo de un Estado ante las amenazas graves para la salud pública.

RECOMENDACIÓN

1. Las leyes deberían contemplar un equilibrio entre la activación de estados de excepción y el uso de poderes de emergencia aplicables en caso de emergencias de salud pública de manera: a) clara y específica; y b) suficientemente flexible como para dar cabida a riesgos sanitarios nuevos o emergentes.
2. Las leyes deberían posibilitar la declaración de estados de excepción ante emergencias de salud pública de manera anticipada.
3. Con el fin de reducir a un mínimo los riesgos del inadecuado uso de poderes anticipados, las leyes deberían establecer claramente las circunstancias en las cuales son posibles esas declaraciones anticipadas, por ejemplo, ante la inminencia o la proximidad (temporal y geográfica) de una emergencia de salud pública y/o habida cuenta de los posibles graves efectos de esta.

5.5 / NATURALEZA DE LOS PODERES Y MEDIDAS DE EMERGENCIA

Los poderes de emergencia posibles ante a una emergencia de salud pública se dividen en dos grandes categorías: 1) poderes legislativos de emergencia: y 2) poderes ejecutivos de emergencia o, simplemente denominados, poderes de emergencia. Los poderes de emergencia pueden estar contemplados en la legislación vigente o ser establecidos en virtud o por conducto de instrumentos elaborados a tenor de los poderes legislativos de emergencia. Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública muestran que durante la pandemia de COVID-19 se utilizó una combinación de estos dos tipos de poderes de emergencia, aunque se observa una variación significativa en la terminología y la práctica entre los Estados.

Como se ha señalado anteriormente, en algunas jurisdicciones los poderes de emergencia pueden ser activados ante la existencia de circunstancias específicas, sin necesidad de la declaración de un estado de emergencia, de un estado de desastre o de un estado de emergencia de salud pública. De hecho, todos los Estados de la muestra desplegaron poderes de emergencia de algún tipo para responder a la pandemia de COVID-19, incluso sin que mediara la declaración de un estado de excepción. En algunos casos, los poderes legislativos de emergencia se utilizaron para crear nuevos poderes de emergencia. En la mayoría de los casos, sin embargo, los poderes de emergencia figuraban contemplados en mayor o menor medida en la legislación existente.

Conforme se mencionó en el capítulo 1, este informe no abarca el análisis de la eficacia y la idoneidad de las medidas adoptadas en relación con la pandemia de COVID-19 a tenor de los poderes de emergencia. Además, en la mayoría de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se suministra con más frecuencia información sobre la fuente jurídica de los poderes de emergencia utilizados que información sobre la naturaleza de las medidas adoptadas en virtud de esos poderes (aunque algunas de los mapeos jurídicos de decretos de emergencias si identificaron ciertas medidas de emergencia adoptadas durante las fases iniciales de la pandemia de COVID-19). La mayoría de las medidas de emergencia son ya conocidas de los lectores e incluyen las siguientes:

- cierre de fronteras;
- restricciones a los viajes internacionales;
- cuarentena obligatoria o autoaislamiento[359] de los viajeros a la llegada a un país, en su casa o en hoteles o alojamientos proporcionados por el Estado;
- restricciones a la circulación interna;
- cierre de negocios, escuelas y lugares de deporte y entretenimiento;
- prohibición de reuniones sociales, incluido el culto religioso;
- distanciamiento social obligatorio y otras medidas preventivas como el uso obligatorio de mascarillas;
- pruebas de diagnóstico y rastreo de las personas que pudieran estar infectadas, incluido el uso obligatorio de aplicaciones para teléfonos inteligentes y la comunicación de datos;
- el autoaislamiento o la cuarentena obligatorios de quienes muestren síntomas o de las personas asintomáticas pero que pudieran haberse visto contagiadas;
- la protección persona obligatoria -o, de hecho, el aislamiento o la cuarentena- de las personas más vulnerables, especialmente las personas de edad avanzada o con problemas de salud subyacentes, aunque no hubieran contraído la enfermedad;
- el tratamiento obligatorio, que en algunos casos puede incluir la vacunación.

El análisis detallado de la eficacia de estas medidas de emergencia, cuando pueda llevarse a cabo, constituirá una herramienta muy útil para que los Estados comprendan los poderes legislativos de emergencia específicos que pudieran ser necesarios ante futuras emergencias de salud pública (y otras catástrofes). Mientras tanto, las recomendaciones del informe DPR[360] podrían ser útiles para determinar el enfoque de las leyes con respecto a la formulación y la activación de los poderes de emergencia.

RECOMENDACIÓN

1. Las leyes deberían determinar de manera explícita los poderes gubernamentales que emanan de la declaración de un estado de excepción en relación con una emergencia de salud pública.
2. Suele ser preferible que las leyes incluyan una lista predeterminada, precisa y exhaustiva de esos poderes gubernamentales, aunque pudiera ser apropiada la disponibilidad de poderes más amplios en el caso de graves emergencias de salud pública.

5.6 / CONSECUENCIAS DE LOS ESTADOS DE EXCEPCIÓN Y DE LAS MEDIDAS DE EMERGENCIA EN LO QUE RESPECTA A LOS DERECHOS HUMANOS

Conforme se observa en el informe DPR, las leyes nacionales de gestión de riesgos de desastres suelen autorizar medidas que tienen consecuencias para los derechos humanos, especialmente durante o bajo estados de excepción. La experiencia de la pandemia de COVID-19 ilustra que las repercusiones en materia de derechos humanos también se plantean en el contexto de emergencias de salud pública. Las medidas adoptadas en la intervención ante la pandemia de COVID-19 que plantean cuestiones de derechos humanos incluyen (sin que se trate de una lista exhaustiva): confinamientos; cierre obligatorio de empresas; cuarentenas obligatorias o autoaislamiento de las personas infectadas o que podrían estar infectadas, especialmente si los criterios son subjetivos o ambiguos[361]; y la protección o el autoaislamiento obligatorio de las personas más vulnerables ante la enfermedad. Muchas de las medidas de mitigación adoptadas (o no adoptadas) con respecto a los grupos vulnerables que se analizan en la sección C, tienen asimismo consecuencias relacionadas con los derechos humanos. Un estudio detallado de los efectos relativos a los derechos humanos de las medidas de emergencia adoptadas durante la pandemia de COVID-19 va más allá del alcance de este informe; sin embargo, el tema ha suscitado la publicación de numerosos comentarios en bitácoras digitales y otros artículos[362], y es probable que se trata de uno de los aspectos más discutidos de la pandemia. Los temas clave residen en saber si los tipos de restricciones impuestas, la duración de estas y las medidas de aplicación son proporcionales a la naturaleza y a la gravedad de la amenaza para la salud pública.

A pesar de la naturaleza de las medidas adoptadas en la intervención ante la pandemia de COVID-19, la mayoría de los Estados no han sentido la necesidad de una derogación formal del respeto de los derechos humanos. Al parecer apenas 13 países notificaron la derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en relación con sus medidas de intervención ante la pandemia de COVID-19: Armenia, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Estonia, Georgia, Guatemala, Kirguistán, Letonia, Palestina, Perú y Rumanía[363]. Esto es, quizás, sorprendente si se considera la cantidad de Estados que utilizaron los poderes de emergencia e introdujeron medidas que podrían tener por efecto la suspensión de los derechos humanos fundamentales. Tal y como recoge el informe del Instituto Wallenberg, algunos Estados 'introdujeron medidas que derogan efectivamente las obligaciones internacionales, pero sin cumplir los requisitos sustantivos y de procedimiento. El riesgo que surge cuando las derogaciones de las obligaciones internacionales no cumplen con los requisitos sustantivos o de procedimiento reside en que las salvaguardias esenciales que existen para evitar las violaciones quedan de lado sin una evaluación de la necesidad o de la proporcionalidad de las medidas, lo que aumenta significativamente el riesgo de violación de los derechos humanos[364].

La mayoría de los instrumentos de derechos humanos establecen que los Estados pueden limitar ciertos derechos para tomar medidas que traten sobre amenazas graves para la salud de la población o de miembros individuales de la población. Sin embargo, ello no confiere a los Estados la posibilidad de alegar motivos de salud y, en consecuencia, actuar a su criterio. Las limitaciones a los derechos humanos deben ser necesarias, proporcionadas y, quizás lo más importante, deben figurar *prescritas en la ley*. En los principios de Siracusa[365] se establece, además, que esas medidas deben estar específicamente destinadas a prevenir enfermedades o lesiones, o a prestar asistencia a los enfermos y lesionados, y que se debe tener en cuenta el RSI [366], así como los principios más generales de necesidad y proporcionalidad. La importancia del requisito de que toda limitación esté contemplada en la ley se puso de manifiesto en el reciente caso neozelandés de *Borrowdale vs director general de salud y otros*[367]. El tribunal superior de Nueva Zelanda aceptó que las restricciones impuestas debido a la pandemia de COVID-19 eran necesarias, razonables y proporcionadas. Sin embargo, sostuvo que las restricciones que limitaban las libertades de circulación, reunión pacífica y asociación eran contrarias a la ley sobre la de la carta de derechos de Nueva Zelanda (1990) durante el lapso

Sudáfrica, 2020. Voluntarios en el centro comercial Twin City Mall explican cómo frenar la propagación del COVID-19, empezando por el distanciamiento social y la importancia de lavarse las manos. © FICR Moeletsi Mabe

en el que las restricciones no figuraron contenidas en la legislación. Es decir, no estaban, contempladas en la ley. Una vez que las restricciones figuraron recogidas en la legislación, el tribunal superior las consideró correctamente impuestas.

Como ninguno de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública menciona ningún caso judicial, no está claro el alcance de los litigios relativos a los efectos de la pandemia de COVID-19 en materia de derechos humanos, ni la jurisprudencia de los tribunales en estos casos. En las sentencias dictadas en jurisdicciones de derecho consuetudinario, los tribunales parecerían dispuestos a conceder a los gobiernos cierto grado de discrecionalidad y flexibilidad a la hora de abordar una emergencia de salud pública. En *Dolan vs secretario de salud y atención social*[368], el tribunal superior inglés, en una decisión confirmada en apelación, desestimó una impugnación contra la normativa que obligaba a las personas a permanecer en su domicilio. La decisión se fundamentó en que la prohibición de que una persona saliera de su casa para pasar la noche en un lugar distinto del de su residencia no equivalía a una privación de libertad. Las restricciones a la permanencia en el domicilio tampoco suponían una violación del derecho al respeto de la vida privada y familiar. En relación con la impugnación de las restricciones a la circulación, el tribunal aceptó que suponían una restricción a la libertad de reunión y asociación. Sin embargo, concluyó que 'en el contexto de una pandemia mundial en la que una nueva enfermedad altamente infecciosa capaz de causar la muerte se propaga y es transmisible entre los seres humanos', ningún tribunal podría encontrar las restricciones desproporcionadas. Sin embargo, cabe destacar que las disposiciones de revisión se incluyeron en los reglamentos pertinentes y, en el momento de la sentencia, los reglamentos pertinentes habían sido sustituidos. No cabe duda de que el hecho de que este tipo de decisiones sean la norma será objeto de amplio examen y análisis.

Mientras tanto, como el informe DPR y muchos otros han señalado, el hecho de que algunos tribunales puedan ofrecer a los gobiernos un margen de apreciación no debe restar importancia al principio fundamental de que incumbe a los Estados respetar los derechos humanos, incluso durante una grave emergencia de salud pública.

RECOMENDACIÓN

1. Las leyes deberían garantizar que, durante un estado de excepción relativo a una emergencia de salud pública, se establezcan salvaguardias que promuevan la transparencia y la responsabilidad gubernamental; mantengan el estado de derecho; preserven las instituciones democráticas y protejan los derechos humanos.
2. Los poderes y las medidas de emergencia deberían ser coherentes con el derecho internacional, especialmente con el derecho internacional de los derechos humanos.
3. Los derechos humanos deben ser respetados durante una emergencia de salud pública y, por lo tanto, los Estados deberían asumir únicamente poderes y medidas de emergencia que limiten los derechos humanos en la medida en que sea necesario, de manera proporcionada, y de conformidad a los dispuesto en la ley.

5.7 / SALVAGUARDAS Y VIGILANCIA DURANTE LOS ESTADOS DE EXCEPCIÓN

Debería ser indiscutible que la declaración de un estado de excepción esté sujeta a salvaguardas. El informe DPR recomienda que la ley prevea la supervisión judicial y/o legislativa de los estados de emergencia y de los estados de desastre de alto nivel con respecto a: la declaración inicial de un estado de emergencia o de desastre (incluyendo cualquier poder especificado); las decisiones o medidas adoptadas durante un estado de emergencia o de desastre; y cualquier decisión de prorrogar o terminar un estado de emergencia o de desastre. Estos principios también se aplican a un estado de excepción provocado por una emergencia de salud pública. Aunque en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se ofrece poca información sobre la supervisión, es posible encontrar alguna forma de supervisión legislativa o judicial en la mayoría de los Estados de la muestra.

5.7.1 / Supervisión legislativa

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública denotan una variación significativa en el ejercicio de la supervisión legislativa de la declaración de los estados de excepción, y de las medidas de emergencia adoptadas.

La modalidad de supervisión más firme existe cuando la elaboración de las leyes permanece a cargo del poder legislativo y no del ejecutivo. Como se ha señalado, en la mayoría de los casos los órganos legislativos pudieron funcionar durante la pandemia de COVID-19 y promulgaron muchas de las leyes utilizadas por el gobierno para la intervención, aunque utilizando procedimientos y plazos acelerados. El papel de supervisión del poder legislativo es más limitado cuando el ejecutivo posee y ejerce poderes legislativos de emergencia.

Conforme se reconoce en el informe DPR[369], es necesario encontrar un equilibrio entre la rapidez de la acción y el control adecuado, especialmente cuando los órganos legislativos no están en sesión. Por lo tanto, es razonable argumentar que, durante una emergencia de salud pública de rápida evolución, resulta más apropiada la aprobación posterior (en lugar de la aprobación previa) de la acción ejecutiva. La ratificación posterior parece ser el enfoque más comúnmente adoptado en los Estados de la muestra, tanto en relación con 1) las declaraciones de estados de excepción para las emergencias de salud pública (en su primera elaboración o cuando se requiere su renovación); y 2) la legislación delegada o subsidiaria realizada por el ejecutivo. Por ejemplo, en la República Democrática del Congo, una vez declarado el estado de emergencia por el presidente, la constitución exige que las dos cámaras legislativas aprueben leyes para regular la aplicación del estado de emergencia[370]. En Papúa Nueva Guinea, se prevé específicamente que el parlamento se reúna para examinar las declaraciones iniciales de emergencia nacional y su prórroga. Cuando se prevé una declaración posterior de emergencia, esta es posible mediante el voto favorable de la mayoría absoluta del parlamento[371]. En Nueva Zelanda, las órdenes de modificación que permiten el uso de poderes especiales durante una epidemia son posibles, pero deben ser presentadas a la cámara de representantes, tan pronto como sea posible luego de ser emitidas para ser objeto de control parlamentario[372].

Un estado de excepción declarado o determinado en relación con una emergencia de salud pública podría tener una vigencia superior en comparación con otros tipos de catástrofes. El consiguiente resultado puede ser un periodo prolongado de vigencia de los poderes extraordinarios y restricciones, con graves repercusiones análogas a las consideradas en la sección C. Para garantizar que los poderes extraordinarios y las restricciones estén en vigor exclusivamente durante el tiempo necesario y proporcional en función de la amenaza para la salud pública, los estados de excepción aplicables a las emergencias de salud pública deben estar limitados en el tiempo y su prórroga debe estar sujeta tanto a criterios claramente especificados como a la supervisión legislativa[373]. En algunos casos, se puede establecer una condición menor, como la exigencia de que el gobierno informe al poder legislativo explicando por qué persiste la necesidad de los poderes de emergencia.

Es importante reconocer que este control requiere que el poder legislativo siga funcionando durante una emergencia de salud pública. En la sección 4.6, se destaca la necesidad de medidas de contingencia que permitan el funcionamiento continuo del legislativo durante una emergencia de salud pública.

RECOMENDACIÓN

1. Las leyes que permiten la declaración o la determinación de un estado de excepción respecto a una emergencia de salud pública deberían prever que el órgano legislativo:
    a. apruebe (siempre que sea posible) la declaración o la determinación dentro de un período de tiempo determinado;
    b. tenga la facultad de modificar o de poner fin a un estado de excepción, incluida la facultad de modificar detalles como el ámbito geográfico, el período de vigencia y las competencias de emergencia.
2. Las leyes que permiten la declaración de un estado de excepción con respecto a una emergencia de salud pública deberían incluir un límite de tiempo para el fin de la vigencia automática del estado de excepción una vez transcurrido un período determinado, salvo prórroga de ese estado de excepción.
3. Las leyes que permiten la declaración de un estado de excepción con respecto a una emergencia de salud pública deberían especificar claramente:
    a. las circunstancias en las que se puede prorrogar el estado de excepción;
    b. el periodo máximo por el que se puede prorrogar el estado de excepción;
    c. bien:
        i. el número máximo de veces que se puede prorrogar el estado de excepción; o,
        ii. el período máximo durante el cual puede estar en vigor un estado de excepción.
4. Las leyes que permiten declarar un estado de excepción respecto a una emergencia de salud pública deberían exigir que toda prórroga de un estado de excepción esté sujeta a la aprobación del poder legislativo (siempre que sea posible), ya sea antes de la prórroga o en un plazo determinado.

5.7.2 / Supervisión judicial

Los tribunales de justicia representan la segunda forma principal de supervisión o vigilancia. Sin embargo, la capacidad de impugnar la declaración de un estado de excepción no es universal. La Asociación de Derecho Internacional considera que los tribunales deberían ser competentes para determinar si:

- las declaraciones de emergencia y la legislación se ajustan a la ley en lo que atañe a los procedimientos y condiciones, así como a la proporcionalidad y la necesidad;
- los instrumentos jurídicos que permiten limitar y derogar los derechos son legales y se han promulgado correctamente;
- se ha violado cualquier derecho no derogable;
- las leyes al margen de las medidas de emergencia siguen vigentes, con la presunción de que están en vigor a menos que se deroguen explícitamente. [374]

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no sugieren que se haya excluido la revisión judicial, aunque no comentan específicamente esta cuestión. El mayor reto para el control judicial durante la pandemia de COVID-19 puede no haber sido de orden jurídico sino práctico, con el cierre de muchos tribunales como parte de restricciones más amplias. En los mapeos jurídicos de la emergencia de salud pública de la India se informa de la legislación que excluye la jurisdicción de un tribunal para intervenir con respecto a las medidas de intervención de la pandemia de COVID-19[375].

RECOMENDACIÓN

Las leyes que prevén la declaración de un estado de excepción con respecto a una emergencia de salud pública deberían garantizar que:

a. la declaración, su posterior prórroga y los poderes de emergencia o las medidas de emergencia adoptadas en virtud de estas, puedan ser objeto de acciones judiciales por parte de los afectados;
b. el poder judicial tenga jurisdicción y potestad para:
    i. declarar la ilegalidad de la declaración de un estado de excepción, su posterior extensión y cualquier poder de emergencia o medida de emergencia adoptada en virtud de esa declaración o determinación;
    ii. dictar las órdenes oportunas para reparar dicha ilegalidad (por ejemplo, mediante la declaración de nulidad, sanciones o indemnizaciones).

5.7.3 / Transparencia

Una salvaguardia adicional reconocida en el informe DPR reside en la publicidad, esto es los medios para garantizar que se notifiquen los estados de excepción al mayor número posible de personas y no apenas en un registro público de leyes. Esto es sin duda importante y, aunque no figura en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública, se ha verificado que los Estados utilizan otros métodos de comunicación, incluidos los medios sociales, para proporcionar información sobre las medidas adoptadas en la intervención ante la pandemia de COVID-19[376]. También es interesante el uso de sitios web para proporcionar un mayor acceso a la legislación utilizada en la intervención. Muchos gobiernos han establecido sitios web dedicados a la legislación sobre la pandemia de COVID-19, o han creado páginas en sus principales sitios web de leyes dedicadas a la pandemia de COVID-19. Estos sitios web no siempre son fáciles de usar, aunque puede deberse a la gran cantidad de legislación y revisiones, enmiendas o derogaciones, que torna muy difícil el seguimiento de las leyes vigentes. No obstante, la existencia de este tipo de sitios web mejora el acceso a las leyes y, por el contrario, cuando no se proporciona este tipo de servicio, el acceso a las leyes puede ser muy difícil.

RECOMENDACIÓN

1. La ley debería exigir que la declaración o la determinación de un estado de excepción ante una emergencia de salud pública (incluyendo el detalle de los poderes de emergencia o las medidas que se aplicarán en virtud de esta) se publique y quede accesible a disposición de la mayor cantidad de personas posible.
2. La buena práctica observada en todo el mundo con respecto a la publicación de legislaciones durante la pandemia de COVID-19 debería continuar y, siempre que sea posible, todos los Estados deberían tratar de publicar en línea los planes, leyes y políticas relativos a los estados de excepción y a las emergencias de salud pública.

SECCIÓN C
LA LEY Y LA MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS DE LAS EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

© Media Luna Roja Árabe Siria

Esta sección trata de la función de la ley en la atenuación de los efectos secundarios de las emergencias de salud pública y las repercusiones que conllevan para los grupos marginados y vulnerables[377]. Se sigue aquí la estructura del informe DPR y se centra la atención en los siguientes grandes temas: 1) movilidad humana[378]; 2) alojamiento de emergencia y vivienda[379]; y 3) protección de los grupos vulnerables[380]. Esta sección complementa las recomendaciones sobre estos temas que figuran en el informe DPR y proporciona orientación específica al respecto en el contexto de las emergencias de salud pública.

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública ofrecen un amplio panorama de las medidas sociales, económicas y sanitarias adoptadas para mitigar el efecto de la pandemia de COVID-19 y, por consiguiente, ilustran el tipo de apoyo que pueden necesitar los Estados en la intervención ante una futura emergencia de salud pública. El análisis bajo esta sección se centra en estas medidas; no obstante, como muchas de ellas fueron incorporadas sin necesidad de recurrir a la ley o a la política, aquí se abordan específicamente las medidas adoptadas a tenor de la ley o que plantean cuestiones jurídicas.

6 / REPERCUSIONES DE LAS EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA EN LA MOBILIDAD HUMANA Y LA MIGRACIÓN

6.1 / LA MOBILIDAD HUMANA EN GENERAL

Las catástrofes pueden tener repercusiones en la movilidad humana a corto y a largo plazo. El informe DPR las examina en relación con las catástrofes en general, e identifica dos aspectos principales: 1) los reasentamientos planificados, ya sean preventivos o posteriores a una crisis; y 2) los desplazamientos motivados por catástrofes, no planificados y reactivos, en los que las personas se ven obligadas a abandonar sus hogares como consecuencia de una catástrofe. El informe DPR recomienda la necesidad de contar con marcos jurídicos y políticos integrales para la reubicación planificada cuando sea necesario y para proteger a las personas sometidas a desplazamientos involuntarios[381].

Al igual que en otros tipos de catástrofes, las emergencias de salud pública pueden provocar la "huida" por el miedo al contagio, que actúa como poderoso motivo. En otros casos, el deseo de evitar las restricciones de confinamientos ante una emergencia de salud pública puede ser una razón suficiente para desplazarse, ya sea a nivel interno o internacional. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 ha ilustrado que las emergencias de salud pública pueden conllevar otros efectos para la movilidad humana. En el caso de los visitantes o de los emigrantes, puede surgir el deseo de volver "a casa", ya sea para ayudar o para estar con la familia. La pérdida de puestos de trabajo y los cambios en las oportunidades económicas también pueden ser un motivo para desplazarse. En India, por ejemplo, los efectos negativos de la pandemia de COVID-19, las restricciones en la actividad y los medios de vida en las zonas urbanas dieron lugar a una migración masiva interna, predominantemente de las zonas urbanas a las rurales[382].

Este movimiento de población puede verse perturbado por las restricciones impuestas a los viajes o el cierre de fronteras, tanto internacionales como internas. Durante la pandemia de COVID-19 la mayoría de los Estados cerraron sus fronteras a los viajeros entrantes en algún momento; en algunos Estados, los cierres de fronteras también impidieron – de hecho o de derecho – los viajes de salida[383]. Los cierres de fronteras y las restricciones de viaje provocaron una alteración de las rutas migratorias. Por ejemplo, se informa de que los migrantes de África occidental, que no pueden llegar a la Unión Europea a través de la costa norteafricana, utilizan ahora la ruta atlántica, más peligrosa, a través de las Islas Canarias. El cierre de fronteras y las restricciones de viaje también han creado lo contrario al desplazamiento forzoso, a saber, la inmovilidad forzosa. Las consecuencias de esa la inmovilidad pueden ser muy graves para las personas que se encuentran en situaciones particulares, por ejemplo, quienes sufren persecución, la pérdida de medios de subsistencia o se encuentran una situación migratoria irregular o incierta (por ejemplo, visados caducados). Tal y como se señala en los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública de Honduras, este país tuvo que hacer frente tanto al retorno de solicitantes de asilo desde los Estados Unidos de América, como a la llegada de una caravana de migrantes que se dirigía a ese país. El efecto combinado de las restricciones a la circulación interna con el de los cierres fronterizos y de las medidas adoptadas por otros Estados dejó a un número importante de migrantes varados.[384]

6.2 / CIERRES DE FRONTERAS

Con la excepción de la República de Corea y del Reino Unido, todos los Estados de la muestra introdujeron cierres fronterizos, o sus equivalentes a tales fines, como la prohibición de llegar por aire o por mar. El objetivo claro era limitar la movilidad humana con el fin de detener la propagación de la pandemia de COVID-19 (aunque no está claro hasta qué punto fue eficaz y los modelos han demostrado que, aunque las restricciones de viaje pueden funcionar al inicio de una pandemia, posteriormente pierden eficacia[385]). En varios de los Estados de la muestra, no se introdujeron inmediatamente cierres absolutos de las fronteras. En su lugar, los cierres fronterizos fueron escalonados, comenzando inicialmente con restricciones o prohibiciones impuestas a los viajeros procedentes de ciudades o países en donde la pandemia tuvo origen o se propagó inicialmente. Por ejemplo, Nueva Zelanda prohibió primero el ingreso de viajeros procedentes de China antes de adoptar posteriormente un cierre total de las fronteras[386]. Liberia suspendió inicialmente los viajes con destino a los países con 200 o más casos declarados de COVID-19 y a partir de estos[387]. Otros Estados centraron inicialmente las restricciones en los viajeros que llegaban en medios de transporte considerados como fuentes de significativa transmisión. Por ejemplo, las primeras medidas de Australia consistieron en prohibir la entrada de cruceros internacionales en territorio australiano[388].

Los medios concretos de cierre de fronteras adoptaron diversas formas y variaron en función de la naturaleza de la frontera (es decir, terrestre, marítima, o aérea). En algunos casos, se prohibió la entrada de aviones y barcos extranjeros o no autorizados en el territorio de un país. En general, no se prohibió habitualmente la entrada de embarcaciones y aeronaves como tales, sino el desembarco de pasajeros, salvo quienes estaban amparados por una excepción. En Colombia, por ejemplo, se prohibió el ingreso y el tránsito de todos los viajeros aéreos internacionales, excepto 1) cuando se aplicaban las excepciones de emergencia humanitaria, de "fuerza mayor" o de "caso fortuito", o 2) con autorización previa. Las normas relativas a las fronteras terrestres difirieron ligeramente, permitiéndose el ingreso al transporte de carga y mercancías[389]. Este tipo de excepción se aplicó en muchos de los Estados de la muestra: mientras que el ingreso de pasajeros estaba ampliamente prohibido, se reconocía que las mercancías, especialmente los suministros esenciales como el equipo de protección personal, debían ser importados[390]. Las excepciones para la ayuda humanitaria surgieron también en varios decretos relacionados con el cierre de fronteras en Brasil. Liberia (que durante el brote de ébola cerró algunas de sus fronteras y abrió otras sólo bajo control) cerró todas sus fronteras con los países vecinos y suspendió por decreto los vuelos comerciales, excepto los vuelos de carga, fletados y especiales[391]. Asimismo, Sierra Leona, también afectada anteriormente por el ébola, cerró sus fronteras y suspendió los vuelos de entrada, excepto los que transportaban cargas esenciales[392].

Estos cierres fronterizos se introdujeron a pesar de ser incompatibles con las recomendaciones provisionales del RSI de la OMS (que desaconsejaba la aplicación de restricciones a los viajes o al comercio[393]) y, como se recuerda el informe DPR[394], pese a que la gran mayoría de los Estados había suscrito el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular. Ese pacto exige la formulación de "enfoques coherentes para encarar los desafíos que plantean los movimientos migratorios en el contexto de los desastres naturales repentinos y de evolución lenta"[395] y, por consiguiente, abarca las emergencias de salud pública.

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no dejan claro si las medidas jurídicas adoptadas para cerrar las fronteras o para restringir los desplazamientos fueron planificadas de antemano. En algunos casos, pueden haber estado fundamentadas en precedentes o en la experiencia de anteriores emergencias de salud pública. Sin embargo, parecería que muchas de las leyes se aprobaron apresuradamente ante la necesidad percibida de prevenir rápidamente el movimiento de individuos infectados. En los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no se aborda cuán detenidamente se consideraron las obligaciones internacionales de los Estados, o las consecuencias más amplias de esas prohibiciones y restricciones, pero se observa que estas consideraciones no predominaron en la reflexión de todos los gobiernos.

La imposición de cierres fronterizos y de restricciones a los viajes -y sus efectos consiguientes, como la reducción de la disponibilidad de vuelos comerciales (al menos en determinadas rutas)- tuvo significativa incidencia en los esfuerzos de repatriación. No está claro si los Estados que impusieron restricciones tuvieron en cuenta los derechos fundamentales que podrían quedar vulnerados por esas medidas. En particular, según el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, "toda persona tendrá derecho a salir libremente de cualquier país, incluso del propio"[396] y "nadie podrá ser arbitrariamente privado del derecho a entrar en su propio país"[397].

Inicialmente, la atención se centró en garantizar el regreso de los turistas, incluidos los pasajeros de cruceros. A medida que avanzaba la pandemia de COVID-19, surgieron problemas importantes relacionados con la repatriación

Honduras, 2021. La Cruz Roja Hondureña presta apoyo a los migrantes que atraviesan el país en una "caravana de migrantes". Los Puntos de Servicio Humanitario establecidos a lo largo de la ruta migratoria se utilizan para proporcionar suministros esenciales, como agua, máscaras faciales, atención prehospitalaria e información sobre COVID-19. © Johannes Chinchilla FICR.

de las tripulaciones de las embarcaciones de pasajeros y de carga que, por falta de actividad, se vieron obligados a permanecer en alta mar. En julio de 2020, se estimaba que 200 000 marinos estaban varados en alta mar[398]. Las dificultades para repatriar a los trabajadores migrantes también se hicieron evidentes a medida que la pandemia de COVID-19 avanzaba y las repercusiones para el empleo de estas personas empeoraban. Por ejemplo, Sri Lanka, tenía más de un millón de sus ciudadanos trabajando en el extranjero antes de la pandemia de COVID-19, y en determinado momento contó con más de 50 000 ciudadanos en espera de ser repatriados[399].

Los problemas de repatriación se vieron exacerbados con el cierre de fronteras válido también para los ciudadanos que regresaban a un país. En la mayoría de los casos, se permitió la entrada de ciudadanos o residentes permanentes. Por ejemplo, en el mapeo jurídico de emergencias de salud pública de Nueva Zelanda se explica que las fronteras estaban cerradas para todos, excepto para los ciudadanos y residentes permanentes que regresaban a ese país. Sin embargo, en algunos Estados de la muestra, se prohibió expresamente, o en la práctica, el regreso de todos los ciudadanos. Las fronteras internacionales de Australia quedaron cerradas para todos los ciudadanos excepto aquellos abarcados bajo una serie de categorías limitadas. Sin embargo, la cantidad de ciudadanos que podía regresar estaba limitada en la práctica por la imposición de un límite diario o semanal en el número de llegadas a los aeropuertos internacionales de Australia. La imposibilidad de obtener un vuelo se convirtió, por tanto, en un obstáculo para que algunos ciudadanos australianos pudieran regresar a su país. La imposición del límite de llegadas dio lugar a una serie de quejas ante la comisión australiana de derechos humanos[400].

La mayoría de los cierres fronterizos concernieron a los viajes de entrada. En algunos casos, sin embargo, las fronteras también se cerraron para los viajes de salida. El mapeo jurídico de emergencias de salud pública de Tayikistán proporciona un ejemplo de los problemas derivados de esta medida, cuando muchos trabajadores migrantes no pudieron regresar a Tayikistán desde Rusia luego del cierre de las fronteras rusas para los viajes de salida. Según los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública, Australia parece haber adoptado algunas de las normativas más estrictas en relación con los viajes al extranjero. Estas prohibían a los ciudadanos australianos y a los residentes permanentes salir de Australia en cualquier avión o embarcación[401], salvo al amparo de un permiso a tenor de una serie de exenciones específicas. Uno de ellos concernía a las personas que residían habitualmente en un país distinto de Australia (aunque estas enfrentaban a la dificultad de encontrar vuelos sujetos a un determinado límite en los aeropuertos internacionales australianos). En algunos Estados de la muestra, aunque no hubiera una excepción general, un ciudadano extranjero podía solicitar un permiso de salida, por ejemplo en Mongolia, dirigiéndose a la comisión especial del Estado[402]. El Mapeo jurídico de emergencias de salud pública de Mongolia no dice nada sobre

la aprobación de esas solicitudes o si se impusieron condiciones. En general, las restricciones relativas a los viajes al extranjero interfieren con el derecho contemplado bajo el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de la libertad de salir de cualquier país (incluido el propio) y, por tanto, plantean la pregunta acerca de la necesidad de esas restricciones y su proporcionalidad ante la amenaza para la salud pública.

En varios de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se señala la ayuda aportada por los gobiernos para la repatriación de los ciudadanos extranjeros que así lo deseaban. En general, ello tuvo lugar bajo dos formas: 1) conforme se comentó anteriormente, la garantía de que cualquier prohibición de viajes al extranjero contemplara las excepciones adecuadas; y 2) la ayuda concreta para la repatriación de ciudadanos extranjeros "varados" en el país. Se citan más ejemplos de asistencia positiva para facilitar el retorno de los migrantes, aunque suelen estar contemplados en el marco de políticas y no de leyes. Los gobiernos de los Emiratos Árabes Unidos y de Sri Lanka, por ejemplo, pusieron a disposición vuelos para los trabajadores extranjeros que deseaban regresar[403] y la Organización Internacional para las Migraciones (IOM) brindó asistencia para el regreso de migrantes de Tayikistán varados en las fronteras con Kazajistán y Uzbekistán[404].

RECOMENDACIÓN

1. Los planes, leyes y políticas nacionales de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública deberían abordar:
   a. la eventual necesidad de que un Estado cierre sus fronteras o imponga restricciones a los viajes ante la propagación internacional de una enfermedad;
   b. las eventuales repercusiones de una emergencia de salud pública en la movilidad humana y las necesidades de los individuos que pudieran desear o necesitar viajar (internacional o internamente) como resultado (directo o indirecto);
   c. la eventual necesidad de repatriar a los migrantes tras una emergencia de salud pública y el proceso para facilitar la repatriación.
2. Las leyes deberían especificar claramente los criterios para el cierre de fronteras y/o las restricciones en las fronteras, y los medios para la puesta en práctica de esos cierres o restricciones. Estos criterios deberían guardar coherencia con las obligaciones internacionales de los Estados en virtud del Reglamento Sanitario Internacional y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, incluido el derecho de toda persona a salir de cualquier país (incluido el suyo) y a no ser privada arbitrariamente del derecho a ingresar en su propio país.

6.3 / REFUGIADOS Y SOLICITANTES DE ASILO

Al comienzo de la pandemia de COVID-19, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) emitió mensajes esenciales de protección destinados a abordar la vulnerabilidad de los solicitantes de asilo, los refugiados y los desplazados internos que se preveía podrían surgir durante la pandemia[405]. Estos mensajes fueron que:

1. los Estados pueden y deben garantizar el acceso al asilo al tiempo que protegen la salud pública;
2. incluso cuando un Estado ha cerrado sus fronteras, deben continuar las actividades de acogida de los solicitantes de asilo y la tramitación de las solicitudes de asilo, concediéndose prioridad a las personas más vulnerables;
3. las restricciones a la libertad de circulación no deben ser arbitrarias ni discriminatorias;
4. las restricciones en cuanto al ejercicio de los derechos no deben mantenerse durante más tiempo del necesario;
5. la salud pública y otras intervenciones deben abordar los riesgos particulares que afectan a los refugiados, los desplazados internos y otros grupos marginados.

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública informan específicamente de los problemas a los que se enfrentan los refugiados y solicitantes de asilo durante la pandemia de COVID-19. Se identifican dos cuestiones principales: 1) si los cierres de fronteras y las restricciones de viaje prohibieron la entrada y/o forzaron el retorno de los refugiados y solicitantes de asilo; y (2) si las solicitudes de asilo se seguían tramitando.

Al comienzo de la pandemia de COVID-19, el ACNUR estimó que, de los 123 Estados que habían cerrado total o parcialmente sus fronteras, 30 Estados no habían contemplado ninguna excepción en cuanto al acceso por parte de los solicitantes de asilo[406]. Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública ofrecen más información sobre esta cuestión. En Australia, los rigurosos cierres fronterizos se aplicaron igualmente a los solicitantes de asilo, a los titulares de visados humanitarios y de condición de refugiados que no habían viajado a Australia (aunque el comisario de la fuerza fronteriza australiana podía conceder exenciones discrecionales)[407]. En otros Estados de la muestra que cerraron fronteras, no había excepciones específicas para los solicitantes de asilo, pero algunos de ellos contemplaron exenciones o excepciones más generales que permitían la entrada por "razones humanitarias" (por ejemplo, Brasil, Colombia y China). Estas excepciones podrían aplicarse a las personas que solicitaban asilo. En España, había excepciones para "personas que acrediten razones de fuerza mayor o situaciones de necesidad, o cuya entrada se permita por razones humanitarias". Se entiende que esta última excepción existía para dar cabida a los solicitantes de asilo[408]. Aunque no se menciona específicamente en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública, otro aspecto importante reside en saber si los cierres y restricciones fronterizos pueden equipararse a una devolución (*refoulement*)[409]. El ACNUR ha identificado este riesgo en el caso de que los Estados rechacen a los solicitantes de asilo en sus fronteras[410].

La otra repercusión principal notificada con respecto a los solicitantes de asilo es el retraso en la tramitación de sus solicitudes. En la República de Corea, por ejemplo, aunque los procedimientos de asilo no se suspendieron, se informó de retrasos en los procedimientos de determinación de la condición de refugiado (incluida la cancelación de las entrevistas de asilo y el aplazamiento de las audiencias judiciales)[411]. En muchos casos, estos retrasos se explican por las dificultades para reorganizar las tareas administrativas durante la pandemia. Sin embargo, las repercusiones de los retrasos pueden ser significativas si, por ejemplo, los solicitantes de asilo no pueden solicitar empleo mientras no se confirme esa condición, o si en vista de ello no pueden acceder a las ayudas del gobierno, como el pago de ayuda de emergencia por desastre nacional[412], o si la demora impide u obstaculiza la reunificación familiar.

RECOMENDACIÓN

1. Las leyes que regulan el cierre de fronteras o las restricciones de viaje como medidas para luchar contra la propagación internacional de enfermedades (u otro riesgo de salud pública) deberían:
    a. cumplir con las obligaciones jurídicas internacionales de los Estados en lo que respecta a los refugiados y solicitantes de asilo, incluido el deber de no devolución;
    b. incluir excepciones (sujetas a las salvaguardias sanitarias adecuadas) por motivos humanitarios para los refugiados, los solicitantes de asilo y demás personas que huyen de un daño irreparable.
2. Los Estados deberían garantizar el acceso al asilo durante una emergencia de salud pública. Las leyes y/o políticas deberían establecer arreglos de contingencia para garantizar que prosigan la acogida de los solicitantes de asilo y la tramitación de las solicitudes de asilo, concediéndose prioridad a las personas más vulnerables.

7 / ALOJAMIENTO PROVISIONAL Y VIVIENDA

7.1 / INTRODUCCIÓN

El informe DPR identifica los principales problemas relacionados con la vivienda y alojamiento provisional durante los desastres, saber, 1) el acceso desigual a la asistencia en materia de alojamiento de emergencia; 2) la falta de terrenos y edificios disponibles para el suministro de alojamientos de emergencia y de transición; y 3) la interrupción de la educación debido al uso de las escuelas como centros de evacuación o alojamiento provisional después de una catástrofe[413]. Las emergencias de salud pública plantean cuestiones esencialmente diferentes en relación con la vivienda y el alojamiento provisional, principalmente debido a que son menos destructivas físicamente. Como demostró la pandemia de COVID-19, durante las emergencias de salud pública las principales preocupaciones son dos. En primer lugar, las personas sin hogar pueden correr un riesgo especial, por ejemplo, porque a) pueden estar hacinadas en un entorno en el cual una enfermedad puede propagarse más fácilmente o b) carecen de acceso a instalaciones de higiene, tratamiento o apoyo. En segundo lugar, los efectos secundarios de una emergencia de salud pública sobre la actividad económica y los medios de vida pueden aumentar el número de personas en riesgo de perder su vivienda. No obstante, los problemas identificados en el informe DPR también pueden surgir si se produce otra catástrofe al mismo tiempo que una emergencia de salud pública, como de hecho ha ocurrido durante la pandemia de COVID-19.

7.2 / CARENCIA DE HOGAR Y PERSONAS SIN TECHO

Aunque algunas de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública, como China, Liberia y Sri Lanka, informan de que no fue necesario tomar medidas con respecto a las personas sin hogar durante la pandemia de COVID-19, la mayoría de los Estados introdujeron medidas para proporcionar alojamiento a las personas sin hogar y/o mejorar el saneamiento. Las medidas adoptadas se dividen en dos grandes categorías: 1) medidas legislativas o nuevos programas o iniciativas que proporcionan una mayor protección a las personas sin hogar; y 2) esfuerzos informales para garantizar que las personas sin hogar puedan beneficiarse de otras medidas sanitarias.

En general, el uso de la legislación u otros instrumentos jurídicos parece ser relativamente infrecuente, aunque se informó de algunos casos. En Mongolia, el Gobierno está obligado a proporcionar alojamiento, alimentos y agua salubre a las personas sin hogar y extremadamente pobres, y a organizar actividades para prevenir infecciones[414]. La legislación también se encuentra a nivel estatal en ciertas jurisdicciones federales: por ejemplo, en el estado brasileño de São Paulo, la legislación permitía a las personas sin hogar ocupar habitaciones de hotel[415].

El suministro de alojamiento a las personas sin hogar durante la pandemia de COVID-19 fue una medida relativamente común pero, para lograrlo, la mayoría de los Estados de la muestra introdujeron nuevos programas o iniciativas, o se basaron en aquellos existentes, en lugar de establecer nuevas leyes. Los gobiernos regionales españoles (comunidades autónomas) establecieron albergues para alojar a las personas sin hogar con el apoyo de fundaciones y organizaciones benéficas locales, tales como la Cruz Roja Española y Cáritas[416]. En Sudáfrica, el organismo sudafricano de seguridad social se encargó de identificar alojamientos provisionales para personas sin hogar que cumplieran con las normas de higiene necesarias. Un ejemplo previo a la pandemia de COVID-19 es el de Sierra Leona, que ofreció viviendas públicas a sus ciudadanos para disminuir la exposición a la fiebre de Lassa[417].

Otros Estados parecen haber combinado la necesidad de encontrar alojamiento -en parte para permitir el autoaislamiento o el distanciamiento social efectivo- con planes a más largo plazo para reducir el desamparo. En Nueva Zelanda, el Gobierno puso a disposición de las personas desamparadas ("sin techo") moteles y otras unidades residenciales de acuerdo con su plan de acción para las personas desamparadas - 2020[418]. En el estado australiano de Victoria, el gobierno estatal trasladó a más de 2 000 personas sin hogar a alojamientos en hoteles[419]. Este paquete se amplió para permitir a que las personas afectadas pudieran seguir una fase de transición a una vivienda a largo plazo[420].

De manera habitual, el apoyo prestado a las personas sin hogar por los Estados de la muestra consistió en asesoramiento específico y la facilidad para el cumplimiento de las medidas sanitarias. El gobierno hondureño estableció un programa social llamado "Operación Honduras Solidaria" para distribuir raciones de alimentos a las personas vulnerables debido a la pandemia de COVID-19, así como gel antibacteriano y mascarillas[421]. La unidad médica especial del Ministerio de Defensa español proporcionó a las personas sin hogar estuches especiales de higiene y raciones de comida a

diario, así como servicios médicos e información general[422]. En la República de Corea, el gobierno trabajó con las organizaciones no gubernamentales en la determinación de carencias en la atención prestada a las personas sin hogar y a los residentes de los asentamientos informales. Los voluntarios de la comunidad también intervinieron para proporcionar apoyo adicional cuando los gobiernos locales carecían de capacidad para hacerlo[423].

Por último, incluso cuando no se mencionan programas oficiales, en algunos de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se comenta que los gobiernos alientan a las personas sin hogar y quienes viven en asentamientos informales a que observen prácticas de saneamiento adecuadas. Por ejemplo, en Liberia se instituyeron servicios de lavado de manos en áreas públicas y el Gobierno de Liberia actualizó su iniciativa existente sobre agua, acceso, saneamiento y salud[424] para incluir mensajes relativos a la pandemia de COVID-19[425].

Al igual que muchas de las medidas adoptadas para mitigar las repercusiones de la pandemia de COVID-19, cabe destacar el número de iniciativas establecidas para apoyar a las personas sin hogar en un lapso relativamente corto. Sin embargo, la mayoría de las medidas fueron reactivas, aunque se basaran en iniciativas preexistentes. En vista de que ahora se conoce los efectos probables de una emergencia de salud pública para las personas sin hogar, estos deberían ser contemplados en los planes, leyes y políticas relativos a las emergencias de salud pública. Se debería garantizar que, en futuras emergencias de salud pública, los Estados estén preparados para incorporar las enseñanzas extraídas de la pandemia de COVID-19 y tomen las medidas necesarias para proteger y apoyar a este sector de la población. Como se ha visto, no es estrictamente necesario que así se lo contemple en la legislación, pero sí que se aborde el tema en otros instrumentos, especialmente en los planes de contingencia.

RECOMENDACIÓN

1. Las necesidades de las personas sin hogar deberían ser reconocidas y atendidas en los marcos nacionales de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública, con inclusión de los planes, leyes y políticas.
2. En los planes de contingencia para emergencias de salud pública se deberían identificar las medidas fundamentales necesarias para proteger a las personas sin hogar en caso de emergencia de salud pública, con inclusión del suministro de alojamiento, atención sanitaria, servicios de saneamiento e información.

7.3 / PÉRDIDA DE VIVIENDA

La mayoría de los Estados de la muestra reconocieron desde una fase temprana que los efectos económicos de la pandemia de COVID-19 podrían conllevar la perdida de medios de vida e incluso de la vivienda en el caso de ciertas personas. Varios Estados de la muestra adoptaron medidas para abordar los problemas relacionados con la vivienda, principalmente en relación con: 1) la incapacidad de los inquilinos y propietarios de viviendas sujetas a una hipoteca para pagar el alquiler o los pagos de la hipoteca; y 2) la necesidad de proteger a las familias de medidas de desahucio o de ejecución hipotecaria cuando, por la pandemia de COVID-19, no pudieran pagar su alquiler o las cuotas de amortización de la hipoteca. Además, en varios Estados de la muestra, la política de vivienda se utilizó como un medio para proporcionar protección adicional a las personas en riesgo de sufrir violencia doméstica. Este aspecto se analiza con más detalle en la sección 8.6.

En Australia, Colombia, Nueva Zelanda, España, el Reino Unido, y los estados de Florida y Nueva York en Estados Unidos de América, se estableció algún tipo de prohibición o periodo de gracia para los desahucios a través de la legislación. Una medida más común, aunque de ninguna manera universal, fue el apoyo financiero a los hogares y a los inquilinos. España se caracterizó por ofrecer un paquete de ayuda que incluyó la suspensión de los pagos del alquiler, la renovación automática de los contratos de arrendamiento que expiraban, y la concesión de microcréditos a los inquilinos que no podían pagar sus alquileres[426]. Se establecieron medidas similares en Colombia, mediante un decreto específico[427] que amplió los acuerdos de arrendamiento y exigió que los propietarios y los arrendatarios concertaran planes para el pago de alquileres. En el momento de su mapeo jurídico de emergencia de salud pública, el gobierno de Sri Lanka examinaba moratorias de las deudas por concepto de préstamos y alquileres[428], y en Honduras fueron congeladas las tasas de financiación[429]. Varios Estados también establecieron fondos para proporcionar asistencia en la financiación de los costos de vivienda, o como parte de paquetes de apoyo más amplios, por ejemplo, el programa de solidaridad bajo el decreto 518 del 4 de abril de 2020, en Colombia[430].

Sudáfrica, 2020. Las actividades de la Cruz Roja Sudafricana en Bloemfontein, Estado Libre, frente al COVID-19 incluyen cocinas móviles, subvenciones sociales, exámenes y pruebas de detección. En Ricklands, la filial ha creado un refugio para personas sin hogar en el Rocklands Hall, donde también ofrecen comidas.
© FICR Moeletsi Mabe

Contrariamente a las medidas establecidas para ayudar a las personas sin hogar, todas estas medidas requerían una legislación. Sin embargo, las medidas parecen haber sido esencialmente reactivas, con poca o ninguna legislación vigente que permitiera a los gobiernos llevar a cabo estas acciones. Como resultado de la pandemia de COVID-19, la legislación habrá aumentado, aunque los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública sugieren que gran parte de la legislación es específica de la pandemia de COVID-19 y, por lo tanto, no sería automáticamente aplicable a una futura emergencia de salud pública. Una vez más, cabe reiterar que, en vista de la probable necesidad de un apoyo similar en futuras emergencias de salud pública, sería sensato que los Estados velaran por dotarse de poderes permanentes para tomar tales medidas y garantizar que el tipo de disposiciones necesarias se incluyan en los planes, leyes y políticas relativos a emergencias de salud pública.

También es importante reconocer las diferencias en cuanto a la tenencia de la tierra y la propiedad de vivienda en los Estados de la muestra. En muchos mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública[431] se señala que la informalidad o la falta de regulación de la titularidad de propiedad en algunos países puede ser un obstáculo para la adopción de medidas más positivas. El informe DPR recomienda que la ley y/o la política prevean la prestación de asistencia en materia de alojamiento de emergencia (es decir, provisional) para las personas afectadas por las catástrofes, en función de la necesidad y no de la situación de propiedad anterior a la catástrofe[432]. Este principio se debería aplicar a otros tipos de asistencia en materia de vivienda durante una emergencia de salud pública.

RECOMENDACIÓN

1. Los Estados deberían considerar la posibilidad de establecer o modificar los planes, leyes y políticas en vigor para determinar el apoyo financiero y de otra índole que se debería proporcionar a las personas que pudieran correr el riesgo de perder su vivienda durante una emergencia de salud pública.
2. Los planes, leyes y políticas deberían garantizar que la vivienda y la ayuda relativa a la vivienda durante una emergencia de salud pública se proporcionen en función de la necesidad y no del régimen de propiedad.

8 / PROTECCIÓN DE LOS GRUPOS VULNERABLES

8.1 / VULNERABILIDAD EN EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

Este capítulo se centra en la protección de grupos específicos que pueden ser especialmente vulnerables a las repercusiones de una emergencia de salud pública, incluidos los efectos secundarios. La Federación Internacional define la vulnerabilidad como 'la disminución de la capacidad de un individuo o grupo para anticipar, afrontar, resistir y recuperarse del efecto de un peligro natural o provocado por la actividad humana'[433]. El concepto de vulnerabilidad es relativo y dinámico. Aunque a menudo se asocia con la pobreza, la vulnerabilidad también puede surgir 'cuando las personas están aisladas, inseguras e indefensas ante el riesgo, el choque o el estrés' o tienen 'una falta de capacidad o recursos para hacer frente a un desastre'. Los factores físicos, económicos, sociales y políticos -incluyendo el racismo, la discriminación y otras formas de exclusión- son importantes determinantes del nivel de vulnerabilidad de las personas y del grado de su capacidad para resistir, afrontar y recuperarse de las amenazas[434].

El informe DPR[435] identifica ocho grupos de personas que, dependiendo de sus circunstancias particulares, pueden ser especialmente vulnerables a los efectos de los desastres: mujeres y niñas; niños, particularmente niños no acompañados y separados; personas mayores; personas con discapacidades; migrantes; grupos indígenas; minorías raciales y étnicas; y minorías sexuales y de género. También destaca que otros grupos (como las minorías religiosas y políticas y las clases o castas marginadas) pueden verse desproporcionadamente afectados por las catástrofes en función del contexto local. El informe DPR sugiere que hay al menos cuatro factores subyacentes que hacen que los grupos vulnerables experimenten un efecto desproporcionado de los desastres: 1) la discriminación directa e indirecta en las actividades de preparación e intervención debido a la marginación social preexistente; 2) la vulnerabilidad de la vivienda y los medios de subsistencia debido a la marginación económica preexistente; 3) las deficiencias físicas, intelectuales, psicosociales y sensoriales que dificultan la huida o el resguardo de los peligros físicos durante una catástrofe; y 4) la exposición a un mayor riesgo de comportamientos violentos, explotadores o perjudiciales de otro tipo durante las catástrofes[436].

Los grupos identificados en el informe DPR pueden ser tan vulnerables durante una emergencia de salud pública como en otros tipos de desastres. Como ha dejado patente la pandemia de COVID-19, la transmisión y la enfermedad grave de una nueva enfermedad puede ser mucho mayor entre los grupos vulnerables, como las minorías raciales y étnicas, las comunidades indígenas, los migrantes y las personas con un estatus socioeconómico más bajo, como resultado de una mayor exposición, un menor acceso a medidas de salud pública (adecuadas y adaptadas) y/o desigualdades sanitarias preexistentes.

Sin embargo, las emergencias de salud pública también pueden generar otras categorías de personas vulnerables. Evidentemente, los más vulnerables son aquellos que son especialmente susceptibles a la enfermedad específica (u otro riesgo para la salud) que provoca la emergencia de salud pública. La naturaleza de las emergencias de salud pública también pone en mayor riesgo a quienes prestan asistencia sanitaria y social. Aunque es poco probable que los escolares corran el riesgo de contraer una enfermedad grave a causa de la pandemia de COVID-19, la pandemia demuestra el grave efecto que una emergencia de salud pública puede tener, no obstante, en este grupo si las escuelas están cerradas físicamente. Por último, una emergencia de salud pública puede tener un efecto en los migrantes y grupos raciales y étnicos marginados, que pueden encontrar dificultades para acceder a la atención sanitaria y al apoyo.

Estos y otros grupos serán considerados en este capítulo. No obstante, conforme se señala en el informe DPR[437], diversos principios y recomendaciones se aplican de forma general a la protección de los grupos vulnerables. Estos principios se aplican igualmente a las emergencias de salud pública. Además, tienen validez para los ocho grupos vulnerables identificados en el informe DPR y para los grupos adicionales identificados en este capítulo. Varios de los principios han sido ya mencionados en el contexto de los elementos clave de un marco de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública (capítulo 4) y las siguientes recomendaciones, por lo tanto, se superponen en cierta medida con las recomendaciones formuladas en este.

RECOMENDACIÓN

1. Los planes, leyes y políticas nacionales de gestión de riesgos relativos a las emergencias de salud pública deberían:
   a. ser suficientemente amplios y flexibles como para proteger a todas las personas afectadas por una emergencia de salud pública y satisfacer sus necesidades;
   b. prever la participación y la representación, en todas las fases de la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública, de:
      i. grupos que pudieran ser particularmente vulnerables ante las repercusiones de las emergencias de salud pública;
      ii. los organismos y organizaciones (i.a. organismos de atención social, Sociedades Nacionales) cuya función incluya el cuidado o la protección de esos grupos de personas;
   c. prohibir la discriminación (directa e indirecta) con respecto a todos los elementos de la gestión de riesgos de emergencias de salud pública;
   d. tener en cuenta -y, según el caso, incorporar- los principios, directrices, normas e instrumentos existentes elaborados por la comunidad humanitaria internacional para la protección y la inclusión de los grupos vulnerables.
2. Los planes de contingencia de emergencia de salud pública deberían abordar las necesidades específicas y adicionales de los grupos vulnerables durante las emergencias de salud pública.
3. Las actividades de preparación e intervención ante emergencias de salud pública deberían ser igualmente accesibles para los grupos vulnerables y, según sea necesario, deberían ser adaptadas para satisfacer las necesidades específicas y adicionales de esos grupos.

El informe DPR también hace recomendaciones específicas y detalladas con respecto a cada uno de los grupos vulnerables que identifica. Dada su extensión y complejidad, estas recomendaciones no se repiten todas en este Informe, pero son igualmente aplicables cuando los grupos concretos se ven afectados por una emergencia de salud pública. Cuando es pertinente, estas recomendaciones se reiteran en este capítulo.

8.2 / PERSONAS EXPUESTAS A RIESGOS DERIVADOS DE LA ENFERMEDAD

No cabe duda de que las personas más vulnerables de forma inmediata durante cualquier emergencia de salud pública son los individuos susceptibles de contraer la enfermedad de que se trate (u otro riesgo para la salud). Aunque las personas mayores y quienes tienen problemas de salud subyacentes son particularmente vulnerables ante la pandemia de COVID-19, diferentes enfermedades pueden infectar o afectar a diferentes grupos. Por ejemplo, los adultos jóvenes estuvieron expuestos a particular riesgo durante la pandemia de influenza en 1918, mientras que las mujeres embarazadas y sus hijos no nacidos corrieron un riesgo especial durante los brotes del virus del Zika. Otras enfermedades, como la enfermedad por el virus del Ébola, han sido menos selectivas en su efecto. La resistencia a los antimicrobianos es un ejemplo de peligro sanitario indiscriminado, que puede afectar a poblaciones enteras más que a grupos específicos. Por lo tanto, es importante que los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública sean lo suficientemente flexibles como para dar cabida a la noción de que diferentes grupos pueden ser particularmente susceptibles a un determinado riesgo de salud pública que variará de una emergencia de salud pública a la siguiente. (Aunque, como ya se ha comentado, es previsible que ciertos grupos "conocidos" como vulnerables se vean normalmente afectados de forma desproporcionada).

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública proporcionan información sobre las leyes y políticas que los gobiernos introdujeron para proteger a las personas que eran particularmente susceptibles a la pandemia de COVID-19[438]. Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública denotan que la mayoría de los Estados de la muestra reconocen la necesidad de proporcionar una protección especial a las personas más expuestas al riesgo de infección o enfermedad, aunque se adoptan muchos enfoques diferentes. También demuestran que las medidas adoptadas para proteger a los grupos más susceptibles deben lograr un delicado equilibrio entre 1) garantizar que

dichos grupos estén protegidos al máximo y 2) evitar la violación de sus derechos fundamentales. El blindaje, o el aislamiento voluntario u obligatorio de las personas en riesgo durante la pandemia de COVID-19, es donde este acto de equilibrio fue más evidente. El estado de Nueva York aplicó la "Ley Matilda", que obligaba a las personas de 70 años o más, y a las que tenían el sistema inmunitario comprometido o enfermedades subyacentes, a permanecer en casa. Si bien es evidente que estas medidas se adoptan por el interés médico de las personas protegidas, plantean cuestiones relativas a los derechos de libertad de movimiento, asociación y vida familiar de las personas afectadas.

En otros Estados de la muestra, se adoptó un enfoque menos directivo para proteger a los grupos vulnerables durante la pandemia de COVID-19. Esto se logró a veces mediante leyes, pero más a menudo a través de la introducción de políticas que ofrecían un mayor apoyo, como la entrega de medicamentos a domicilio a personas mayores, personas con enfermedades crónicas y personas que viven solas.[439] En Brasil se introdujeron medidas que permitían a los empleados estatales de los grupos de riesgo trabajar desde casa. Se introdujeron ordenanzas[440] para proteger a los indígenas brasileños, un grupo especialmente susceptible debido a factores como el estilo de vida, la falta de acceso a sistemas eficaces de vigilancia y alerta temprana, y la insuficiencia de los servicios sanitarios y sociales. Las ordenanzas introdujeron mayores restricciones al acceso de visitantes externos a las zonas indígenas, el establecimiento de hospitales temporales cerca de las comunidades indígenas, un acceso más rápido a las pruebas de la pandemia de COVID-19, y la donación de productos de higiene[441].

RECOMENDACIÓN

1. Los planes, leyes y políticas relativos a las emergencias de salud pública deberían ser lo suficientemente flexibles como para contemplar la particular susceptibilidad de diferentes grupos a un determinado riesgo de salud pública que podría variar de una emergencia de salud pública a otra.
2. Las leyes, políticas y medidas prácticas destinadas a la protección de las personas más expuestas a las consecuencias directas de una emergencia de salud pública deberían:
   a. tener en cuenta los derechos de las personas afectadas y ser coherentes con estos;
   b. reflejar las circunstancias de los grupos específicos que son objeto de protección;
   c. estar limitadas en el tiempo y ser proporcionales a la amenaza para la salud pública, en la medida en que interfieran con los derechos fundamentales.

8.3 / PERSONAS DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDADES U OTRAS CONDICIONES DE SALUD SUBYACENTES

En el informe DPR[442] se identifican dos grupos de personas particularmente vulnerables en casos de desastres, esto es las personas de edad y las personas con discapacidades o que sufren de enfermedades[443]. Aunque estos grupos tienen características y necesidades distintas, se consideran conjuntamente, ya que muchos de los problemas identificados con respecto a una emergencia de salud pública son comunes a ambos grupos. En el caso de las catástrofes no relacionadas con la emergencia de salud pública, las personas mayores o las personas con discapacidades o enfermedades pueden ser más vulnerables porque sus necesidades se han pasado por alto en la planificación e intervención en caso de catástrofe. Los factores asociados a su edad, discapacidad o enfermedad también pueden hacer que corran un mayor riesgo de verse afectados por una catástrofe. Estos factores incluyen la movilidad física, la disminución de la conciencia sensorial, las necesidades nutricionales especiales, el aislamiento social y las limitaciones económicas[444].

Además, en una emergencia de salud pública causada por una infección o enfermedad, estos grupos pueden ser adicionalmente vulnerables porque su edad, discapacidad o enfermedad pueden hacerlos más susceptibles a la propia enfermedad. Algunas de las medidas adoptadas para proteger a las personas de una emergencia de salud pública -como la protección o las órdenes de permanencia obligatoria en el hogar- también pueden afectar de forma desproporcionada a las personas mayores o a las personas con discapacidades o enfermedades. Incluso si no se ven afectados por la enfermedad en sí, como se ha visto durante la pandemia de COVID-19, estos grupos pueden verse especialmente afectados por la imposibilidad de acceder a sus servicios normales de atención sanitaria o social.

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública proporcionan cierta información sobre el efecto de las emergencias de salud pública (aunque en la mayoría de los casos, sólo la pandemia de COVID-19) en las personas mayores y las personas con discapacidad o enfermedad. Parece que, en general, no se han necesitado nuevas leyes durante la pandemia de COVID-19. En su lugar, los gobiernos pusieron en marcha distintos tipos y niveles de paquetes de apoyo o asistencia. En Brasil, por ejemplo, el gobierno federal proporcionó asistencia financiera a los hogares de ancianos, casas de reposo y otras instituciones dedicadas al cuidado de las personas mayores[445]. En España se destinó un fondo de contingencia de 300 millones de euros para garantizar la atención, el apoyo, la seguridad y el acceso a los alimentos, especialmente para las personas mayores y las personas con discapacidad[446]. En Colombia, las personas con discapacidad están sujetas a protecciones constitucionales especiales [447] para garantizar el acceso a la atención sanitaria. En este sentido, se publicaron los "Lineamientos de prevención del contagio por coronavirus (COVID-19) y atención en salud para las personas con discapacidad, sus familias, las personas cuidadoras y agentes del sector salud"[448]. En Sierra Leona, la comisión nacional de acción social distribuyó bolsas de arroz, pequeños pagos y otros equipos a las personas con discapacidad en las ciudades cabeceras de distrito y la divulgación a las personas con discapacidad continúa. Los paquetes de medidas más amplios fueron probablemente los comunicados en Australia[449], aunque estos no parecen haber estado supeditados a una legislación.

Algunas de las intervenciones en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no son, sin embargo, tan positivas. Algunos mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública expresan su preocupación por las deficiencias en la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad (no sólo en relación con la pandemia de COVID-19, sino también en anteriores emergencias de salud pública). En particular, identifican las barreras de acceso a la información, la atención sanitaria y las pruebas durante la pandemia de COVID-19. Emiratos Árabes Unidos trató de mitigar estos problemas organizando laboratorios móviles de análisis y poniendo en marcha un programa de visitas médicas a domicilio para personas con enfermedades crónicas. También inició una campaña nacional de concienciación en vídeo con instrucciones en lenguaje de signos e impresiones en braille para los invidentes, tanto en árabe como en inglés[450]. En otros Estados, sin embargo, se identifica a las personas con discapacidad como especialmente aisladas y, en Liberia, se describe que sufren inseguridad alimentaria como consecuencia de la pandemia de COVID-19.[451] Por último, un problema identificado en varios Estados es el tratamiento de las personas mayores en las residencias y su capacidad restringida para acceder a los servicios de salud o, en un caso, ser admitido en el hospital.

Conforme se señala en el informe DPR[452], las normas humanitarias previstas para el tratamiento de las personas mayores y las personas con discapacidad durante las catástrofes se recogen en las Normas de inclusión humanitaria para personas mayores y personas con discapacidad[453]. Cuando proceda, estas normas deberían aplicarse también a las emergencias de salud pública.

RECOMENDACIÓN

1. Los planes, leyes y políticas relativos a las emergencias de salud pública deberían:
    a. prever las necesidades específicas de las personas mayores y de las personas con discapacidades o enfermedades en caso de emergencia de salud pública, independientemente del hecho de que estas personas estén:
        i. en riesgo directo debido a la infección o a la enfermedad en cuestión;
        ii. en riesgo indirecto debido a los efectos secundarios de una emergencia de salud pública;
    b. garantizar la participación y la representación de las personas mayores y de las personas con discapacidad o que sufren una enfermedad, en todas las fases de la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública;
    c. garantizar que las personas mayores y las personas con discapacidad tengan acceso a la información y al apoyo proporcionados durante una intervención de emergencia de salud pública;
    d. prever la continuidad de la atención sanitaria y social para las personas mayores y las personas con discapacidad o enfermedad, durante las emergencias de salud pública;
    e. tener en cuenta las normas y directrices internacionales pertinentes, entre otras las Normas humanitarias de inclusión para personas mayores y personas con discapacidad y la Carta sobre la inclusión de las personas con discapacidad en la acción humanitaria.

8.4 / PROTECCIÓN DEL AMPLIO ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

la pandemia de COVID-19 ha demostrado que la capacidad de la población en general para acceder a la atención sanitaria por motivos no relacionados con la infección o la enfermedad que es el centro de una emergencia de salud pública puede verse considerablemente afectada durante una emergencia de salud pública. Aunque esto afecta de forma desproporcionada a las personas mayores y a las personas con discapacidades o enfermedades, puede ser un problema para todos los que necesitan acceder a la asistencia sanitaria. Un ejemplo es la paralización de los programas de malaria durante la pandemia de COVID-19[454]. De forma un tanto sorprendente, el informe de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública dice que no hubo grandes problemas de acceso a la atención sanitaria general durante la pandemia de COVID-19. Esto puede deberse a que los mapeos jurídicos se centraron en las leyes vigentes, que pueden no contener restricciones al acceso a la asistencia sanitaria. Sin embargo, durante la pandemia de COVID-19 se ha informado ampliamente de problemas de acceso a la atención sanitaria como consecuencia de la reordenación o desviación de los servicios de atención sanitaria para centrarse en la pandemia de COVID-19, el temor a contraer la pandemia de COVID-19 en entornos sanitarios y las restricciones de confinamiento.

Puede que el problema no sea la presencia de leyes, sino la falta de leyes que protejan el derecho a la salud. De hecho, el derecho a la salud se menciona en pocos de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública. Se aplica con respecto al tratamiento de la infección o la enfermedad que constituye el núcleo de una emergencia de salud pública propiamente dicha, pero también tiene una aplicación mucho más amplia. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se reconoce "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" y se incluye el requisito de que todos los Estados adopten las medidas necesarias para la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas y para la "creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad"[455]. En la constitución de la Organización Mundial de la Salud se estipula 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 grado de reconocimiento de este derecho en los marcos nacionales de legislación y gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública no está claro en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública, pero es un factor esencial que los Estados deben tener en cuenta como parte de la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública.

En los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública se informa de las barreras informales para acceder a la asistencia sanitaria, aunque, como éstas se refieren principalmente a los grupos minoritarios, se consideran en la sección 8.8 más adelante. Sin embargo, también se identificaron barreras más generales. El creciente uso de la tecnología y los medios sociales para proporcionar información sanitaria al público perjudica potencialmente a quienes no tienen acceso a la tecnología o a quienes no están familiarizados con su uso. La desconfianza hacia los profesionales de la salud es otra barrera informal. Por ejemplo, el mapeo jurídico de emergencia de salud pública de la República Democrática del Congo, informó de que la disposición de las personas a comprometerse con las autoridades sanitarias se había visto obstaculizada por las experiencias durante el brote de ébola en 2018[456].

RECOMENDACIÓN

1. Las leyes, políticas y planes nacionales de gestión de riesgos relativos a las emergencias de salud pública deberían:
   a. abordar la continuidad de los servicios de atención sanitaria general durante una emergencia de salud pública para garantizar que la población pueda recibir tratamiento para afecciones o enfermedades no relacionadas con la emergencia de salud pública;
   b. tener en cuenta la importancia del acceso a la asistencia sanitaria y el derecho a la salud;
   c. establecer medidas para minimizar las barreras informales de acceso a la atención sanitaria.

8.5 / PERSONAS EXPUESTAS A RIESGOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

El informe DPR reconoce que la marginación económica preexistente puede aumentar la vulnerabilidad a las catástrofes: las viviendas y los medios de vida vulnerables pueden exponer a las personas a efectos más graves (por ejemplo, mortalidad, morbilidad, pérdidas económicas).[457] En una emergencia de salud pública, hay factores adicionales: por ejemplo, la transmisión puede ser mayor entre las personas con un estatus socioeconómico bajo, la pobreza puede ser una barrera para acceder a la atención sanitaria (especialmente en Estados cuyos sistemas de atención sanitaria están gestionados principalmente por proveedores privados), o las medidas adoptadas para hacer frente a la emergencia de salud pública pueden afectar de forma desproporcionada a las personas con ingresos bajos o nulos. Un ejemplo de los mapeos jurídicos de la emergencia de salud pública en Honduras es la falta de refrigeradores en los hogares de bajos ingresos y la consiguiente incapacidad para almacenar alimentos, lo que significa que estos hogares se ven afectados de forma desproporcionada por los toques de queda y el confinamiento. Si las personas de estos hogares no pueden salir de casa, no pueden obtener alimentos frescos y es más probable que se queden sin alimentos[458].

La pandemia de COVID-19 ha demostrado que las emergencias de salud pública pueden tener un efecto económico superior al previsto en el informe DPR. Una de las características más significativas de la pandemia han sido las consecuencias económicas de las medidas adoptadas para minimizar el efecto directo de la enfermedad. Los confinamientos, los toques de queda, las limitaciones en los horarios de funcionamiento y las restricciones de viaje han tenido graves repercusiones económicas en las empresas y los trabajadores. En abril de 2020, la Organización Internacional del Trabajo pronosticó que a nivel mundial la pandemia de COVID-19 podría causar el equivalente a 195 millones de pérdidas de empleo[459]. Evaluó que casi 2 700 millones de trabajadores se vieron afectados por los confinamientos, siendo los sectores más perjudicados: alimentación y alojamiento, comercio minorista y mayorista, servicios empresariales y administración e industria. Preocupa especialmente el efecto en los 2.000 millones de personas que trabajan en la economía informal en todo el mundo[460]. Estas cifras reflejan el carácter global de la pandemia de COVID-19, pero el efecto económico de emergencias de salud pública mucho más localizadas puede ser igual de grave para las comunidades afectadas. Por ejemplo, el Banco Mundial estimó que el brote de ébola redujo casi a la mitad el número de habitantes que gozaban de empleo[461]. En el Caribe, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) estimó en 2017 que la pérdida de ingresos del turismo a causa del virus del Zika podría ascender a 10 500 millones de dólares en tres años, y que el principal efecto recaería desproporcionadamente en los países más pobres de la región[462].

Casi sin excepción, los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública muestran que los Estados de la muestra respondieron a la pandemia de COVID-19 poniendo en marcha diversos paquetes de apoyo financiero para empresas y particulares. El gran número de medidas diferentes notificadas significa que -aunque los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública aportan pruebas importantes de los tipos de apoyo ofrecidos- un análisis exhaustivo de las medidas introducidas queda fuera del alcance de este Informe, especialmente porque la mayoría no se introdujeron utilizando la legislación u otros instrumentos jurídicos.

La forma de apoyo más comúnmente reportada fue la proporcionada a las empresas para ayudarlas a sobrevivir a cualquier receso debido a la pandemia de COVID-19 y evitar que tuvieran que despedir a sus empleados. Se introdujeron planes de despido en varios Estados de la muestra y su detalle puede verse en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública[463]. Otras medidas gubernamentales incluyeron la exención o el aplazamiento del pago de impuestos. En Sudáfrica, por ejemplo, un proyecto de ley de administración de alivio fiscal por gestión de catástrofes preveía el aplazamiento del pago de impuestos provisionales por parte de los contribuyentes y las microempresas que cumplieran los requisitos, sin que el servicio tributario sudafricano impusiera multas o intereses como consecuencia de la reducción del pago. También se realizaron intervenciones menos directas mediante la colaboración de los gobiernos con los bancos para proporcionar nuevas formas de financiación, a menudo en condiciones ventajosas, o para flexibilizar los acuerdos de préstamo o crédito existentes. Los mapeos jurídicos de emergencia de salud pública de Liberia indica la adopción de medidas específicas para hacer frente a una caída global de las remesas enviadas por los emigrantes como consecuencia de la pandemia de COVID-19[464], así como para mitigar las repercusiones en la industria agrícola y, por ende, en los medios de vida de muchos liberianos.

Como se ha comentado en la sección 7.3, una de las consecuencias del efecto económico de la pandemia de COVID-19 fue la reducción de la capacidad de los hogares para seguir pagando el alquiler o la hipoteca. En respuesta, se introdujo algún tipo de prohibición o periodo de gracia sobre los desahucios a través de la legislación en varios de los Estados de la muestra. Además, según el Banco Mundial, 81 países promulgaron ayudas a los servicios públicos y

a las obligaciones financieras, incluyendo exenciones y aplazamientos[465], y la Organización Internacional del Trabajo registró que 86 países habían ofrecido medidas de protección social de la vivienda mediante, por ejemplo, la concesión de amnistías para las facturas de agua y electricidad[466].

En la mayoría de los casos, estas medidas tuvieron que crearse rápidamente en intervención a la pandemia de COVID-19. Aunque inevitablemente habrá habido fallos en estas iniciativas, el número que se puso en marcha y la rapidez con la que se establecieron es notable. Sin embargo, esto apunta a la necesidad -como ya se ha recomendado en otras partes de este Informe- de 1) la inclusión de organismos u organizaciones que puedan ser llamados a prestar apoyo económico o financiero en los acuerdos de preparación de la emergencia de salud pública; y 2) que se establezcan leyes y/o políticas permanentes que puedan activarse cuando se produzca una emergencia de salud pública, en lugar de tener que crearse al llegar una emergencia de salud pública. Por ejemplo, en un par de los Estados de la muestra[467], existen disposiciones permanentes para los fondos de ayuda de emergencia que fueron activados cuando fue necesario durante la pandemia de COVID-19.

RECOMENDACIÓN

1. Los planes, leyes y políticas nacionales de gestión de riesgos relativos a las emergencias de salud pública deberían:
   a. prever el apoyo financiero a las empresas y los hogares en caso de que una emergencia de salud pública tenga efectos económicos significativos, concediéndose prioridad a las personas más vulnerables y económicamente marginadas;
   b. garantizar la participación y/o la representación de los organismos y organizaciones cuya intervención pueda ser necesaria para proporcionar apoyo económico y financiero durante una emergencia de salud pública, en todas las fases de la gestión de riesgos relativos a las emergencias de salud pública

8.6 / PROTECCCIÓN DE LAS PERSONAS EXPUESTAS A RIESGO DE VIOLENCIA

la mayoría de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública registran que los incidentes de violencia doméstica (incluida la violencia de pareja y la violencia contra los niños) aumentaron durante la pandemia de COVID-19. Esto se basa en gran medida en los informes de prensa sobre un aumento del número de casos denunciados a la policía u otras autoridades y/o llamadas a organizaciones de apoyo ante la violencia doméstica[468]. Como se comenta en el mapeo jurídico de emergencia de salud pública de China, muchas personas no pudieron escapar de la violencia o los abusos ni buscar la protección de sus familiares y amigos debido a las restricciones de movimiento. Además, el cierre de las escuelas puede haber eliminado una de las principales protecciones para los niños contra el abuso infantil: con tantos niños educados en casa, los profesores no pudieron supervisar su bienestar tan fácilmente, si es que lo hicieron, y detectar e informar de cualquier signo de abuso. Aunque muy pocos mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública comentan la situación en emergencias de salud pública anteriores, el mapeo jurídico de emergencia de salud pública de Sierra Leona señala que el brote de ébola tuvo un importante efecto perjudicial en la vida de los niños. Miles de niñas quedaron en situación de vulnerabilidad debido a las duras repercusiones económicas de la pandemia, lo que dio lugar a relaciones sexuales a cambio de alimentos y otros artículos de primera necesidad, violaciones y otras formas de sexo abusivo, y un aumento de los embarazos en adolescentes.

Varios Estados de la muestra adoptaron medidas legislativas específicas para abordar estos problemas. El decreto 460 emitido en Colombia, el 22 de marzo de 2020, dispuso la creación de *comisarías de familia* para hacer frente a la violencia familiar durante el estado de emergencia[469]. Los alcaldes y gobernadores en Colombia recibieron instrucciones para que pusieran recursos a disposición de las personas que solicitaran asistencia y para que adoptaran medidas inmediatas y urgentes para la intervención ante casos de violencia doméstica y maltrato infantil[470]. A tenor de la Ley 14.222, del 7 de julio de 2020, se puso en marcha en Brasil un sistema de intervención ante el aumento de la violencia doméstica tras el brote de la pandemia de COVID-19. Se aspiraba a garantizar los servicios públicos para hacer frente a la violencia doméstica y a prestar asistencia a las víctimas, aunque fuera a distancia. La ley también clasificó como "urgente" cualquier asunto relacionado con la violencia doméstica y/o la protección de los niños durante

la emergencia de la pandemia de COVID-19, con el fin de acelerar la asistencia y el apoyo[471]. Asimismo, en Mongolia, se pidió al Gobierno que tomara medidas para intensificar la prevención de la violencia doméstica, prestar servicios a los afectados, y realizar las inversiones necesarias para la financiación de alojamiento provisional y servicio de asistencia telefónica ininterrumpida las 24 horas del día[472].

Otros Estados parecen haber tomado medidas menos formales, basándose generalmente en la legislación o los programas existentes o proporcionando financiación adicional. España, por ejemplo, utilizó los mecanismos existentes contra la violencia de género. En Australia, el gobierno federal proporcionó fondos para apoyar a las víctimas de violencia doméstica, familiar y sexual durante la pandemia de COVID-19. En Honduras, se movilizaron recursos para apoyar a las personas sujetas a situaciones de violencia, principalmente con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, de instituciones públicas y organizaciones sin ánimo de lucro. En la República Democrática del Congo, en intervención ante el aumento de la violencia por motivos sexuales y de género, el ACNUR reforzó las medidas específicas de sensibilización, incluyendo mensajes sobre la protección contra la violencia por motivos sexuales y de género y sobre cómo los afectados pueden acceder a los servicios.

Uno de los problemas más importantes a los que se enfrentan las personas afectadas por la violencia y el maltrato domésticos es garantizar la capacidad de escapar durante la acogida obligatoria en el hogar o el confinamiento. Algunos de los Estados de la muestra incluyeron exenciones a las normas de confinamiento para permitir a las personas en riesgo moverse de su casa y, también, cuando esto estaba prohibido, permanecer fuera de su lugar de residencia[473]. En el Reino Unido, por ejemplo, la legislación original que implementaba sus restricciones de confinamiento incluía una exención expresa que permitía a una persona abandonar su hogar para "evitar una lesión o enfermedad o para escapar de un riesgo de daño".

El riesgo de protección de los niños por el cierre de las escuelas no se menciona en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública, excepto en la de Sierra Leona. Aprovechando la experiencia previa con el brote de ébola, Sierra Leona elaboró un plan de intervención de emergencia educativa que incluía estrategias destinadas a contrarrestar los riesgos de protección infantil que se derivan del cierre de escuelas (por ejemplo, el aumento de la violencia contra los niños, la violencia de género, la explotación sexual y el matrimonio infantil)[474]. Las repercusiones negativas del cierre físico de las escuelas en los niños se analizan con más detalle en el apartado 8.7.

El informe DPR reconoce que la violencia doméstica tiende a aumentar durante las catástrofes y a poner a prueba los servicios de protección existentes. Se refiere a la investigación que ha encontrado que los servicios de protección tienden, sin embargo, a no tener planes de contingencia para asegurar la continuidad de los servicios durante los desastres. El informe DPR hace varias recomendaciones basadas en estos hallazgos[475]. Como se ha señalado anteriormente, el riesgo de que aumente la violencia doméstica puede ser incluso mayor en una emergencia de salud pública, en comparación con otros tipos de catástrofes. Por consiguiente, las recomendaciones del informe DPR también son pertinentes para las emergencias de salud pública, aunque podría decirse que son aún más importantes en este contexto.

RECOMENDACIÓN

1. 1) Las leyes y/o políticas deberían exigir a los organismos responsables de los servicios de prevención y protección de la violencia doméstica o familiar que desarrollen planes de contingencia destinados a garantizar la continuidad de los servicios durante las emergencias de salud pública.
2. 2) Los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública (incluidos los planes de contingencia, las leyes y políticas) deberían contemplar disposiciones que permitan a las personas en riesgo de violencia doméstica acceder a alojamiento o vivienda provisional y otros servicios de protección durante una emergencia de salud pública.
3. 3) Las leyes que impongan restricciones de confinamiento durante una emergencia de salud pública deberían permitir expresamente que las personas que sufren, o corren el riesgo de sufrir violencia doméstica, puedan:
    a. a) salir y/o permanecer fuera de su hogar o de su lugar de residencia;
    b. b) acceder a los servicios de protección y de salud mental y apoyo psicosocial.

8.7 / ESCOLARES

La escolarización puede verse interrumpida durante la mayoría de los tipos de catástrofes. Las escuelas pueden ser utilizadas como alojamiento provisional durante las catástrofes, y también pueden sufrir daños físicos a causa de estas. Los países están -o deberían estar- acostumbrados a gestionar el efecto de una emergencia o catástrofe en las escuelas y la interrupción de la educación que puede resultar. La principal diferencia con las emergencias de salud pública, como ha ilustrado la pandemia de COVID-19, es que la interrupción puede ser mucho más amplia y de mayor duración.

Sin excepción, los Estados de la muestra cerraron las escuelas al comienzo de la pandemia de COVID-19 y la mayoría pasó a la enseñanza en línea. La UNESCO informó de que en mayo de 2020 se produjeron cierres de escuelas en 160 países que afectaron a más de 1 150 millones de alumnos.[476] La pandemia de COVID-19 no fue la única que provocó el cierre de escuelas. El brote de ébola tuvo un efecto en la educación en Liberia y Sierra Leona y bien puede haber influido en las medidas que esos Estados tomaron durante la pandemia de COVID-19. Por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19 el gobierno de Sierra Leona estableció un grupo de trabajo de emergencia educativa para mitigar el efecto de la pandemia en los niños y el aprendizaje y elaboró un plan de intervención ante la emergencia educativa a la pandemia de COVID-19 relativamente pronto[477]. El plan pretendía, entre otras cosas, promover la continuidad de la enseñanza. Se esbozaron estrategias para reducir el abandono escolar y contrarrestar los riesgos de protección de la infancia que se derivan del cierre de las escuelas (por ejemplo, el aumento de la violencia contra los niños, la violencia de género, la explotación sexual y el matrimonio infantil). El Ministerio de Educación de la República Democrática del Congo, con el apoyo de UNICEF, también elaboró un plan nacional de intervención educativa[478].

La repercusión más obvia del cierre de escuelas, esto es la falta de enseñanza, fue abordada en la mayoría de los Estados de la muestra por la enseñanza o el aprendizaje en línea. Sin embargo, la forma de lograrlo varió de un Estado a otro. En algunos Estados, se utilizó la legislación para facilitar la transición al aprendizaje en casa. Por ejemplo, en Brasil, la ordenanza 343, del 17 de marzo de 2020, dispuso la sustitución temporal de las clases presenciales por la enseñanza virtual dentro del sistema educativo nacional, permitiendo a los niños el acceso continuo a los contenidos escolares[479]. En Mongolia, mediante una resolución se suspendió todo tipo de formación en aulas en las instituciones académicas de todo nivel hasta el 1 de septiembre de 2020[480]. En otros Estados, no obstante, la transición a la enseñanza en línea no fue objeto de legislación.

La transición a la enseñanza en línea no fue universal. En primer lugar, se basó en la suposición de que existía la capacidad de pasar del aprendizaje físico al remoto. Es poco probable que esto sea una opción cuando, como informa el mapeo jurídico de emergencia de salud pública de Honduras, el sistema educativo del país ya tenía dificultades para ofrecer una educación universal. En segundo lugar, el aprendizaje en línea requiere equipamiento e infraestructura. El desarrollo, a gran velocidad, de recursos integrales de aprendizaje digital requiere el acceso a la tecnología necesaria. En Honduras, se calcula que de los 2,9 millones de estudiantes, cerca de la mitad no recibió ninguna clase durante la pandemia de COVID-19 debido a la falta de ordenadores o de conexión a internet en casa [481]. Los Estados de la muestra adoptaron una serie de medidas para solucionar estos problemas, como el préstamo de ordenadores portátiles o el uso de métodos de comunicación (por ejemplo, la radio) que no dependían de la tecnología moderna[482].

Es importante reconocer que, incluso cuando el aprendizaje en el hogar está en marcha, si los niños no pueden asistir físicamente a la escuela durante períodos significativos de tiempo, puede tener efectos adversos significativos en su educación, desarrollo social y salud física y mental. Los niños que dependen de las comidas escolares gratuitas o con descuento para su alimentación y nutrición saludable pueden verse especialmente perjudicados. Los padres con recursos educativos limitados, o que tienen que teletrabajar, pueden tener dificultades para facilitar o apoyar el aprendizaje en casa, y los niños pequeños pueden carecer de la madurez y capacidad para adherirse al aprendizaje en línea. También expone potencialmente a los niños a un mayor riesgo de abuso porque pueden verse obligados a pasar todo el día en un hogar abusivo y ya no están en clases donde los profesores pueden supervisar su bienestar. Otra consecuencia del cierre de las escuelas -y de ahí la importancia fundamental de integrar la educación en la planificación o preparación de las emergencias de salud pública- es el efecto del cierre de las escuelas en los padres, que pueden verse incapaces de trabajar u obtener suministros esenciales si tienen que quedarse en casa para cuidar o educar a sus hijos. Por estas razones, la posición de la OMS, el UNICEF y la UNESCO -así como de muchos gobiernos nacionales- es que las escuelas deberían ser el último lugar en cerrar y el primero en reabrir.

Este Informe ya ha considerado la importancia de incluir al sector educativo -y al sector escolar en particular- en los marcos de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública para garantizar que los efectos en la educación se anticipen y planifiquen en las actividades de preparación para emergencias de salud pública (véase la sección 4.5). El análisis anterior refuerza esas recomendaciones.

RECOMENDACIÓN

1. Los planes, leyes y políticas para la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública deberían establecer el principio de que el cierre de escuelas debe ser el último recurso durante las emergencias de salud pública y ser congruentes con ese principio.
2. Los planes, leyes y políticas nacionales de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública deberían permitir la participación y la representación de las escuelas y autoridades escolares en todas las fases de la gestión de riesgos de emergencias de salud pública.
3. Las leyes y/o políticas deberían exigir a las autoridades escolares y, en su caso, a los centros educativos particulares, que mantengan planes de contingencia para hacer frente a los problemas que pudieran surgir durante una emergencia de salud pública, con inclusión de:
    a. la determinación de medios alternativos para impartir la enseñanza si las escuelas debieran cerrar físicamente;
    b. la atención de las necesidades de los niños que puedan tener dificultades para acceder a una enseñanza alternativa;
    c. la identificación de medidas prácticas (por ejemplo, protocolos de bioseguridad) para permitir que las escuelas permanezcan abiertas (o vuelvan a abrir) durante una emergencia de salud pública.

8.8 / MIGRANTES Y GRUPOS RACIALES Y ÉTNICOS MARGINADOS

El informe DPR considera que los migrantes y los grupos raciales y étnicos marginados corren el riesgo de verse afectados de forma desproporcionada por una catástrofe debido a la discriminación y la marginación económica. La discriminación en la preparación para las catástrofes y la intervención no sólo puede ser directa, sino también indirecta cuando los programas y las medidas no se adaptan a las necesidades específicas de estos grupos, por ejemplo, al no proporcionar información sobre los riesgos y advertencias en diversos idiomas. Los migrantes irregulares pueden correr un riesgo especialmente elevado debido a que no pueden acogerse a los programas gubernamentales y/o no están dispuestos a participar en los servicios oficiales por temor a las medidas de aplicación de la ley[483]. La posibilidad de que estos grupos tengan dificultades para acceder a la atención sanitaria necesaria o a otras ayudas gubernamentales durante una emergencia de salud pública, aunque no se identifica expresamente en el informe DPR, sus recomendaciones podrían ser pertinentes.

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública tienden a proporcionar información principalmente sobre el efecto de las emergencias de salud pública - y la pandemia de COVID-19 en particular - en los migrantes. Lamentablemente, hay menos información sobre los efectos en los grupos raciales y étnicos marginados. En consecuencia, esta sección considerará primero los efectos en los migrantes y luego discutirá brevemente los efectos de las emergencias de salud pública en los otros grupos.

8.8.1 / Migrantes

El informe DPR recomienda que las actividades de preparación para desastres e intervención se diseñen para abordar las necesidades específicas de los migrantes, lo que incluye garantizar que la información sea accesible para los migrantes y que los migrantes irregulares tengan acceso a las actividades de preparación para desastres e intervención[484]. Recomienda que las leyes y/o políticas se basen en las Directrices para la protección de los migrantes en los países que sufren conflictos o catástrofes, que ofrecen una orientación exhaustiva sobre la protección y la inclusión de los migrantes[485].

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública sugieren que los problemas particulares que afectan a los migrantes durante una emergencia de salud pública incluyen 1) el acceso a la atención sanitaria; 2) el acceso a la ayuda si se encuentran desempleados, posiblemente sin hogar; 3) la repatriación; y 4) el consiguiente efecto de las restricciones de viaje en el estatus migratorio de los migrantes.

Con respecto al acceso a la asistencia sanitaria, los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública revelan una amplia gama de enfoques, desde los Estados que proporcionan pleno acceso a la asistencia sanitaria hasta los que excluyen a los migrantes de los servicios de asistencia sanitaria o sólo proporcionan un acceso parcial o condicional. En muchos casos, el trato diferenciado que se señala puede deberse a leyes o políticas subyacentes de "situación normal", en lugar de deberse necesariamente a medidas específicas de la pandemia de COVID-19. En general, la mayoría de los Estados de la muestra permiten -o permitieron durante la pandemia de COVID-19- el acceso de los migrantes a la asistencia sanitaria, aunque en algunos casos sólo previo pago o de forma restringida. Los enfoques de la prestación de asistencia sanitaria se dividen en cinco grandes categorías.

1. **in acceso a servicios de atención médica o sanitaria:** por ejemplo, en Tayikistán se informó de que los refugiados se habían visto privados de cualquier prestación y subsidio estatal para grupos sociales vulnerables[486].
2. **Con acceso a la asistencia médica o sanitaria, pero mediante pago:** por ejemplo, en Sri Lanka los trabajadores migrantes pagan para acceder a la red sanitaria privada. En Sierra Leona también se suele cobrar por toda la atención médica (con excepciones para las mujeres embarazadas y lactantes y los niños menores de cinco años), aunque esto se produce en el contexto de una grave escasez de medicamentos y equipos médicos básicos[487] y un sistema sanitario que, según su mapeo jurídico de emergencia de salud pública, se enfrenta a retos debido a la falta de financiación, una fuerte carga de enfermedades y un número muy insuficiente y una distribución sesgada de trabajadores sanitarios cualificados[488].
3. **Acceso a la asistencia sanitaria cuando normalmente está sujeta a pago, pero con excepciones específicas.** Este es el planteamiento de El Reino Unido, que tiene una lista de enfermedades por las que no se puede cobrar. Esta lista se modificó para incluir la pandemia de COVID-19[489]. Parece que se han tomado medidas similares en Nueva York, donde se considera que recibir atención del COVD-19 no convierte a la persona en una "carga pública" ni afecta a su capacidad para solicitar un estatus de migración más permanente.
4. **En principio, pleno acceso a la asistencia médica o sanitaria, aunque en la práctica la posibilidad de recibir tratamiento puede estar limitada.** La limitación puede deberse a la necesidad de presentar documentos de identificación. Esto se menciona en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública de Brasil y Sudáfrica. El mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública de Sudáfrica señala que los migrantes indocumentados se enfrentan a importantes dificultades para acceder a la asistencia sanitaria (y a otras ayudas) si no disponen de documentos de seguridad social y de identificación emitidos por el gobierno. En China, aunque los servicios sanitarios básicos se consideran un derecho esencial, en la práctica, estos servicios pueden ser menos accesibles para los trabajadores migrantes si no contratan un seguro social[490]. De manera alternativa, el principio de acceso completo puede ser objeto de restricción previa solicitud. En Liberia, durante el brote de ébola, aunque no hubo descalificación de la asistencia sanitaria, la falta de recursos hizo que se diera prioridad a las comunidades locales[491].
5. **Acceso pleno en las mismas condiciones que los nacionales.** Un ejemplo es el de España, que reconoce el acceso al sistema nacional de salud como un derecho fundamental de todas las personas en España, y todas las personas extranjeras en España (incluidas las que no están registradas o autorizadas como residentes) tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los nacionales españoles[492]. Del mismo modo, en Colombia, en virtud de la constitución y la ley 100 de 1993[493], se garantiza el acceso a la salud de emergencia a cualquier persona que viva en el territorio colombiano, independientemente de su situación migratoria[494].

El acceso de los migrantes a ayudas más generales no se menciona con tanta frecuencia en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública. Sin embargo, el acceso a la seguridad social, a las prestaciones sociales y a otros tipos de ayuda económica puede depender a menudo de la situación de migración de una persona, incluido el tipo exacto de visado que posea. La mayoría de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública sugieren que la mayoría de las prestaciones económicas o asistenciales proporcionadas durante la pandemia de COVID-19 sólo estaban disponibles para ciudadanos o residentes permanentes. Por ejemplo, en la República de Corea, la mayoría de los migrantes (incluidos los indocumentados, los refugiados y los solicitantes de asilo) no tenían los mismos derechos que los ciudadanos y los residentes en lo que respecta a los pagos de ayuda de emergencia en caso de desastre[495]. No obstante, hay excepciones al planteamiento general. En Sudáfrica, por ejemplo, los refugiados, los solicitantes de asilo y algunos titulares de permisos especiales podían solicitar la subvención sudafricana de alivio social ante la COVID-19 (*COVID-19 Social Relief of Distress*). En Nueva Zelanda, se estableció un programa de apoyo a los extranjeros al que podían acceder los extranjeros que no podían regresar a su país de origen debido a las restricciones impuestas ante la COVID-19[496].

Bosnia y Herzegovina, 2020. La Cruz Roja proporciona abrigo, alimentos, ropa de cama y té caliente a los migrantes que fueron trasladados a la fuerza tras el incendio del campamento de Lipa, en el noroeste del país. © Cruz Roja de Bosnia y Herzegovina

En otros Estados, los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública sugieren que la asistencia fue más limitada o problemática. En Colombia, el país con mayor cantidad de migrantes venezolanos[497], se notificaron casos de venezolanos que no recibían asistencia [498] pese a otros informes que señalaban que Colombia había solicitado urgente ayuda internacional y había asignado fondos para apoyar a estos migrantes[499]. Sin embargo, en el momento de redactar este informe, Colombia había anunciado que realizaría la inscripción de cientos de miles de migrantes y refugiados venezolanos que se encuentran en el país indocumentados, en un esfuerzo por proporcionarles permisos de residencia legales y facilitar su acceso a la atención sanitaria y a las oportunidades de empleo legal.[500] En Honduras, el gobierno cerró el Centro de Ayuda al Migrante Retornado por la preocupación de la propagación del virus al aceptar a los migrantes retornados de países con altas tasas de infección. Hubo informes de que los migrantes de El Salvador o Nicaragua que pasaban por Honduras, de camino a los Estados Unidos, fueron abandonados a su suerte sin ningún plan gubernamental para los migrantes[501].

El acceso a las prestaciones puede, en algunos sistemas de migración, tener un efecto adverso en el estatus migratorio y/o socavar las solicitudes de residencia permanente. En Nueva York, este problema se evitó porque se consideró que ciertos servicios o ayudas relacionados con la pandemia de COVID-19 -como las pruebas de la pandemia de COVID-19, los servicios de atención sanitaria, la asistencia alimentaria, las prestaciones de desempleo, la protección de los inquilinos y la ayuda legal- no afectaban negativamente a las solicitudes de la tarjeta de residencia estadounidense[502].

Un aspecto adicional de una grave emergencia de salud pública -como ha demostrado la pandemia de COVID-19- es que el cierre generalizado de las fronteras de otros países puede crear problemas a los migrantes 1) que desean ser repatriados; y/o 2) cuyos visados pueden haber expirado pero que no pueden salir físicamente del país. La primera cuestión se ha examinado en el capítulo 6. Con respecto a la caducidad de los visados, en muchos de los Estados de la muestra, esto se abordó mediante la flexibilización de los requisitos de visado. Por ejemplo, el Gobierno colombiano permitió que las personas con documentos de inmigración caducados permanecieran en el país en espera de la emergencia sanitaria y hasta que se pudiera resolver su situación de visado[503]. Asimismo, en los Emiratos Árabes Unidos se prorrogaron los periodos de permiso y se concedieron exenciones por infracciones de visado derivadas de la pandemia. Los visados de turista, visitante o residente que habían expirado recibieron una prórroga automática[504].

8.8.2 /Grupos raciales y étnicos marginados

Como ya se ha señalado, los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no suelen proporcionar información específica sobre los grupos raciales y étnicos marginados. El principal efecto reportado es que estos grupos pueden experimentar barreras lingüísticas y culturales para acceder a la información, a la atención sanitaria y a otros tipos de asistencia durante una emergencia de salud pública. Por ejemplo, el mapeo jurídico de emergencias de salud pública de Colombia informa de que los romaníes no pueden ser atendidos por personal sanitario del sexo opuesto[505]. Algunos de los Estados de la muestra adoptaron medidas para abordar las barreras lingüísticas y culturales. Por ejemplo, en los Emiratos Árabes Unidos, las autoridades publicaron folletos de sensibilización en varios idiomas (árabe, urdu e inglés)[506]. En Australia, el gobierno de la mancomunidad financió una campaña nacional de comunicación para proporcionar información sobre la pandemia de COVID-19 en más de 20 idiomas. En Colombia, por ejemplo, los mapeos jurídicos emergencia de salud pública informa de que los romaníes no pueden ser atendidos por personal sanitario del sexo opuesto.[507]

Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública también contienen algunos ejemplos limitados de nuevas leyes o políticas específicas que se están adoptando para abordar el posible efecto de la pandemia de COVID-19 en los grupos indígenas. Brasil tomó medidas para proteger a su población indígena[508] y emitió determinaciones que restringen el acceso a sus comunidades indígenas remotas para minimizar el riesgo de transmisión. El gobierno australiano también creó el grupo consultivo de zonas aborígenes y del estrecho de Torres para asesorar al Departamento de Salud sobre cuestiones sanitarias relacionadas con la pandemia de COVID-19 y ayudar al flujo de información dentro del sector sanitario aborigen y del estrecho de Torres[509]. El grupo consultivo puso en marcha el recién establecido plan de intervención de emergencia del sector sanitario australiano ante el nuevo coronavirus (COVID-19)[510].

RECOMENDACIÓN

Los planes, leyes y políticas nacionales de gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública deberían:

1. garantizar la participación y la representación de los migrantes y grupos raciales y étnicos marginados en todas las fases de la gestión de riesgos relativos a emergencias de salud pública;
2. establecer medidas para eliminar las barreras lingüísticas y culturales que impiden el acceso a la asistencia sanitaria, la información y otro apoyo durante una emergencia de salud pública;
3. garantizar que los migrantes tengan pleno acceso a la asistencia sanitaria durante una emergencia de salud pública, independientemente de su condición jurídica migratoria;
4. abordar los problemas que surgen para los migrantes debido a las restricciones de viaje y los cierres de fronteras durante una emergencia de salud pública, con inclusión de:
    a. la ampliación de los permisos y visados para los migrantes que no puedan salir; y/o;
    b. la concesión de excepciones a las restricciones de viaje y a los cierres de fronteras (sujetas a las salvaguardias sanitarias adecuadas) para permitir la repatriación de los migrantes.

SECCIÓN D
FACILIDADES JURÍDICAS DESTINADAS A LOS AGENTES HUMANITARIOS

© Sociedad de la Cruz Roja de Filipinas

9 / FACILIDADES JURÍDICAS DESTINADAS A LOS AGENTES HUMANITARIOS

9.1 / INTRODUCCIÓN

La última parte de este informe trata sobre la razón que dio inicio al Proyecto de derecho y emergencias de salud pública, a saber, las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la capacidad de la red de la Federación Internacional y de otras organizaciones humanitarias, tanto nacionales como internacionales, para prestar apoyo a las personas afectadas por la pandemia y por otros desastres ocurridos durante su transcurso.

La pandemia de COVID-19 tuvo significativo y concreto efecto en las operaciones humanitarias. Conforme se señala en la sección 9.3.1, en algunos Estados surgió incertidumbre acerca de si las Sociedades Nacionales estaban exentas de las restricciones impuestas debido a la pandemia de COVID-19 en lo que atañe la libertad de movimiento y, por lo tanto, si se les permitía libertad de movimiento en el país y libertad de acceso a las comunidades. En algunos Estados, las restricciones derivadas de la pandemia de COVID-19 supusieron que la red de la Federación Internacional no tenía acceso a sus depósitos y existencias posicionadas con antelación. Además, de los 100 "despliegues" de la red de la Federación Internacional relacionados con la pandemia realizados hasta finales de septiembre de 2020, 86 tuvieron que llevarse a cabo a distancia.

Para investigar el efecto de la pandemia de COVID-19 en las Sociedades Nacionales y otros agentes humanitarios, la unidad de Derecho Relativo a Desastres de la Federación Internacional solicitó la realización de los mapeos jurídicos de decretos de emergencias al inicio de la pandemia. Estas fueron completadas principalmente entre marzo y mayo de 2020 y tratan, en particular, de las facilidades jurídicas destinadas a los agentes humanitarios, así como de la coordinación entre los diferentes agentes y del tipo de restricciones impuestas para frenar la propagación de la pandemia de COVID-19. A medida que el proyecto se desarrollaba, se amplió su alcance para incluir: 1) todos los tipos de emergencia de salud pública, además de la pandemia de COVID-19; y 2) las facilidades disponibles para los "agentes de primera intervención"[511], tanto de carácter nacional como internacional.

Como se mencionó al principio de este informe, aunque los mapeos jurídicos de decretos de emergencias es una valiosa fuente de información, tienen sus limitaciones. En primer lugar, en vista de su elaboración al comienzo de la intervención de la pandemia de COVID-19, ofrecen una instantánea de la situación en ese momento. En segundo lugar, se centran predominantemente en las repercusiones para los componentes de la red de la Federación Internacional y contienen menos información sobre otras organizaciones humanitarias. En tercer lugar, habida cuenta de la atención centrada en la pandemia de COVID-19, el análisis o las enseñanzas extraídas podrían no ser necesariamente pertinentes para las emergencias de salud pública que sean mucho más pequeñas en escala o de naturaleza diferente.

9.2 / FACILIDADES JURÍDICAS

este capítulo se centra en las facilidades jurídicas para los agentes humanitarios, tanto nacionales como internacionales. El término "facilidades jurídicas" se refiere a los derechos jurídicos especiales que se otorgan a una organización específica (o a una categoría de organizaciones) para permitirles realizar operaciones de manera eficiente y eficaz. Las facilidades jurídicas pueden adoptar la forma de derechos positivos (es decir, para una determinada actividad), acceso a procesos normativos simplificados y acelerados, o exenciones especiales de la aplicación de una ley o del cumplimiento de un requisito jurídico. Desde su creación en 2001, la unidad de Derecho Relativo a Desastres de la Federación Internacional ha centrado su empeño en garantizar la disponibilidad de facilidades jurídicas para determinados agentes a raíz de desastres con el fin de apoyar una intervención eficaz.

Incumbe ante todo al gobierno del Estado afectado la atención de las necesidades humanitarias causadas por un desastre dentro de sus fronteras. Las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y otras organizaciones humanitarias del Estado afectado desempeñan una función fundamental en el apoyo de las actividades de intervención a raíz de desastres en el país. Para cumplir esa función de forma eficiente y eficaz, las Sociedades Nacionales y otras organizaciones humanitarias nacionales necesitan facilidades jurídicas. La Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre fue aprobada por los Estados parte en los Convenios de Ginebra y los componentes del Movimiento Internacional de la de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Movimiento) en 2019,

durante la XXXIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (Conferencia Internacional). En ella se identifican los tipos de facilidades jurídicas necesarias. Estas incluyen, entre otras, exenciones de los impuestos que gravan las actividades de socorro, los bienes y el equipo (incluidos los derechos de aduana y el impuesto al valor agregado; amparo de responsabilidad para el personal y los voluntarios; y reconocimiento automático o acelerado de las cualificaciones profesionales a través de las fronteras subnacionales.

Cuando una catástrofe supera la capacidad de intervención nacional, puede ser necesaria la asistencia internacional. Las Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial (conocidas también como Directrices IDRL, por sus siglas en inglés)[512], que fueron adoptadas por unanimidad por los Estados parte en los Convenios de Ginebra y los componentes del Movimiento, en 2007, durante la XXX Conferencia Internacional, incluyen recomendaciones sobre las facilidades jurídicas mínimas que se debería proporcionar a los Estados y a las organizaciones humanitarias que presten asistencia elegibles para la intervención internacional a raíz de desastres. Esto incluye (pero, de nuevo, no se limita a): procesos de despacho de aduanas acelerados y simplificados para los bienes y equipos de ayuda; la agilización de la tramitación de visados para el personal de asistencia; la facilitación del transporte de ayuda; exenciones de impuestos, derechos y tasas sobre las actividades de asistencia; y medios simplificados para que las organizaciones humanitarias adquieran personalidad jurídica nacional provisional para realizar legalmente actividades en los distintos países. Existe un importante solapamiento en las facilidades jurídicas identificadas en las Directrices IDRL y la lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre incluyendo, por ejemplo, en relación con las exenciones fiscales y el reconocimiento de cualificaciones profesionales.

Aunque no todas las facilidades jurídicas identificadas en la Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre y en las Directrices IDRL se apliquen a las emergencias de salud pública — y por ende, no figuren examinadas en esta sección, suele ser aconsejable que los Estados se doten de leyes y políticas permanentes que contemplen las facilidades jurídicas identificadas en la Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre y en las Directrices IDRL. Se trata de un importante aspecto de la preparación jurídica para hacer frente a los desastres en general y no apenas a las emergencias de salud pública.

RECOMENDACIÓN

De manera congruente con la Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre y las Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial, los Estados deberían dotarse de leyes y políticas permanentes que contemplen facilidades jurídicas para: a) la intervención a raíz de desastres (con inclusión de las emergencias de salud pública) por parte de las organizaciones humanitarias nacionales; y b) favorecer la intervención a raíz de desastres (con inclusión de las emergencias de salud pública) por parte de los Estados y las organizaciones humanitarias elegibles.

Mozambique, 2019. Personal local trabajando en el centro de tratamiento del cólera que forma parte del hospital de la Cruz Roja en Nhamatanda. El área de tratamiento del cólera es una zona vallada y asegurada en la que sólo se entra y se sale a través de los puntos establecidos. © Cruz Roja Finlandesa Saara Mansikkamäki

9.3 / REPERCUSIONES DE LAS RESTRICCIONES IMPUESTAS CON MOTIVO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

prácticamente todos los gobiernos introdujeron restricciones en la intervención ante la pandemia de COVID-19. En muchos casos, éstas tuvieron un efecto significativo en las operaciones de la red de la Federación Internacional y otras organizaciones humanitarias. Dichas restricciones no siempre eran compatibles con los requisitos del RSI de evitar interferencias innecesarias en el tráfico internacional, ni con las recomendaciones temporales emitidas por la OMS al inicio de la pandemia. El efecto potencial de estas restricciones se reconoció al principio de la pandemia y llevó a la Asamblea Mundial de la Salud a exhortar a los Estados a que:

> ***"se aseguren de que las restricciones a la circulación de personas y de equipos médicos y medicamentos en el contexto de la COVID-19 sean temporales y específicas y que incluyan excepciones para la circulación de los trabajadores sanitarios y de ayuda humanitaria, incluidos los agentes de salud comunitarios, que les permitan el cumplimiento de sus obligaciones, y para el traslado del equipo y los medicamentos que necesiten las organizaciones humanitarias en sus operaciones"***[513]***.***

Las restricciones introducidas se dividen en cuatro grandes categorías: 1) restricciones a la circulación interna, incluidas las órdenes de alojamiento provisional en el lugar y los confinamientos; 2) requisitos de cierre obligatorio de negocios o restricciones al comercio; 3) restricciones que tuvieron el efecto de impedir o inhibir la circulación transfronteriza de personas, incluidos el cierre de fronteras, la suspensión de visados y la cuarentena; 4) la imposición de restricciones a la importación o exportación de bienes, incluidos los equipos de protección personal y los suministros médicos. Además, algunos problemas no se debieron a la introducción de nuevas restricciones, sino a la necesidad de que los gobiernos levantaran o eximieran de los requisitos existentes para poder llevar a cabo las operaciones. En este sentido, son pertinentes las áreas identificadas en las Directrices IDRL y lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre, como la autorización o licencia del personal y la exención de aranceles e impuestos de los suministros médicos. A continuación, se examinan estas diversas cuestiones.

9.3.1 / Restricciones al comercio y a los desplazamientos internos

Las restricciones de los desplazamientos internos fueron promulgadas de varias maneras. En algunos Estados, figuraron bajo órdenes de permanencia en el lugar de alojamiento a cuyo tenor se disponía que las personas permanecieran en su lugar de residencia. En otros, la circulación se limitó a un determinado perímetro alrededor de la vivienda o a determinadas zonas administrativas subnacionales o locales. En otros casos, se permitió la circulación a determinadas horas, pero se imponía el toque de queda. En todos los casos, son evidentes los obstáculos que ello puede plantear para el personal sanitario, de emergencia y humanitario.

En la mayoría de los casos, los Estados reconocieron la necesidad de prestar determinados servicios a pesar de esas restricciones. Así, las leyes incluyeron con frecuencia excepciones para determinadas categorías, tales como el personal de los servicios de emergencia, los trabajadores sanitarios o, bajo un epígrafe más general, las personas que prestaban "servicios esenciales". En Colombia, por ejemplo, se dispuso que el pleno ejercicio de los derechos por parte del personal médico y cualquier otra persona relacionada con los servicios de salud no debía ser impedido ni obstruido[514]. En Venezuela, los agentes públicos y privados del sector sanitario quedaron exentos de la aplicación de esas normas[515]. El personal sanitario de Jordania fue eximido del toque de queda con el fin de mantener los centros sanitarios en funcionamiento y listos para la acogida de pacientes [516], y en Kenia, los profesionales y trabajadores de la salud quedaron exentos del toque de queda nacional[517]. Kenia también contempló la excepción de los "proveedores de servicios críticos y esenciales"[518], mientras que en Sudáfrica se permitió que las personas abandonaran su lugar de residencia "estrictamente para realizar un servicio esencial"[519]. En otros países, existen acuerdos permanentes que van más allá de cualquier restricción específica. Por ejemplo, el pacto para la asistencia en la gestión de emergencias en Estados Unidos de América (Emergency Management Assistance Compact) garantiza que todos los estados puedan recibir ayuda interna de otros estados durante las emergencias[520].

Cuando existieron exenciones relativas a los "trabajadores esenciales" o los "servicios esenciales" (u otra denominación análoga), estos términos fueron a veces definidos en la legislación. Sin embargo, en muchos casos las definiciones constaron en políticas u orientaciones que no siempre estuvieron a disposición de las personas que establecieron los mapeos jurídicos. Los mapeos jurídicos de decretos de emergencias también indican la existencia de considerable variación en las definiciones. Incluso cuando los trabajadores o servicios "sanitarios" fueron incluidos bajo la categoría

de trabajadores esenciales, no siempre quedó claro lo que significaba exactamente y los servicios sanitarios que estaban abarcados. Ello puede constituir un problema particular para las Sociedades Nacionales y otras organizaciones humanitarias. Varios mapeos jurídicos señalan que estas fueron incluidas implícitamente en las excepciones. Sin embargo, no es idóneo el fundamento en excepciones implícitas pues se suscita incertidumbre sobre la aplicación de la excepción a esas organizaciones (su personal y voluntarios) y, en última instancia, se podría dejar la decisión en manos de los funcionarios responsables de hacer cumplir la ley.

Algunos de los Estados de la muestra[521] contaban con disposiciones que contemplaban la excepción específica de las Sociedades Nacionales. En Filipinas, por ejemplo, se impuso una "cuarentena domiciliaria estricta" en todo Luzón. Los trabajadores sanitarios y los voluntarios de la Cruz Roja de Filipinas fueron designados "trabajadores sanitarios y de primera línea de emergencia" y preservaron su capacidad para viajar dentro de la isla y llevar a cabo sus actividades. En términos más generales, en la legislación nacional emitida para facilitar la intervención ante la pandemia de COVID-19 y la recuperación posterior se reconoció la calidad de la Cruz Roja Filipina como 'la principal organización humanitaria auxiliar del gobierno en la prestación de ayuda a la población, sujeta a reembolso, así como en la distribución de bienes y servicios incidentales en la lucha contra la pandemia de COVID-19'[522]. Sin embargo, estas disposiciones fueron inusuales: en pocas de las excepciones relativas a los "trabajadores esenciales" se hizo referencia específica a las Sociedades Nacionales u otras organizaciones humanitarias.

Otra de las principales restricciones constituyó el cierre obligatorio de los negocios o la limitación de la capacidad de la actividad comercial. Raras veces se encuentra un informe de una prohibición absoluta de esa actividad. Las medidas tendieron a estar dirigidas a los negocios no esenciales. En la mayoría de los casos, las "empresas esenciales" pudieron funcionar, aunque sujetas a condiciones[523]. De manera similar a lo que ocurre con las restricciones impuestas a los desplazamientos, existen pocos ejemplos de Sociedades Nacionales u otras organizaciones humanitarias que hayan quedado expresamente exentas de ese tipo de restricciones. Una vez más, esto significa que las Sociedades Nacionales y las organizaciones humanitarias tienen que estar seguras de que están abarcadas en el ámbito de las actividades esenciales permitidas o exceptuadas, como la asistencia sanitaria y los servicios de asistencia domiciliaria[524], los servicios de ayuda social o de ayuda a las personas mayores[525], las actividades de gestión de desastres[526], y las actividades de emergencia[527], o de manera general, la prestación de "servicios esenciales". Colombia contempló una excepción, e incluyó excepciones expresas en las restricciones en relación con la labor de todas las organizaciones internacionales de salud[528]. La falta de excepciones expresas y la consiguiente incertidumbre tuvieron repercusiones significativas para las Sociedades Nacionales y provocaron una importante pérdida de ingresos. Si bien esto último puede haberse solucionado mediante programas gubernamentales de apoyo financiero, cualquier incertidumbre sobre la capacidad de las Sociedades Nacionales y otras organizaciones humanitarias para continuar sus actividades plantea problemas y debe ser evitada.

RECOMENDACIÓN

1. Las leyes que imponen restricciones a la circulación interna o a las actividades comerciales durante una emergencia de salud pública deberían contemplar excepciones expresas relativas a las Sociedades Nacionales y otras organizaciones humanitarias pertinentes de manera que estas puedan seguir desempeñando sus funciones (con sujeción a las salvaguardias sanitarias apropiadas).
2. Cuando se prevean excepciones relativas a "trabajadores esenciales" o a "servicios esenciales", la definición de este término debería ser clara e incluir al personal y a los voluntarios de las Sociedades Nacionales y otras organizaciones humanitarias pertinentes.

9.3.2 / Cierres de fronteras y/o restricciones para el ingreso a un país

A pesar de que la OMS había desaconsejado inicialmente el cierre de fronteras, en cuanto se hizo patente la amenaza de transmisión mundial de la pandemia de COVID-19, muchos Estados cerraron sus fronteras en un intento de gestionar los riesgos de contaminación transfronteriza[529]. En algunos Estados, el cierre no se debió a la acción directa del gobierno, sino que fue el resultado de la cancelación de los servicios por parte de los proveedores de servicios de transporte. En otros Estados, aunque las fronteras permanecieron abiertas, los gobiernos limitaron la cantidad de viajeros que podían ingresar y/o quienes llegaban al país estaban sujetos a requisitos de cuarentena o autoaislamiento. En muy pocos Estados se mantuvieron las fronteras totalmente abiertas y se permitió el ingreso de viajeros sin

restricciones[530]. En este último caso, no se contempla ningún problema para el personal humanitario que hubiese deseado ingresar, previo cumplimiento de cualquier requisito de inmigración o visado (véase más adelante). En todos los demás casos, sin embargo, el cierre de fronteras o las restricciones de ingreso podrían conllevar efectos aversos para la prestación de ayuda humanitaria[531].

Varios Estados de la muestra incluyeron excepciones expresas para las organizaciones u operaciones humanitarias. En Guinea, por ejemplo, se permitió que los vuelos humanitarios funcionaran con normalidad a pesar del cierre del aeropuerto internacional bajo un estado de emergencia[532]. Asimismo, en Sudán, la autoridad aeronáutica concedió excepciones para los vuelos humanitarios y de asistencia médica[533]. Aunque no se indica específicamente, se supone que las excepciones concedidas a los vuelos abarcarían también al personal a bordo. Tanto en Angola como en Uganda se eximen expresamente a las organizaciones humanitarias y del sistema de la ONU de la aplicación de las prohibiciones de ingreso[534]. En otros Estados, se preveían excepciones, pero su aplicación a las organizaciones humanitarias debía ser inferida o asumida como implícita. Los Países Bajos, por ejemplo, permitían la entrada a "personas con una función o un motivo determinados" que se extendía a las organizaciones internacionales y humanitarias[535]. Nigeria contempló excepciones para los "vuelos de emergencia" y para los "vuelos esenciales"[536]. Esa terminología fue utilizada también por otros Estados.

Las leyes de otros Estados otorgan a un funcionario específico la facultad discrecional de conceder excepciones en relación con los cierres o restricciones fronterizos. En estos casos, suele existir una prohibición general de ingreso de cualquier extranjero, pero un ministro o un funcionario puede conceder una excepción, normalmente a raíz de una solicitud previa. En Australia, por ejemplo, el jefe de las fuerzas de defensa australianas y el comisionado de la policía federal australiana[537] podrían permitir el ingreso de una persona a título excepcional. En Polonia, el comandante en jefe de la guardia de fronteras podría conceder a los extranjeros el permiso de entrada[538]. Estas disposiciones ofrecen sin duda cierta flexibilidad e incluso pudieran haber sido establecidas para contemplar la necesidad de permitir el ingreso de las organizaciones humanitarias. Sin embargo, estas facultades discrecionales aumentan el riesgo de retraso debido a la necesidad de presentar y examinar cada solicitud. Además, aunque los mapeos jurídicos de decretos de emergencias no aportan pruebas que sugieran que así haya ocurrido durante la pandemia de COVID-19, existe la posibilidad de que esos poderes discrecionales sean ejercidos de forma arbitraria o indebida.

Las excepciones discrecionales, aunque sujetas a esas limitaciones, ofrecen al menos cierta posibilidad de que los agentes humanitarios puedan entrar a un país. En varios Estados, se señaló que no existían excepciones para el personal humanitario. Camboya, Tailandia y Haití, por ejemplo, establecieron cierres fronterizos o restricciones de ingreso sin ninguna disposición que contemple eventuales excepciones[539]. También se observó que a raíz del ciclón tropical Harold, registrado en la zona del Pacífico, los organismos internacionales no pudieron ingresar a los Estados afectados para prestar apoyo[540].

Tanto los cierres absolutos como los cierres sujetos a excepciones discrecionales se contraponen a las Directrices IDRL, que apoyan el principio de que los Estados deben facilitar el ingreso del personal de los agentes humanitarios elegibles. Es evidente que pueden afectar negativamente la prestación de asistencia internacional durante una emergencia de salud pública, ya sea en lo que se refiere a la emergencia propiamente dicha o en relación con cualquier otro desastre que pudiera ocurrir en ese transcurso.

RECOMENDACIÓN

Las leyes que establecen cierres o restricciones en las fronteras durante una emergencia de salud pública deberían contemplar excepciones expresas relativas al personal de las organizaciones humanitarias de asistencia que sean elegibles (sujetas a las garantías sanitarias adecuadas).

Otra restricción de ingreso puede surgir cuando, incluso si una frontera permanece abierta, se imponen requisitos de cuarentena. Éstos pueden ser estrictos y exigir que las personas observen la cuarentena en alojamientos específicos proporcionados por el gobierno, durante un lapso determinado. Myanmar, por ejemplo, exigió que todos los ciudadanos extranjeros, además de presentar pruebas de ausencia de infección, se sometieran a cuarentena en una instalación gubernamental durante 14 días[541]. El Gobierno de Kenia impuso una exigencia similar[542]. Otros requisitos podrían ser menos formales, por ejemplo, la exigencia de que las personas se auto aíslen en lugares de su elección.

El riesgo en este caso reside en que, aunque se permita la entrada, se impida al personal humanitario realizar inmediatamente las funciones que motivan su ingreso en el país. Las actividades pueden estar relacionadas con la emergencia de salud pública, pero también se puede frustrar la intervención ante otra catástrofe que pudiera ocurrir al mismo tiempo. En muchos casos, existió potestad para permitir la exención del cumplimiento de los requisitos de cuarentena, normalmente a discreción de los funcionarios médicos. Por ejemplo, en la República de Corea, el personal humanitario podía ser exceptuado del periodo obligatorio de cuarentena de 14 días mediante la expedición de un certificado de exoneración del aislamiento[543]. Estas excepciones discrecionales permiten a los Estados sopesar el riesgo que plantea el personal humanitario entrante en virtud de la naturaleza de la enfermedad y de su prevalencia en el país de origen, frente al efecto de retrasar la asistencia humanitaria. La pertenencia a una organización humanitaria no confiere a un individuo inmunidad frente a la enfermedad, por lo que los Estados pueden albergar el legítimo deseo de garantizar que quienes acuden en su ayuda no introducirán ni transmitirán la enfermedad, especialmente cuando -como en el caso de la pandemia de COVID-19- las pruebas de diagnóstico no brinden total garantía de que una persona no esté infectada o no sea vector de contagio.

RECOMENDACIÓN

1. Los Estados que consideren la imposición de requisitos de cuarentena o autoaislamiento de los viajeros que ingresen en su territorio durante una emergencia de salud pública deberían, siempre que sea posible, exonerar de esa obligación al personal humanitario.
2. Cuando el personal humanitario no sea objeto de exoneraciones adecuadas, las leyes y/o políticas deberían establecer criterios claros y objetivos para la concesión de exoneraciones.

Los requisitos relativos a migración y visados constituyen otra forma de restricción al ingreso. Las Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial recomiendan que los Estados concedan visados y cualquier permiso de trabajo necesario, de manera idónea, sin costo, durante el tiempo necesario para llevar a cabo las actividades de socorro o de recuperación inicial[544]. En los mapeos jurídicos de decretos de emergencias consta que, aunque no se impusieron restricciones fronterizas durante la intervención ante la pandemia de COVID-19, la suspensión de las normas ordinarias para la expedición de visados surtió un efecto similar. En Indonesia, por ejemplo, los visados de los extranjeros que habían vivido alguna vez en China fueron los primeros en ser suspendidos, seguidos poco después por la suspensión de todos los viajes exentos de visados por parte de los extranjeros[545]. India suspendió también los visados de los extranjeros[546].

Se observó cierta evidencia de que los Estados tomaron medidas para permitir el acceso de especialistas extranjeros. Por ejemplo, la Comisión Europea publicó directrices relativas a la intervención ante la pandemia de COVID-19 en las que se aconsejaba a los Estados miembros que facilitaran el cruce de fronteras a los profesionales sanitarios y les permitieran el acceso sin trabas para que colaboraran en los centros sanitarios de otro Estado miembro[547]. La mayoría de los países de la OCDE eximió de las restricciones de visado y/o de las prohibiciones de viajes a los profesionales sanitarios que gozaban de una oferta de trabajo. La mayoría de las medidas flexibles sólo se aplicaron al personal médico. Sin embargo, las operaciones humanitarias no se limitan únicamente al empleo de personal médicos, sino que suelen conllevar el recurso a otro tipo de personal. Además, los mapeos jurídicos de decretos de emergencias denotan significativa incoherencia de enfoque entre los Estados.

La entrada de personal internacional puede también ser facilitada mediante acuerdos bilaterales: Liechtenstein, Suiza y Austria, por ejemplo, han suscrito un acuerdo de ayuda mutua en situaciones de crisis y catástrofes[548] que permite a los agentes humanitarios, y al personal de primera intervención, entrar rápidamente en esos países, sin estar sujetos a las restricciones de viajes. Asimismo, Armenia tiene un acuerdo con Irán e Indonesia para el despliegue de personal sanitario durante las emergencias de salud pública[549]. Estos ejemplos indicar la utilidad de investigación ulterior para identificar la existencia de esos acuerdos y analizar un mayor recurso a esos. instrumentos para favorecer el movimiento de personal durante futuras emergencias de salud pública.

RECOMENDACIÓN

De conformidad con las Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial, siempre que sea posible, las leyes y/o políticas deberían exonerar de requisitos de visados y permisos de trabajo al personal de las organizaciones humanitarias que prestan asistencia y que reúnen los requisitos necesarios, o agilizar de forma significativa la concesión de esas autorizaciones.

9.3.3 / Cualificaciones profesionales

Uno de los obstáculos en la prestación de asistencia en caso de desastre identificados en las Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial y en la Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre reside en el reconocimiento (o la falta de reconocimiento) de las cualificaciones profesionales obtenidas en el extranjero -o, en el caso de los estados federales, de las cualificaciones interestatales. En reconocimiento de la importancia de esta cuestión, la OMS ofrece orientaciones para que los países permitan el ejercicio profesional de médicos de otras regiones o de otras jurisdicciones en zonas donde exista gran necesidad. Su herramienta de evaluación externa conjunta califica a los Estados en función del grado de aplicación de los sistemas de envío y recepción de personal médico durante una emergencia. En la Unión Europa, la legislación permite que las cualificaciones profesionales de médicos, enfermeros y veterinarios, entre otros, sean reconocidas en toda la zona del acuerdo[550]. Esta "libre circulación de profesionales" no es específica en caso de emergencias de salud pública y puede ser utilizada en cualquier situación de emergencia[551]. En los Estados Unidos de América, las leyes de emergencia de muchos estados contienen disposiciones de "reciprocidad de licencias" en las que se reconocen las licencias de profesionales médicos de otros estados (pero no las extranjeras) por la duración limitada de una emergencia o catástrofe declarada[552]. Un gran número de nuevas disposiciones de este tipo han sido establecidas rápidamente a través de leyes de emergencia para contemplar la situación de la pandemia de COVID-19[553]. Aunque no se formula comentarios sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales en los mapeos jurídicos de decretos de emergencias, la experiencia de la pandemia de la pandemia de COVID-19i demuestra la elevada pertinencia de este elemento en las emergencias de salud pública. La recomendación que se formula a este respecto en las Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial y en la Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre reviste gran pertinencia para las emergencias de salud pública y, por ende, se reitera en este informe.

RECOMENDACIÓN

De conformidad con las Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial y con la Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre, las leyes y/o políticas deberían prever el reconocimiento automático o acelerado de las cualificaciones y licencias profesionales extranjeras y/o interestatales en caso de emergencia de salud pública u otra catástrofe.

9.3.4 / Restricciones relativas a la importación y a las exportaciones de mercancías y equipo

En general, durante la pandemia de COVID-19, la importación y la exportación de mercancías fueron objeto de menos restricciones que el movimiento de personas. Los mapeos jurídicos de decretos de emergencias señalan muy pocos ejemplos de cierres de fronteras que afecten al movimiento de mercancías y equipos. Por ejemplo, Sudáfrica cerró todas sus fronteras terrestres pero siguió permitiendo el transporte de combustible y bienes esenciales[554]. Por su parte, Ruanda permitió la llegada de mercancías y carga pese al cierre de fronteras[555] y Colombia y Perú permitieron el ingreso de todo tipo de carga[556]. De hecho, prácticamente todos los mapeos jurídicos de decretos de emergencias informan de fronteras, puertos y aeropuertos abiertos para las cargas, lo que habría permitido en casi todos los casos el movimiento transfronterizo de bienes y equipo humanitarios[557].

Bangladesh, Cox's Bazar, 2017. Hospital de campaña finlandés-noruego en el Jardín del Hule, Kutupalong. © Cruz Roja Finlandesa

El único ámbito en el que surgieron dificultades fue en relación con los bienes y equipos utilizados para la protección y el tratamiento durante la pandemia de COVID-19. A finales de julio de 2020, cerca de 90 Estados habían impuesto restricciones a la exportación como consecuencia de la pandemia de COVID-19.[558] Los Estados Unidos de América, por ejemplo, emitieron una norma provisional que prohibió la exportación de ciertos bienes y equipos, entre otros aparatos de respiración, mascarillas quirúrgicas y guantes médicos, sin la aprobación explícita del organismo federal de gestión de emergencias[559]. La Unión Europea introdujo controles a la exportación de equipos de protección personal utilizados por los médicos y enfermeras, mascarillas, protectores faciales, batas quirúrgicas, guantes y otro equipo a países no pertenecientes a la UE, sin autorización expresa[560]. Este tipo de restricciones también podría afectar al tránsito de mercancías a través de terceros países.

Por otra parte, varias iniciativas eliminaron restricciones preexistentes o facilitaron la circulación de mercancías y equipos. El Acuerdo sobre facilitación del comercio, concertado en el marco de la OMC, por ejemplo, contiene disposiciones que agilizan el movimiento, la liberación y el despacho de mercancías en tránsito y al ingreso. La Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD, por sus siglas en inglés) exhortó a los gobiernos a que adoptaran medidas sobre la facilitación del comercio[561]. A nivel regional, se mencionan iniciativas como el Sistema de Integración Centroamericano, establecido para agilizar y para facilitar el tránsito de artículos de ayuda humanitaria enviados por tierra a través de los siete estados centroamericanos y el Protocolo Centroamericano de Envío, Tránsito y Recepción de Asistencia Humanitaria y Técnica Internacional en Situaciones de Desastres y Emergencias.

Una dificultad que se desprende de los mapeos jurídicos de decretos de emergencias consiste en la falta de información centralizada sobre las diversas restricciones comerciales establecidas. Parecería que a los investigadores les resultaba difícil identificar las restricciones a la importación o a la exportación que estaban en vigor en un momento determinado. Por lo general, se podía acceder a la legislación o a los anuncios de políticas, pero no existía certeza de que estuvieran siempre actualizados. Ante la falta de fuentes de información oficiales consolidadas, varias iniciativas privadas fueron muy útiles para colmar algunas lagunas[562]. La Organización Mundial de Aduanas publicó una lista actualizada periódicamente de los Estados que habían adoptado medidas de restricción provisional de las exportaciones de suministros médicos durante la pandemia de COVID-19[563]. No cabe duda del beneficio para las organizaciones humanitarias del acceso a información actualizada sobre cualquier restricción a la exportación. El establecimiento de una base de datos más permanente pudiera no ser factible, ya que el tipo de controles de importación y exportación mencionados tienden a ser decididos de manera espontánea durante la intervención ante emergencias específicas. No obstante, el suministro de información sobre los controles de exportación e importación es una herramienta vital que probablemente no debería dejarse en manos de agentes privados.

RECOMENDACIÓN

1. Los Estados deberían seguir garantizando que las leyes y/o políticas que imponen el cierre de fronteras ante una emergencia de salud pública no restringen el movimiento transfronterizo de bienes y equipo de ayuda.
2. Aunque se reconoce que los Estados pudieran desear controlar la exportación de ciertos suministros durante una emergencia de salud pública para satisfacer las necesidades de sus respectivas poblaciones, los Estados deberían eximir a las organizaciones humanitarias de cualquier restricción que obstaculice su capacidad para importar o exportar bienes y equipos de socorro.
3. Los Estados deberían establecer leyes y políticas permanentes para facilitar el movimiento transfronterizo de bienes y equipo de socorro para las operaciones internacionales de intervención a raíz de desastres, basándose en las Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial, en particular las directrices 17 (bienes y equipo) y 18 (bienes y equipos).
4. En futuras emergencias de salud pública, siguiendo el ejemplo de la base de datos de la Organización Mundial de Aduanas durante la pandemia de COVID-19, se deberían adoptar medidas para proporcionar información actualizada sobre los controles de importación y exportación aplicables en todo el mundo.

9.3.5 / Tasas e impuestos

Las Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial y la Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre recomiendan que las organizaciones de asistencia humanitaria que sean elegibles deberían gozar de exoneración del pago del impuesto al valor añadido y otros impuestos y gravámenes directamente relacionados con la prestación de socorro en casos de desastre[564]. En el contexto de la pandemia de COVID-19, esta recomendación parece haber sido adoptada en varios de los Estados considerados en los mapeos jurídicos de decretos de emergencias, especialmente en relación con la importación de equipos de protección personal y productos farmacéuticos. Por ejemplo, el gobierno de la República Democrática del Congo eximió la importación y venta de productos farmacéuticos, así como de materiales y equipos médicos relacionados con la pandemia, de todos los derechos, impuestos, gravámenes y tasas[565]. Singapur exoneró del pago de aranceles aduaneros a la importación todos los bienes que figuraban en una lista relacionada con la pandemia de COVID-19[566]. El Gobierno de China también eximió del pago de aranceles a los materiales y bienes importados directamente por el Departamento de Sanidad para uso en la prevención y la lucha contra la pandemia de COVID-19. También amplió el alcance de las exenciones de los derechos de importación, el impuesto sobre el valor añadido a la importación y el impuesto sobre el consumo de los bienes donados para la prevención y el control de la enfermedad[567]. Asimismo, Venezuela eximió del impuesto sobre el valor añadido a las importaciones de materiales necesarios para la fabricación de medicamentos, polímeros, piezas de recambio para maquinaria y equipos de refrigeración, así como alimentos específicos[568].

RECOMENDACIÓN

De conformidad con las Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial y la Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre, los Estados deberían eximir a las organizaciones humanitarias de asistencia que sean elegibles (tanto nacionales como internacionales) del pago de impuestos y gravámenes directamente relacionados con sus actividades de intervención a raíz de emergencias de salud pública.

ANEXO 1
CUESTIONARIO PARA MAPEOS JURÍDICOS DE DECRETOS DE EMERGENCIA

1. ¿Existe coordinación entre los agentes estatales y no estatales, por ejemplo, a través de un mecanismo nacional para intervención ante emergencias?
2. ¿Se menciona la función de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, o de los agentes humanitarios? ¿En qué ámbitos y sectores? ¿Qué responsabilidades se atribuyen a la Cruz Roja o la Media Luna Roja?
3. ¿Existen excepciones a las restricciones de viaje que faciliten el movimiento de las unidades de ayuda humanitaria de la Cruz Roja o la Media Luna Roja y/o la ayuda a través de las fronteras? ¿Qué requisitos de cuarentena u otras condiciones se imponen (si las hay)?
4. ¿Existen excepciones a las cuarentenas, toques de queda y demás restricciones de movimiento que permitan a la Cruz Roja o la Media Luna Roja o a las organizaciones humanitarias acceder a las poblaciones vulnerables (incluso para prestar ayuda psicosocial o no médica)?
5. ¿Se han establecido facilidades jurídicas especiales o exoneraciones para la importación de artículos de asistencia médica o de otra índole y el ingreso de personal de socorro (ley internacional de intervención a raíz de desastres)? ¿Qué requisitos de cuarentena u otras condiciones se imponen (si las hay)?
6. ¿Está la Cruz Roja o la Media Luna Roja (o las organizaciones humanitarias) clasificada como servicios “esenciales” o “de emergencia”, a efectos de exoneraciones con respecto a las restricciones de las actividades comerciales y los horarios de servicio?
7. ¿Qué otras medidas se prevén en los decretos de emergencia (para los agentes gubernamentales, para las comunidades, para el personal sanitario, etc.)?
8. ¿Se han adoptado o establecido restricciones que prohíban la exportación de equipo médico de protección?

ANEXO 2
CUESTIONARIO PARA MAPEOS JURÍDICOS SOBRE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

Marcos jurídicos e institucionales sobre emergencias de salud pública

1. Establezca una lista de los principales planes, leyes, políticas y estrategias relacionados con emergencias de salud pública (con inclusión de pandemias y epidemias). Bajo cada instrumento, por favor

- **a.** indique el nombre y la fecha del instrumento;
- **b.** identifique los principales temas que aborda;
- **c.** proporcione una copia oficial del instrumento y, si es posible, una traducción en inglés.

2. Establezca una lista de los principales planes, leyes, políticas y estrategias relacionados con otros tipos de emergencias o desastres (por ejemplo, inundaciones, terremotos, derrames químicos, ruptura de presas, tsunamis, etc.). Bajo cada instrumento, por favor

- **a.** indique el nombre y la fecha del instrumento
- **b.** identifique los principales temas que aborda; y
- **c.** proporcione una copia oficial del instrumento y, si es posible, una traducción en inglés.

3. ¿Tiene el gobierno poderes especiales de emergencia para la intervención ante emergencias de salud pública? En caso afirmativo:

- **a.** ¿cuáles son los poderes del gobierno?
- **b.** ¿qué autoridades gubernamentales pueden ejercer los poderes?
- **c.** ¿en qué circunstancias pueden ejercerse los poderes?
- **d.** ¿en qué ley figuran contemplados esos poderes? (Por ejemplo, la constitución, el decreto de emergencia, la ley sobre salud pública, la ley sobre gestión de desastres, una combinación de ellas).

4. ¿Tiene el gobierno poderes especiales de emergencia para intervenir ante otro tipo de desastres y emergencias? En caso afirmativo:

- **a.** ¿cuáles son los poderes del gobierno?
- **b.** ¿qué autoridades gubernamentales pueden ejercer los poderes?
- **c.** ¿en qué circunstancias pueden ejercerse los poderes?
- **d.** ¿en qué ley figuran contemplados esos poderes? (Por ejemplo, la constitución, el decreto de emergencia, la ley sobre salud pública, la ley sobre gestión de desastres, una combinación de ellas).

5. ¿Qué agentes gubernamentales y no gubernamentales identifica la ley como responsables para la intervención ante emergencias de salud pública? Por favor, enumere cada uno de los agentes pertinentes y describa sus funciones y responsabilidades (tal y como se refleja en las leyes, políticas, estrategias o planes que corresponda)

6. ¿Qué agentes gubernamentales y no gubernamentales identifica la ley como responsables para la intervención ante otro tipo de desastres y emergencias? Por favor, enumere cada uno de los agentes pertinentes y describa sus funciones y responsabilidades (tal y como se refleja en las leyes, políticas, estrategias o planes que corresponda)
7. ¿Existe un mecanismo de coordinación para los agentes que participan en la intervención a raíz de emergencias de salud pública? En caso afirmativo:
   a. ¿quién está incluido en el mecanismo de coordinación?
   b. ¿qué agente gubernamental asume el mando y el control general de la intervención?
8. ¿Existe un mecanismo de coordinación para los agentes que participan en la intervención a raíz de otros tipos de emergencias y desastres? En caso afirmativo
   a. ¿quién está incluido en el mecanismo de coordinación?
   b. ¿qué agente gubernamental asume el mando y el control general de la intervención?
9. ¿Cuál es la función de la oficina nacional de gestión de desastres o del organismo de protección civil (o su equivalente) en relación con las emergencias de salud pública? ¿Cómo se compara esto con la función que ejerce en relación con otros tipos de emergencias y desastres?
10. ¿Cuál es la función del ministerio de salud en relación con las emergencias de salud pública? ¿Cómo se compara esto con la función que ejerce en relación con otros tipos de emergencias y desastres?
11. ¿Exige la ley que el gobierno notifique a la Organización Mundial de la Salud cualquier acontecimiento que pueda constituir una emergencia de salud pública de alcance internacional?

Marcos jurídicos e institucionales relativos a la pandemia de COVID-19

12. Establezca una lista de los principales instrumentos jurídicos y políticos que el gobierno utiliza en la intervención ante la pandemia de COVID-19. Bajo cada instrumento, por favor
   a. proporcione el nombre y la fecha del instrumento;
   b. indique si es anterior a la pandemia de COVID-19 o si fue establecido a raíz de esta;
   c. identifique los principales temas que aborda;
   d. proporcione una copia oficial del instrumento y, si es posible, una traducción en inglés.
13. ¿Ejerce el gobierno poderes especiales de emergencia para la intervención ante la pandemia de COVID-19? En caso afirmativo
   a. ¿cuáles son los poderes del gobierno?
   b. ¿qué autoridades gubernamentales ejercen esos poderes?
   c. ¿en qué ley figuran contemplados los poderes? (Por ejemplo, la constitución, el decreto de emergencia, la ley sobre salud pública, la ley sobre gestión de desastres, una combinación de ellas).

NOTA: En la medida de lo posible, al responder a las preguntas 14 a 26, incluya información sobre la pandemia de COVID-19 y otras emergencias de salud pública que hayan afectado a su país (por ejemplo, Zika, Ébola, SARS, MERS, sarampión).

Movilidad humana

14. ¿ Ha provocado la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública en su país cierres o restricciones en las fronteras? En caso afirmativo, ¿contemplaron los cierres o restricciones fronterizos excepciones para las personas que solicitan asilo?

15. ¿Ha provocado la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública en su país cambios en el contenido o en la aplicación de las leyes que rigen a los solicitantes de asilo y refugiados? En caso afirmativo, ¿qué tipo de cambios?

Por ejemplo: suspensión de los procedimientos de asilo y otros procedimientos; devoluciones forzadas en las fronteras; no admisión de personas que buscan protección internacional; expulsión de refugiados y solicitantes de asilo; cese de la búsqueda y el rescate en el mar; denegación del desembarco de personas rescatadas en el mar.

16. ¿Ha provocado la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública cambios en los patrones de migración en su país?

Por ejemplo: migrantes que desean ser repatriados debido a la situación de salud pública en el país o, al contrario, migrantes que desean evitar ser repatriados cuando sus visados expiren debido a la situación de salud pública en su país de origen.

17. Si la respuesta a la pregunta 16 fuera afirmativa, ¿estableció el gobierno leyes o políticas para apoyar

- **a.** a. la repatriación de los migrantes que deseaban regresar a su país de origen; y/o
- **b.** b. la permanencia de los migrantes que no deseaban regresar a su país de origen?

Alojamiento provisional y vivienda

18. ¿Debido a la pandemia de COVID-19 o a cualquier otra emergencia de salud pública en su país las personas han perdido su vivienda o han estado expuestas al riesgo de perderla? En caso afirmativo, ¿ha promulgado o aplicado el gobierno leyes o políticas para ayudar a las personas en esta situación?

Por ejemplo: moratorias en los desahucios; "pausas" o "congelaciones" en los pagos de alquileres o hipotecas; o alojamiento de emergencia.

19. Durante la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública en su país, ¿ha promulgado o aplicado el gobierno leyes o políticas para ayudar a las personas sin hogar y a los residentes de los asentamientos informales en la observancia de las medidas de salud pública (por ejemplo, lavado de manos, uso de mosquiteros, confinamiento en la vivienda)?

Protección de grupos vulnerables

20. ¿Ha provocado la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública en su país la pérdida generalizada de medios de vida? En caso afirmativo, ¿ha promulgado o aplicado el gobierno leyes o políticas para proporcionar asistencia financiera a las personas que perdieron sus medios de vida o, alternativamente, para evitar que las personas pierdan sus medios de vida?

21. ¿Ha provocado la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública en su país una recesión económica? En caso afirmativo, ¿ha promulgado o aplicado el gobierno leyes o políticas para

- **a.** a. proporcionar ayuda financiera a las empresas en dificultades; o
- **b.** suspender provisional o flexibilizar las leyes sobre quiebra e insolvencia?

¿Se aplicaría alguna de estas leyes o políticas a la Sociedad Nacional de su país o a otras organizaciones sin ánimo de lucro?

22. Durante la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública en su país, ¿han tenido los migrantes (incluidos los migrantes indocumentados) derecho legal a acceder a los programas de asistencia sanitaria y gubernamental? En caso afirmativo, ¿gozaron del mismo tipo de derechos que los ciudadanos o residentes?

23. Durante la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública en su país, ¿han sufrido los desplazados internos discriminación (directa o indirecta) en el acceso a la atención médica y otras formas de asistencia?

24. ¿Ha provocado la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública en su país un aumento de la violencia doméstica y/o de los problemas de protección infantil? En caso afirmativo, ¿se ha abordado esta cuestión mediante la ampliación de los sistemas existentes o la promulgación de nuevas leyes o políticas?

25. Durante la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública en su país, ¿promulgó o aplicó el gobierno leyes o políticas para proteger a las personas particularmente susceptibles ante la enfermedad o la dolencia en cuestión? (por ejemplo, personas mayores, en el caso de la pandemia de COVID-19; mujeres en edad fértil en el caso del virus del Zika).

26. Durante la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública en su país, ¿promulgó o aplicó el gobierno leyes o políticas para garantizar que las personas mayores y las personas con discapacidad tuvieran acceso constante a la atención sanitaria, otros servicios fundamentales y suministros esenciales (por ejemplo, alimentos, medicamentos)?

27. Durante la pandemia de COVID-19, ¿se han aplicado políticas de "selección" para regular la asignación de dispositivos de respiración a los pacientes? En caso afirmativo, ¿qué entidad estableció la política de selección? ¿A qué pacientes se concedió prioridad?

28. Durante la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública en su país, ¿promulgó o aplicó el gobierno leyes o políticas para mitigar la interrupción de la escolaridad de los niños y para proporcionar espacios seguros destinados a los niños que pudieran correr riesgo de maltrato o de negligencia en el hogar?

29. Durante la pandemia de COVID-19 o cualquier otra emergencia de salud pública en su país, ¿existió algún grupo de la población que se enfrentara a barreras informales para acceder a la información, la asistencia sanitaria y otra ayuda? Por ejemplo: barreras lingüísticas; barreras culturales; imposibilidad de acceder físicamente a los servicios

30. En el caso de que se desarrolle una vacuna eficaz para la pandemia de COVID-19, ¿existen leyes o políticas que

- **a.** promuevan o garanticen la disponibilidad de la vacuna para todas las personas, independientemente de factores tales como los medios económicos, la situación migratoria, la edad, la raza, etc.;
- **b.** impongan la obligatoriedad de la vacunación o la conviertan en un requisito previo para asistir al trabajo o a la escuela.

REFERENCIAS

1 <https://www.undrr.org/terminology/disaster>.

2 <https://www.undrr.org/terminology/disaster-risk>.

3 <https://www.undrr.org/terminology/disaster-management>.

4 En este informe se utiliza la definición de gestión del riesgo de desastres adoptada por la red de la Federación Internacional (véase <https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2020/04/DRM_policy_Final_EN.pdf>). La definición de la UNDRR es ligeramente diferente: "La gestión del riesgo de desastres" es la aplicación de políticas y estrategias de reducción del riesgo de desastres, para prevenir nuevos riesgos de desastres, reducir los riesgos de desastres existentes y gestionar los riesgos residuales, contribuyendo al fortalecimiento de la resiliencia y a la reducción de las pérdidas. Las acciones de gestión del riesgo de catástrofes pueden clasificarse en: gestión prospectiva del riesgo de catástrofes, gestión correctiva del riesgo de catástrofes y gestión compensatoria del riesgo de catástrofes (también denominada gestión del riesgo residual): <https://www.undrr.org/terminology/disaster-risk-management>.

5 <https://www.undrr.org/terminology/disaster-risk-reduction>.

6 OMS, Definiciones: emergencias <https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>.

7 RSI, artículo 5, párr. 1) y anexo 1.

8 RSI, artículo 13, párr. 1).

9 OMS, "*¿What is One Health?*", 21 de septiembre de 2017 <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health>.

10 OMS, "¿Qué es una pandemia?" 24 de febrero de 2010 <https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/>.

11 OMS, '*Public Health for mass gatherings: Key considerations', 2015* <https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2015.5/en/>.

12 OMS, "Definiciones: Emergencias": <https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>. En la definición publicada en inglés se utiliza la palabra "facilities" (instalaciones). Sin embargo, se considera que la palabra correcta debería ser "*fatalities*" (muertes).

13 <https://www.undrr.org/terminology/vulnerability>.

14 OMS, *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*, < https://covid19.who.int> (consultado el 1 de abril de 2021).

15 Federación Internacional, Directrices para la facilitación y reglamentación nacionales del socorro internacional en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial (2007) https://www.ifrc.org/PageFiles/41203/1205600-IDRL%20Guidelines-SP-LR.pdf ; Federación Internacional, Lista de verificación sobre la facilitación y reglamentación del socorro internacional en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial (2017) https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/2020/05/1.-IDRL-Checklist-ES_V3.pdf .

16 Federación Internacional, Leyes y reglamentos eficaces para la reducción del riesgo de desastres: informe multinacional (Federación Internacional y PNUD 2014) https://www.undp.org/content/dam/undp/library/crisis%20prevention/UNDP_CPR_DRRLaw_Spanish_Aug2014.pdf. ; y Federación Internacional y PNUD, La lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgo de desastre (2015) https://disasterlaw.ifrc.org/sites/default/files/media/disaster_law/2020-09/The%20Checklist%20on%20law%20and%20DRR%20Oct2015%20SP%20v4.pdf .

17 Federación Internacional, El Derecho y la Preparación y Respuesta ante los Desastres: informe de síntesis multipaís (2019) https://disasterlaw.ifrc.org/sites/default/files/media/disaster_law/2020-09/DPR-Synthesis-Report-Final_02.08.2019_ES.pdf ; y Federación Internacional, Lista de verificación sobre derecho, preparación para desastres e intervención a raíz de estos (2019) https://disasterlaw.ifrc.org/sites/default/files/media/disaster_law/2020-10/DPR-Checklist_ES_Screen.pdf

18 OMS, "¿Qué es el Reglamento Sanitario Internacional?" https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/what-are-the-international-health-regulations-and-emergency-committees

19 Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 (Marco de Sendai), UN Docs. A/CONF.224/CRP.1 https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf

20 Principios de Bangkok para la implementación de los aspectos de salud del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 (Principios de Bangkok) < https://www.preventionweb.net/files/47606_bangkokprinciplesfortheimplementati.pdf>.

21 Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación, "Un mundo desorganizado: Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación informe anual 2020",OMS, 2020, Prólogo, pág. 3 https://www.gpmb.org/es/annual-reports/m/item/2020-a-world-in-disorder

22 Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación, "Un mundo en peligro: informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias", OMS, 2019, Prólogo, pág. 6 https://www.gpmb.org/es/annual-reports/m/item/2019-a-world-at-risk

23 Informe El Derecho y la Preparación y Respuesta ante los Desastres - Informe de síntesis multipaís, capítulos 7, 8 y 9.

24 Véase la pregunta 5 de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública del Reino Unido: Registro Nacional del Riesgo de Emergencias Civiles (Edición de 2017, en idioma original) <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/644968/UK_National_Risk_Register_2017.pdf>.

25 "Informe del grupo de trabajo intergubernamental de expertos de composición abierta sobre los indicadores y la terminología relacionados con la reducción del riesgo de desastres", septuagésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas Docs. A/71/644 https://www.preventionweb.net/files/50683_oiewgreportspanish.pdf

26 Comisión de Derecho Internacional, "Proyecto de artículos sobre la protección de las personas en casos de desastre". La definición de "desastre" es "un acontecimiento o una serie de acontecimientos calamitosos que ocasionen pérdidas masivas de vidas humanas, grandes sufrimientos y angustia a seres humanos, o daños materiales o ambientales de gran magnitud, perturbando así gravemente el funcionamiento de la sociedad", Proyecto de artículo 3, Doc. A/69/10 de las Naciones Unidas.

27 'Definiciones: Emergencies' <https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>. En la definición publicada en inglés se utiliza la palabra "*facilities*" (instalaciones). Sin embargo, se considera que la definición debería referirse más bien a "*fatalities*" (muertes). <https://www.undrr.org/terminology/vulnerability>.

28 Por ejemplo, el glosario sobre tecnologías para la gestión de emergencias sanitarias y riesgos de desastres de la OMS define una emergencia de salud pública como un tipo de evento o amenaza inminente que produce o tiene el potencial de producir una serie de consecuencias para la salud, y que requiere una acción coordinada, generalmente urgente y a menudo no rutinaria. *Nota: Una emergencia sanitaria puede suponer un riesgo importante de morbilidad o mortalidad significativa en una comunidad*.

29 OMS, https://www.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE5.pdf

30 OMS, "¿Qué es una pandemia?" 24 de febrero de 2010 <https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/>. https://www.nytimes.com/es/2020/03/11/espanol/diferencia-pandemia-epidemia-coronavirus.html

31 OMS, '*Public Health for mass gatherings: Key considerations*', 2015 <https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2015.5/en/>.

32 BBC, '*China bubonic plague: WHO 'monitoring' case but says it is not 'high risk*', 7 de julio de 2020. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-china-53325988>.

33 Mark Honigsbaum, *The Pandemic Century* (Penguin, 2020).

34 OMS, Enfermedad por el virus del ébola, 10 de febrero de 2020 https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease

35 OMS, "Declaración del brote de ébola en la República Democrática del Congo como emergencia de salud pública de importancia internacional", 17 de julio de 2019 https://www.who.int/es/news/item/17-07-2019-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-a-public-health-emergency-of-international-concern

36 OMS, "Una vez acabado el décimo brote de ébola en la República Democrática del Congo, debe mantenerse la vigilancia frente a posibles rebrotes y el apoyo a los supervivientes", 25 de junio de 2020 https://www.who.int/es/news/item/25-06-2020-10th-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-over-vigilance-against-flare-ups-and-support-for-survivors-must-continue

37 OMS, "*Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)*", 11 de marzo de 2019 https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)

38 Milan Brahmbhatt y Arindam Dutta, "*On SARS Type Economic effects during Infectious Diseases Outbreaks*", *World Bank Policy Research Working Paper 4466*, enero de 2008, pág. 5 < http://documents1.worldbank.org/curated/en/101511468028867410/pdf/wps4466.pdf>.

39 < https://www.who.int/csr/don/archive/year/2018/en/>.

40 < https://www.who.int/csr/don/archive/year/2019/en/>.

41 < https://www.who.int/csr/don/archive/year/2020/en/>.

42 Centros para el control y la prevención de Enfermedades https://www.cdc.gov/anthrax/es/bioterrorismo/bioterrorismo.html

43 El uso de armas biológicas está contemplado en instrumentos internacionales como la Convención sobre la Prohibición del Desarrollo, la Producción y el Almacenamiento de Armas Bacteriológicas (Biológicas) y Toxínicas y sobre su Destrucción (Convención sobre las Armas Biológicas) y en las convenciones que abordan el terrorismo. Aunque la Convención prevé que los Estados ayuden a otros Estados expuestos al peligro como consecuencia de una violación, las disposiciones relativas a la gestión de un incidente son limitadas.

44 Sin embargo, puede haber circunstancias en que, por ejemplo, una emergencia no relacionada pueda interrumpir el acceso a la prevención o al tratamiento y provocar una epidemia.

45 Véase https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malaria.

46 Véase https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids.

47 OMS, "Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos", 2016 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255204/9789243509761-spa.pdf

48 Asamblea General de las Naciones Unidas, Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la resistencia a los antimicrobianos, Septuagésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 5 de octubre de 2016, Doc. A/RES/7/1/3 de las Naciones Unidas, <https://digitallibrary.un.org/record/845917>.

49 Mapos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Nigeria, pregunta 1: el párrafo 11 hace referencia a un plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos que está integrado en el Plan de Acción Nacional para la Seguridad Sanitaria de Nigeria.

50 Véase, por ejemplo, BBC, COVID.19, Los líderes mundiales piden un nuevo tratado internacional para mejorar la respuesta a una pandemia, 30 de marzo de 2021 https://news.un.org/es/story/2021/03/1490312

51 Naciones Unidas, "Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible', Docs. A/RES/70/1 de las Naciones Unidas, https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf

52 Meta 3.d de los ODS.

53 Meta 3.3 de los ODS.

54 Meta 3.8 de los ODS.

55 Meta 3.b de los ODS.

56 Global Health Security Agenda 2024 Framework <https://ghsagenda.org/wp-content/uploads/2020/06/ghsa2024-framework.pdf Puede consultarse en español en: "La Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial (GHSA): Un avance hacia un mundo más seguro" https://www.oie.int/es/la-agenda-de-seguridad-sanitaria-mundial-ghsa-un-avance-hacia-un-mundo-mas-seguro/

57 Ibid., pág. 3.

58 Ibid., pág. 5.

59 Ibidem, anexo 7.

60 Ibid., pág. 5.

61 Ibid., pág. 5.

62 Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, Doc. A/CONF.224/CRP.1 de las Naciones Unidas; <https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf>.

63 Ibid.

64 Véase un resumen de la relación entre el marco de Sendai y la salud pública, en UNISDR, '*Factsheet: Health in the Context of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction*' <http://towardsasaferworld.org/sites/default/files/150901_Sendai_Health_Factsheet-UNISDR.pdf>.

65 Principios de Bangkok para la aplicación de los aspectos sanitarios del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 < https://www.preventionweb.net/files/47606_bangkokprinciplesfortheimplementati.pdf >.

66 Principios de Bangkok, Principio 1.

67 Ibid., Principio 2.

68 Ibid., Principio 7.

69 XXXIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Resolución 3, El momento de actuar: juntos en la lucha ante epidemias y pandemias', 9 a 12 de diciembre de 2019, (Resolución 3, **XXXIII Conferencia Internacional**), 33IC/19/R3.<https://rcrcconference.org/app/uploads/2019/12/33IC_R3-Epidemic_Pandemic-resolution-adopted-final-ES.pdf.>.

70 Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución sobre la respuesta integral y coordinada a la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), 10 de septiembre de 2020, UNDOCS A/74/L.92 < https://undocs.org/es/A/RES/74/306>.

71 73ª Asamblea Mundial de la Salud, Resolución sobre la respuesta a la COVID-19, 19 de mayo de 2020, WHA73.1 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf>.

72 Resolución 2532(2020) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 1 de julio de 2020. <https://undocs.org/es/S/RES/2532(2020)

73 Ibid., resolución 7(1).

74 Ibid., resolución 7.2).

75 Ibid., resolución 7(3).

76 RSI, artículo 44.

77 Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias. Informe del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias, A/70/723, 9 de febrero de 2016; < https://undocs.org/sp/A/70/723>.

78 Decisión N.º 1082/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2013, sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud < https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A02013D1082-20131105#>.

79 Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN), 2010, *The ASEAN Agreement on Disaster Risk Management and Emergency Response*. <https://asean.org/?static_post=the-asean-agreement-on-disaster-management-and-emergency-response>.

80 Decisión Nº 1313/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 17 de diciembre de 2013, relativa a un mecanismo de protección civil de la Unión. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013D1313&from=en>.

81 *The 2008 Caribbean Disaster Emergency Response Agreement.* < https://www.jus.uio.no/english/services/library/treaties/13/13-02/caricom_disaster.xml>.

82 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Samoa, pregunta 1.

83 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Tuvalu, pregunta 1 1) c).

84 <https://www.carpha.org>.

85 *Agreement Establishing the Caribbean Public Health Agency,* junio de 2011 <https://www.carpha.org/Portals/0/Documents/CARPHA_IGA.pdf>.

86 Reglamento Sanitario Internacional: Actas del Comité Especial y de la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud sobre el Reglamento de la OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85636/Official_record37_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

87 < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96616/9241580070.pdf?sequence=1>.

88 Las referencias que figuran en este informe son de la tercera edición. < https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>.

89 RSI, artículo 2.

90 RSI, artículo 47.

91 RSI, artículo 48.

92 RSI, artículo 50.

93 RSI, artículo 51.

94 RSI, artículo 12

95 RSI, artículo 15.

96 RSI, artículo 1 1).

97 Véase el RSI, artículo 12.

98 RSI, artículo 6.

99 RSI, artículo 10.

100 RSI, artículos 10 4) y 11.

101 RSI, artículo 13.

102 RSI, artículo 15.

103 RSI, artículo 15 2).

104 RSI, artículo 18.

105 RSI, artículos 19 a 41.

106 RSI, artículo 23(1).

107 RSI, artículo 28.

108 RSI, artículos 30 a 32.

109 Véase un examen detallado de las capacidades básicas y las deficiencias en su aplicación, en Giulio Bartolini, "*The Failure of 'Core Capacities' under the WHO International Health Regulations*", ICLQ vol 70, enero de 2021' págs. 233-250 (Bartolini).

110 RSI, art. 5 1) y anexo 1.

111 RSI, artículo 13 1).

112 RSI, artículos 5 2) y 13 2).

113 Véase, por ejemplo, OMS, "Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe de la Directora General" (18 de mayo de 2016) A70/15 . <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_15-sp.pdf>.

114 RSI, artículo 4 1).

115 RSI, artículo 22 1) h).

116 RSI, artículo 22 1) i).

117 RSI, artículo 6.

118 RSI, artículo 13 5).

119 RSI, artículo 44.

120 RSI, artículo 3 1).

121 RSI, artículo 54 1).

122 Informe del Comité de Examen del Funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la Pandemia (H1N1) 2009, 5 de mayo de 2011, A64/10 < https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf?ua=1>.

123 Informe del Comité de Examen de las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI, 16 de enero de 2015, EB136/22 < https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-sp.pdf>.

124 Informe del Comité de examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ébola y en la respuesta que se ha dado, 13 de mayo de 2016 < https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf?ua=1>.

125 Informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ébola, julio de 2015 < https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-es.pdf?ua=1>.

126 *Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations* (2005) during the COVID-19 Response <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19>.

127 Véase, por ejemplo: OMS, "*WHO's Work in Health Emergencies: Strengthening WHO's global emergency preparedness and response*", 16 de enero de 2021 EB 148/18 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_18-en.pdf>; y el discurso de apertura de la Directora General de la OMS en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 4 de diciembre de 2020 <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-united-nations-general-assembly-special-session---4-december-2020>.

128 *Ebola Interim Assessment Panel, Executive Summary*, pág. 5.

129 *H1N1 Review*, pág. 12.

130 *Ebola Review*, pág. 9.

131 *H1N1 Review, Summary Conclusion 1; Ebola Review, pág. 9; Ebola Interim Assessment Panel*, pág. 5.

132 Ibid., *Summary Conclusion* 3.

133 *Ebola Review*, pág. 10.

134 Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre la respuesta mundial a las crisis sanitarias, A/70/723, 9 de febrero de 2016 < https://digitallibrary.un.org/record/822489>.

135 Ibid., pág. 14.

136 Ibid., pág. 8.

137 Ibid., pág. 9.

138 Ibid., Recomendación 1, pág. 13.

139 Ibid., párr. 98.

140 Ibid., Recomendación 3, pág. 14.

141 Véase <https://extranet.who.int/sph/ihrmef>.

142 OMS, "*Guidance for Conducting a Country COVID-19 Intra-Action Review ('IAR')*", 23 de julio de 2020 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country_IAR-2020.1>.

143 <https://extranet.who.int/sph/spar>.

144 OMS, "Instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados parte", pág. 8 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272438/WHO-WHE-CPI-2018.17- spa%20(1).pdf >.

145 Ibid. La puntuación en relación con el indicador de capacidad en materia de legislación y financiación fue en promedio del 62% a nivel mundial en 2018, y del 67% en 2019. En 2019, las puntuaciones para esta capacidad desglosadas por región de la OMS fueron: 43% en la región de África de la OMS, 74% en la región de América, 64% en la región del Mediterráneo oriental, 80% en la región de Europa, 67% en la región de Asia sudoriental y 74% en la región del Pacífico occidental: <https://extranet.who.int/e-spar>.

146 OMS, 'Herramienta de evaluación externa conjunta: Reglamento Sanitario Internacional (2005)' (segunda edición, 2018) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275849/9789243550220-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

147 Ibid., pág. 16.

148 OMS, '*WHO Benchmarks for International Health Regulations (IHR) Capacities (2019)* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311158/9789241515429-eng.pdf?sequence=1>.

149 Ibid., pág. 7.

150 Ibid.

151 Ibidem, punto de referencia 1.

152 Equipo de Tareas sobre las Crisis Sanitarias Mundiales, Informe final; < https://www. https://undocs.org/es/A/72/113>.

153 Ibid., pág. 5.

154 < https://www. https://www.who.int/ihr/publications/NAPHS_for_All_Framework_SPANISH_final.pdf >.

155 OMS, '*NAPHS for all: a country implementation guide for national action plan for health security (NAPHS)*', 2019 < https://www.who.int/ihr/publications/country_implementation_guide_for_naphs/en/>.

156 OMS, "*Health emergency and disaster risk management framework*" 2019 < https://apps.who.int/iris/handle/10665/326106>.

157 < https://www. https://www.who.int/ihr/Intro_legislative_implementation_es.pdf>.

158 < https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.4.4/en/>.

159 < https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.3/en/>.

160 OMS, "Reglamento Sanitario Internacional (2005) Breve introducción a su aplicación en la legislación nacional", pág. 8.

161 Ibid., págs. 9 y 10.

162 Bartolini, pág. 233.

163 OMS, "Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)", A73/14 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_14-sp.pd>.

164 Stefania Negri, '*Communicable Disease Control' en Gian Luca Burci y Brigit Toebes (Eds), Research Handbook on Global Health Law* (Edward Elgar, 2018).

165 La falta de sanciones que puedan aplicarse fue descrita por el Comité de Examen del H1N1 como "la deficiencia estructural más importante del RSI... Por ejemplo, si un país no explica por qué ha adoptado medidas más restrictivas del tráfico y el comercio que las recomendadas por la OMS, no hay consecuencias legales ": Comité de Examen del H1N1, párr, 24.

166 La OMS ya ha establecido un Comité de examen y un Grupo independiente de preparación y respuesta ante una pandemia para evaluar la respuesta mundial a la COVID-19: véase la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA73.1, (73ª reunión, 19 de mayo de 2020) <https:// https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf>; y véanse "Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) durante la respuesta al COVID-19" <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19/>; e "*Independent evaluation of global COVID-19 response announced*", (OMS, 9 de julio de 2020); <https://www.who.int/news/item/09-07-2020-independent-evaluation-of-global-covid-19-response-announced>.

167 Entre los factores que dificultan la aplicación del RSI por parte de los Estados se han citado asimismo la carencia de financiación, incluida la falta de un régimen de financiación internacional o la capacidad de ofrecer a los Estados incentivos para aplicar el Reglamento. Sin embargo, como este tema no se abordó en los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública, el informe no ha considerado en detalle la financiación de las medidas de aplicación.

168 Véase la sección 3.3.5.

169 Bartolini, págs. 239 a 240.

170 En 2018, ciento noventa y un (191) Estados presentaron informes. Para 2019, el número se redujo a ciento sesenta y seis (166) o sea, el 84%, pero esto puede haberse debido las consecuencias de la pandemia de COVID-19: véase OMS, Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), 12 de mayo de 2020 A73/14, párr. 9 <https:// https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_14-sp.pdf >.

171 Bartolini, pág. 244.

172 Ibid., pág. 247; y véase Global Preparedness Monitoring Board, A World in Disorder, pág. 43.

173 Véase, por ejemplo, JH Ausubel y DG Victor, '*Verification of International Agreements' Annual Review of Energy and the Environment* 17: 1-43 1992 Rockefeller University <https://phe.rockefeller.edu/publication/verification-international-environmental-agreements/>.

174 Convenio internacional para la seguridad de la vida humana en el mar 1974, 1184 UNTS 3; Convenio internacional para prevenir la contaminación por los buques 1973/1978, 1340 UNTS 16; Convenio Internacional sobre arqueo de buques 1969, 1291 UNTS 3; Convenio internacional sobre líneas de carga 1966, 640 UNTS 133; Convenio Internacional sobre normas de formación, titulación y guardia para la gente de mar 1978, 1361 UNTS 2; y Reglamento internacional para prevenir los abordajes en el mar 1972, 1050 UNTS 16.

175 Código III, Preámbulo.

176 OMI, *Auditor's Manual for the IMO Member State Audit Scheme*, sección 12.

177 Bartolini, pág. 247.

178 Resolución 3 de la XXXIII Conferencia Internacional, párrafos 3 2) y 3).

179 Mapeos jurídicos de los decretos de emergencia de Argentina, pregunta 1.

180 Código OMI III, párr. 3.

181 Véase, por ejemplo, Federación Internacional y PNUD, '*The Handbook on Law and Disaster Risk Reduction*', 2015, pág. 21 < https://disasterlaw.ifrc.org/media/1349>.

182 Resolución 3 2) de la XXXIII Conferencia Internacional.

183 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Sri Lanka, pregunta 1.

184 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Nigeria, pregunta IV.1.

185 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Sierra Leona, preguntas 1 y 7.

186 Bartolini, pág. 247.

187 OMI, Auditor's Manual for the IMO Member State Audit Scheme, sección 12.

188 Por ejemplo, en virtud del Convenio Internacional para la seguridad de la vida humana en el mar se obliga a las partes a "comunicar al secretario general de la OMI y a depositar ante él el texto de las leyes, decretos, órdenes, reglamentaciones y otros instrumentos que se hayan promulgados sobre las diversas cuestiones regidas por el Protocolo [del Convenio]". Protocolo de 1988 relativo al Convenio internacional para la seguridad de la vida humana en el mar, art. III. Otros convenios marítimos contienen disposiciones similares: véase, por ejemplo, el Convenio internacional para prevenir la contaminación por los buques, párr.1, apartado b) del art. 11, y el Convenio internacional sobre normas de formación, titulación y guardia para la gente de mar, párr.1, apartado a) del art. III. La OMI permite a los Estados publicar la legislación marítima nacional en los espacios de acceso público de su Sistema mundial integrado de información marítima <https://gisis.imo.org/Public/Default.aspx>.

189 Véase Bartolini, pág. 248.

190 Véase <https://www.bancomundial.org/es/topic/pandemics/brief/fact-sheet-pandemic-emergency-financing-facility>.

191 Véase <https://www.theglobalfund.org/en/>.

192 Véase <https://www.gavi.org>.

193 Véase <https://cepi.net/wp-content/uploads/2021/05/CEPI-Investment-Case-Spanish.pdf

194 Véase, por ejemplo, <https://www.imo.org/en/OurWork/TechnicalCooperation/Pages/Default.aspx>.

195 < https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.3/en/>.

196 Véase <https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/WHO-Thematic-Platform-Health-EDRM-Research-Network-2018.pdf?ua=1>.

197 Plataforma temática de la OMS para la Red de investigación sobre emergencias sanitarias y gestión del riesgo de desastres: Informe de la reunión de expertos de Kobe. Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16, 1232 <doi:10.3390/ijerph1607123>.

198 Algunos sistemas regionales de alerta temprana establecidos para alertar sobre desastres de forma más general pueden aplicarse también a las emergencias de salud pública: por ejemplo, en la UE y la ASEAN.

199 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública de Brasil: Orden Nº 1865 del 10 de agosto de 2006. Véase OMS, Reglamento Sanitario Internacional (2005): *Toolkit for implementation of national legislation*, página 136.

200 Reglamento Sanitario Internacional, art. 7, párr. 1). El centro nacional de enlace para el Reglamento Sanitario Internacional debe actuar de acuerdo con el instrumento de decisión del RSI y también notificar a la OMS cualquier medida sanitaria que se haya aplicado en respuesta.

201 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Suiza, pregunta 12; art. 80 3) *Federal Act on the control of communicable human diseases*, 28 de septiembre de 2012.

202 Esto puede ser especialmente cierto si hay dudas sobre quién es el responsable. Como ejemplo, los Mapeos jurídicos de emergencias de salud pública señalaron una controversia sobre el papel de los gobiernos centrales y provinciales en la declaración de una emergencia de salud pública.

203 Véase también el capítulo 4.

204 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Australia: *National Health Security Act 2007* (Australia), sección 19.

205 Se puede consultar un análisis general de esta evolución, en S. Whitbourn, '*The 'Protection of Knowing': The Evolving Concept of Early Warning and States' Obligations to Inform of Disaster Risk and Warn of Disaster', The Cambridge Handbook of Disaster Risk Reduction and International Law*, Eds KLH Samuel, M Aronsson-Storrier y K Nakjavani Bookmiller (Cambridge University Press, 2019), págs.131 a 149.

206 Marco de Sendai, párr. 18 g).

207 Comisión de Derecho Internacional, Proyecto de artículos sobre la protección de las personas en caso de desastre, con comentarios, del 2 de mayo al 10 de junio y del 4 de julio al 12 de agosto de 2016, A/71/10. <https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/commentaries/6_3_2016.pdf>, proyecto de artículo 9(1).

208 Ibid., Comentario sobre el proyecto de artículo 8.

209 Informe El Derecho y la Preparación y Respuesta ante los Desastres - Informe de síntesis multipaís, cap. 4, pág. 63.

210 Ibid., pág. 77.

211 Ibid.

212 Ibid., pág. 27.

213 Ibid., pág. 28

214 Ibid., pág. 34.

215 Ibid., pág. 34.

216 La descripción de los participantes en la gestión del riesgo de emergencias de salud pública constituye un problema en sí mismo. Se puede percibir que una parte de la terminología utilizada excluye a ciertos grupos o individuos, o indica que esos grupos o individuos tienen un papel menor de lo que les correspondería. Sin embargo, tal vez se pueda distinguir entre 1) participantes que tienen obligaciones específicas asignadas, normalmente en la legislación, normalmente las autoridades públicas, y 2) participantes que pueden no estar en el centro de la intervención pero que, sin embargo, pueden contribuir proporcionando apoyo, recursos o asesoramiento o representando a otros que puedan verse afectados. En reconocimiento de esta distinción, el presente informe utiliza el término "agente" para describir las principales organizaciones que pueden ejercer funciones ejecutivas, mientras que los términos "parte interesada" o "participante" se utilizan para describir el conjunto más amplio de los que participan en la gestión del riesgo de emergencias de salud pública.

217 Principios de Bangkok, principio 1.

218 Ibid., principio 2.

219 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Reino Unido, pregunta 1. Véase, por ejemplo, en Inglaterra y Gales, the Public Health (Control of Diseases) Act < https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1984/22/contents>. El Reino Unido, sin embargo, también tuvo que aprobar una legislación urgente, la Ley sobre coronavirus de 2020, para cubrir determinadas lagunas y conceder mayores competencias, pero ello todavía podría describirse como legislación de salud pública.

220 Ibid., Civil Contingencies Act 2004 (Reino Unido) < https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/36/contents>.

221 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Australia, pregunta 2.1. Véase *Biosecurity Act 2015* (Australia Cth)), *National Health Security Act* 2007 (Australia, Cth); *Public Health and Wellbeing Act* 2008 (Victoria); *Public Health and Wellbeing Regulations 2019* (Victoria); *Public Health Act 2010* (New South Wales); *Public Health Regulations 2012* (NSW).).

222 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Brasil, preguntas 1 y 12 y véase la ordenanza 188 del 3 de febrero de 2020.

223 Ibid., Decreto nº 10.211 de 30 de enero de 2020.

224 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Liberia: *Public Health Law as Revised (2019)* (Liberia) <http://www.moh.gov.lr/wp-content/uploads/FINISHED-DRAFT-REVISED-PUBLIC-HEALTH-LAW-REPUBLIC-OF-LIBERIA-2019_Validation.pdf >.

225 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - China, preguntas 1 y2.

226 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - República de Corea, pregunta 2.1; y véase *Quarantine Act (Act No 9846)* (ROK) <http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=53531&lang=ENG> y la *Infectious Disease Control and Prevention Act (Act No. 17067)* (ROK) <http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=53530&lang=ENG>.

227 Ibid.: *Framework Act on the Management of Disasters and Safety (Act No. 15344)* <http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=46614&lang=ENG >.

228 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Sri Lanka, pregunta 1: por ejemplo, *Quarantine Ordinance 1897, Constitution of Sri Lanka, Public Security Ordinance 1947 and Disaster Management Act 1947*.

229 Ibidem: Ley No. 9 del 24 de enero de 1979 por la cual se dictan medidas sanitarias (Colombia).

230 Mapeos jurídicos sobre emergencias sanitarias en Colombia: Ley 1753 de 2015 (Colombia).

231 Ibidem: Decreto 1547 del 21 de junio de 1984 por el que se crea el Fondo nacional para calamidades y se dictan normas para su organización y funcionamiento.

232 Ibidem: Ley 1523 del 24 de abril de 2012 por la cual se adopta la Política nacional de gestión del riesgo de desastres y se dicta el Sistema nacional de gestión del riesgo de desastres y se dictan otras disposiciones (Colombia).

233 Ibid.: Constitución de Colombia <https://www.constituteproject.org/constitution/Colombia_2005.pdf>.

234 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública- Estados Unidos de América, pregunta 3.

235 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - *Sudáfrica: Disaster Management Act 57 of 2002 (South Africa)*) <https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201409/a57-020.pdf>.

236 Mapeo jurídico a sobre emergencias de salud pública - Honduras: Decreto legislativo No. 9-90E, "Ley de Contingencias Nacionales" (Honduras), 18 de diciembre de 1990; Decreto Legislativo No. 217-93, "Ley de Contingencias Nacionales", 13 de octubre de 1993, que modifica el Decreto Legislativo No. 9-90E (Honduras).

237 Ibid., Acuerdo Ejecutivo 032-2010, 30 de julio de 2010 (Honduras).

238 *Disaster Preparedness and Emergency Management Act 1993 (Jamaica)* <https://moj.gov.jm/sites/default/files/laws/The%20Disaster%20Preparedness%20and%20Emergency%20Management%20Act.pdf>.

239 Véase el principio 7 de los principios de Bangkok.

240 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - *Tuvalu: Public Health Act 2008*, artículo 2.

241 Se entiende que el Gobierno de la India introdujo un proyecto de ley de salud pública (prevención, control y gestión de epidemias, bioterrorismo y desastres) en 2017 para establecer disposiciones exhaustivas, pero al parecer el proyecto no se ha convertido en ley. Véase Parikshit Goyal, "*The Epidemic Diseases Act 1897 Needs an Urgent Review*", Economic and Political Weekly Vol.55, Issue No 45, 7 de noviembre de 2020 <https://www.epw.in/node/157579/pdf>.

242 Mapeos jurídicos de decretos de emergencias - Uganda: < https://www.kcca.go.ug/uDocs/public%20health%20act%20Chapter_281.pdf>.

243 Mapeos jurídicos de decretos de emergencias - Zambia: < http://www.parliament.gov.zm/sites/default/files/documents/acts/Public%20Health%20Act.pdf. Nigeria>.

244 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Nigeria: <http://lawsofnigeria.placng.org/laws/Q2.pdf>.

245 Mapeos jurídicos de decretos de emergencias - Granada.

246 Mapeos jurídicos de decretos de emergencias - *Lesoto: Public Health Order 1970 (Lesotho).*

247 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - *Liberia: Public Health Laws 1976 (Liberia).*

248 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - *Singapur: Infectious Diseases Act (Singapore)*, artículo 2. Aunque la ley contiene una lista de enfermedades especificadas como desastre, también incluye cualquier otra enfermedad que sea i) causada o se sospecha que es causada por un microorganismo o cualquier agente de enfermedad; ii) capaz o se sospecha que es capaz de transmitirse por cualquier medio a los seres humanos; y iii) que el director [de los Servicios Médicos] tiene razones para creer que, si no se investiga o no se controla, es probable que dé lugar a una epidemia de la enfermedad.

249 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – República de Corea: *Infectious Disease Control and Prevention Act (Corea)*, Art 2(5)

250 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Islas Marshall: *Emergencies Act 1979 (Marshall Islands)*, 1102 <http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Marshall_Islands/MH_Emergencies_Act.pdf>.

251 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Australia: véase *Emergency Management Act 1986 (Victoria); State Emergency and Rescue Management Act 1989 (NSW).*

252 Mapeos jurídicos de la salud pública - Irán, pregunta 2.

253 UNDRR, '*Review of COVID-19 Disaster Risk Governance in Asia-Pacific: Towards Multi-Hazard and Multi-Sectoral Disaster Risk Reduction*', 2020 <https://www.undrr.org/publication/review-covid-19-disaster-risk-governance-asia-pacific-towards-multi-hazard-and-multi>.

254 Glosario en línea UNDRR <https://www.undrr.org/terminology>.

255 *Centre for Disease Control y Prevention (USA) Zoonotic Diseases* <https://www.cdc.gov/onehealth/basics/zoonotic-diseases.html>.

256 <http://www.fao.org/3/al868e/al868e00.pdf>.

257 Preneshni R Naicaker, '*The impact of climate change y other factors on zoonotic diseases', Archives of Clinical Microbiology*, 2011 <https://www.acmicrob.com/microbiology/the-impact-of-climate-change-y-other-fagentes-on-zoonotic-diseases.pdf>.

258 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Estados Unidos de América: *North American Plan for Animal y Pandemic Influenza*, 33-35, 2 abril de 2012 <https://www.phe.gov/Preparedness/international/Pages/napapi.aspx>.

259 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Reino Unido, pregunta 2: *Animal Health Act 1981* ss 29 y 30; y *Animal Health Act 2002* (Inglaterra y Gales).

260 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Liberia: *Public Health Act (Liberia)*, capítulo 17.

261 Ibid.: *Public Health Act (Liberia)*, s 17.3. Existe un funcionario responsable de la regulación zoonótica. Entre las medidas encaminadas a la reducción de riesgos figura la autoridad para la inspección de lugares que podrían ser foco de enfermedades zoonóticas.

262 El mapeo jurídico en la República de Corea fue una excepción. La principal legislación, la ley sobre control y prevención de enfermedades infecciosas (*Infectious Disease Control y Prevention* Act) denota claramente incluso en su título que abarca tanto la prevención como el control de emergencias de salud pública.

263 Aunque aquí se considera la coordinación y la colaboración como un tema separado, está estrechamente vinculado y coincide con cuestiones relativas a liderazgo, participación, y representación que se abordan en otras publicaciones.

264 Informe DPR, p33.

265 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública - Colombia, pregunta 5.

266 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública - Sudáfrica, T 2,3,7 y 8.

267 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública - Reino Unido, pregunta 5-7.

268 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública - Emiratos Árabes Unidos, pregunta 7.

269 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública - Bulgaria, pregunta 7 y 8.

270 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública - Sierra Leona, pregunta 7

271 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública - Reino Unido: *Civil Contingencies Act 2002 (Contingency Planning) Regulations 2005 (United Kingdom)*.

272 Informe DPR, pág. 37.

273 Los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública indican variaciones en la identificación de las funciones de dirección: en ciertos casos existen disposiciones expresas en las legislaciones mientras que en otros esto se dirime a nivel de planes, políticas u orientaciones.

274 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Nueva Zelanda: *Epidemic Preparedness Act 20026 (New Zealand)*, s 5.

275 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública -República Democrática del Congo.

276 Informe DPR, p36.

277 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Brasil, pregunta 5.

278 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – República de Corea, pregunta 2.5.

279 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Colombia, pregunta 5.

280 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Papúa Nueva Guinea, pregunta 3.

281 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - República de Corea, pregunta 2.5a). A través del índice de seguridad para gobiernos locales, se pone directamente a disposición del público los mapas de seguridad ya sea en línea como mediante una aplicación de telefonía móvil. La finalidad de esta iniciativa es reforzar la concienciación de los ciudadanos acerca de los riesgos y proporcionar un servicio de notificación de alarmas con información en tiempo real que utiliza los sistemas de geolocalización de los teléfonos móviles. Se incluye también una categoría de riesgos de salud pública. .

282 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Liberia, pregunta 5 y 6.

283 Véase, por ejemplo, los Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Reino Unido. En el Reino Unido se coloca énfasis en la planificación a nivel de los gobiernos locales como piedra angular de la gestión del riesgo de desastres. Véase *Civil Contingencies Act 2004 y Civil Contingencies Act 2004 (Contingency Planning) Regulations 2005*. Bajo este sistema, los socorristas locales, en particular de los servicios de emergencia, junto con las autoridades y organismos con presencia local, tienen la obligación de evaluar los riesgos y establecer planes para emergencias. Cabe destacar que estas obligaciones incumben también a las autoridades sanitarias locales y a los organismos que representan a los médicos que deben colaborar con otros agentes de intervención a través de foros locales sobre resiliencia.

284 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Colombia, pregunta 2.7: Ley 1505 del 5 de enero de 2012.

285 Ibid. El sistema contempla también incentivos para el servicio voluntario, por ejemplo, prestaciones de seguridad social, oportunidades de educación y subsidios para gastos corrientes.

286 Informe DPR, pág. 32.

287 Informe DPR, pág. 36.

288 Objetivos de desarrollo sostenible (ODS), meta 3.d.

289 La noción de "asistencia social" se emplea para abarcar toda la ayuda que se proporciona a las personas, ya sea de edad, con disparidades o niños. Pueden ser servicios que prestan oficialmente diversas organizaciones o atención proporcionada de manera informal por las comunidades, miembros de las familias, u otras personas.

290 Convenios de Ginebra. Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja aprobados en la XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, celebrada en Ginebra, en 1986, y enmendados en 1995 y 2006. Resolución 2 de la XXX Conferencia Internacional y resolución 4 de la XXXI Conferencia Internacional.

291 Las cláusulas de propósito en ese tipo de leyes suelen estar redactadas de manera que incluyen la ejecución de actividades y la asistencia en la ejecución de estas, por ejemplo, con respecto al "fomento de la salud y la prevención de enfermedades" o, según una fórmula usual, "aportar socorro a las víctimas en caso de catástrofes o desastres de carácter público".

292 Mapeos jurídicos de decretos de emergencia - Haití, pregunta 2; y Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, '*COVID-19 Outbreak Operational Update* #9', 2 de abril de 2020.

293 Mapeos jurídicos de decretos de emergencia - Sudán, pregunta 2.

294 Mapeos jurídicos de decretos de emergencia - Guinea, pregunta 2.

295 Mapeos jurídicos de decretos de emergencia - Guinea, pregunta 2.

296 Mapeos jurídicos de decretos de emergencia - Sudán.

297 Mapeos jurídicos de decretos de emergencia - Bahamas, pregunta 2.

298 Mapeos jurídicos de decretos de emergencia - Guatemala, pregunta 2.

299 Mapeos jurídicos de decretos de emergencia - Zambia, pregunta 2.

300 Mapeos jurídicos de decretos de emergencia- Nigeria. Véase art. 1(B)(3), *National Disaster Response Plan (National Emergency Management Agency) (2002) (Nigeria)* <https://www.refworld.org/docid/5b3f83af4.html>.

301 Mapeos jurídicos de decretos de emergencia--Nigeria, pregunta 2.

302 Esta sección se centra en los establecimientos escolares. Cabe señalar que las universidades y demás establecimientos de educación terciaria pueden verse afectados por emergencias de salud pública, como de hecho sucedió durante la pandemia de COVID-19. No obstante, en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública no se solicitó información sobre esas instituciones ni sus alumnos.

303 Hasta fines de abril de 2020, había sido necesario el cierre de establecimientos escolares en 190 países, con la consiguiente interrupción de la educación impartida a cerca de 1 580 millones de alumnos, esto es cerca del 92% del alumnado mundial. Véase UNESCO, <https://en.unesco.org/news/unesco-figures-show-two-thirds-academic-year-lost-average-worldwide-due-covid-19-school>.

304 Informe DPR, pág. 66.

305 Fondo Monetario Internacional, *World Economic Outlook Report*, publicado en octubre de 2020. En relación con la pandemia de COVID-19, se comenta que muchos Estados … adoptaron medidas fiscales por valor de USD 11 700 billones para contener la pandemia y los efectos de esta en la economía. Además, los bancos centrales adoptaron medidas por un monto estimado en más de USD 7 500 billones. *IMF, World Economic Outlook, October 2020: A Long y Difficult Ascent* <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/09/30/world-economic-outlook-october-2020>. La carga económica y social generada por la epidemia y pandemia del ébola entre 2013 y 2016 se estimó en USD 53 190 millones. Véase Caroline Huber, Lyn Finelli, Warren Stevens, *The Economic y Social Burden of the 2014 Ebola Outbreak in West Africa, The Journal of Infectious Diseases*, volumen 218, suplemento 5, 15 de diciembre de 2018, págs. S698–S704 <https://doi.org/10.1093/infdis/jiy213>. Véase también: bitácoras digitales del Banco Mundial, *Estimating the Economic Cost of Ebola* <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/estimating-economic-cost-ebola> y *US Center for Disease Control y Prevention, 'Cost of the Ebola Epidemic'* <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/cost-ebola-multipage-infographic.pdf>. Las pérdidas debidas al síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en el PIB correspondiente a 2003, de las economías de Hong Kong, Singapur y Taiwán fueron estimadas por el Banco Mundial en USD 13 000 millones, o el 1,1% del PIB en la región. En el mismo informe se estima que las repercusiones de un brote localizado de la peste en la zona de Surat, en India, en 1994 causó pérdidas comerciales por valor de USD 260 millones, perdidas en las exportaciones por valor de USD 420 millones y pérdidas económicas globales, con inclusión del turismo, por más de USD 2 000 millones. Véase Banco Mundial, *Policy Research Working Paper 4466, Milan Brahmbhatt, Arindam Dutta, 'On SARS Type Economic effects during Infectious Diseases Outbreaks*, enero de 2008, pág.8. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/101511468028867410/pdf/wps4466.pdf>.

306 Por ejemplo, en el Reino Unido. Véase los Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Reino Unido, pregunta 6.

307 Informe DPR, pág. 36.

308 Véase, por ejemplo, Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública -Reino Unido, pregunta 5. La estructura sanitaria del Reino Unido incluye departamentos gubernamentales; un servicio nacional de salud cuasi gubernamental; autoridades locales; grupos de derivación clínica; médicos generalistas y contratistas de atención primaria; hospitales, salud mental, atención comunitaria y fideicomisos de ambulancia; proveedores privados de atención médica; y proveedores públicos y privados de atención social. Véase, además, Nuffield Trust: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/chart/the-structure-of-the-health-y-social-system-in-england>.

309 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Brasil, pregunta 5.

310 Informe DPR, pág. 59.

311 Ibid., pág. 59.

312 Ibid., pág. 60.

313 Ibid., pág. 61.

314 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Honduras, pregunta 2: acuerdo ejecutivo 032-2010, 30 de julio de 2010 (Honduras).

315 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Nueva Zelanda, pregunta 1.

316 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Suiza, pregunta 1.

317 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Reino Unido, pregunta 5.

318 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Singapur, T13: *Constitution of the Republic of Singapore*, art 64A, conforme figura en la constitución de la República de Singapur (enmendada), ley 2020 (No 24 de 2020); <https://sso.agc.gov.sg/Act/CONS1963#pr64A>.

319 Informe DPR, pág. 63.

320 Ibid., pág. 66.

321 Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre, tema 3 y págs. 18 y 19.

322 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - República de Corea. Por ejemplo, Hyonhee Shin, '*South Korea's emergency exercise in December facilitated coronavirus testing, containment*', Reuters, 30 de marzo de 2020 <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-southkorea-drills-idUSKBN21H0BQ>.

323 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – India. Por ejemplo, comentarios sobre la oposición y controversia suscitados por la protección general y extensa concedida por la legislación a las autoridades de India (amparándolas de toda acción judicial en relación con las medidas adoptadas ante una emergencia de salud pública), en particular habida cuenta de que la imposición de cuarentenas fue ampliamente considerada como una medidas contraria al derecho fundamental de libertad de movimiento. SE observó también que las medidas de confinamiento nacional fueron anunciadas con muy poca antelación y consulta, creando la impresión de que el Gobierno central había cortocircuitado el procedimiento debido. Véase Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - India, pregunta 13.

324 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Sierra Leona.

325 *Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009*, 5 de mayo de 2011, A64/10 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf?ua=1>; *Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation*, 16 de enero de 2015, EB136/22 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-en.pdf>; *Report of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response*, 13 de mayo de 2016 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf?ua=1>; *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*, julio de 2015 <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>.

326 Véase *SARS Expert Committee, 'SARS in Hong Kong: From Experience to Action'*, octubre de 2003 <https://www.coronavirus.gov.hk/eng/sars-expert-committee.html>; y *'Independent SARS Commission Report'*, diciembre de 2006, Ontario <http://www.archives.gov.on.ca/en/e_records/sars/report/index.html>.

327 Véase, por ejemplo, *United Kingdom Cabinet Office, 'The 2009 Influenza Pandemic - An independent review of the United KIngdom response to the 2009 influenza pandemic*', julio de 2010. <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/61252/the2009influenzapandemic-review.pdf>.

328 OMS, *Guidance for Conducting a Country COVID-19 Intra-Action Review* (IAR)' (OMS, 23 de julio de 2020) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333419>.

329 Informe DPR, capítulo 5, págs. 79 – 91.

330 Ibid., pág. 80.

331 Ibid., pág. 79.

332 Véase, por ejemplo, Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Suiza, pregunta 12: *Federal Act on the Statutory Principles for Federal Council Ordinances on Combating the COVID-19 Epidemic* y ordenanzas 1, 2, 3 sobre medidas de lucha contra el coronavirus (COVID-19); Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Mongolia, pregunta 11, *Law of Mongolia on the Prevention and Fight against COVID-19 Coronavirus Infection and Minimising the Effect on Social Amendment Economic Development*; Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Reino Unido, pregunta 11, Coronavirus Act 2020; y véase las preguntas 11 o 12 en general en la mayoría de los mapeos jurídicos de emergencias de salud pública.

333 En ciertos Estados, no es necesaria una declaración oficial para la activación de poderes de emergencia durante emergencias de salud pública. En esos casos, basta con que un responsable de la adopción de decisiones considere a satisfacción que existe una emergencia de salud pública o que esta cumpla con ciertos criterios definidos con antelación.

334 Las excepciones señaladas fueron la República de Corea y los Emiratos Árabes Unidos, aunque esto puede reflejar los diferentes significados de los "poderes de emergencia" en los Estados de la muestra.

335 Informe DPR, pág. 80.

336 Se encuentra un ejemplo en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Estados Unidos de América. *Robert T Stafford Disaster Relief y Emergency Assistance Act 1988* (US).

337 Informe DPR, pág. 79.

338 Véase, por ejemplo, Raoul Wallenberg Institute, '*Pandemic preparedness y response: National COVID-19 Law y policy in human rights perspective', Consultation Draft*, 28 de enero de 2021, pág. 63 <https://rwi.lu.se/wp-content/uploads/2021/01/Pandemic-preparedness-y-response-in-human-rights-perspective-final-report.pdf>.

339 Ibid., pág. 63.

340 Informe DPR, pág. 83.

341 Ibid., pág. 90

342 Ibid., pág. 90.

343 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Brasil, pregunta 7: decreto No 7.616 del 17 de noviembre de 2011 (Brasil).

344 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Singapur, pregunta 3: *Infectious Diseases Act 1977 (Singapore)*, s 58.

345 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Nueva Zelanda, pregunta 3: *Epidemic Preparedness Act 2006 (New Zealand)*, s 5.

346 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública –Vietnam, pregunta 3: *Law on Prevention y Control of Infectious Diseases 2007 (Vietnam)*, art 42.

347 Por ejemplo, los presidentes de Liberia y República Democrática del Congo; el consejo de estado en China.

348 Informe DPR, pág. 90.

349 Ibid.

350 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Colombia, pregunta 3: Constitución de Colombia, art 215.

351 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Nueva Zelanda, pregunta 3: *Epidemic Preparedness Act 2006 (New Zealand)*, s 5.

352 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Papúa Nueva Guinea, pregunta 2: estatutos, s 228.

353 Informe DPR, pág. 89.

354 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Colombia, pregunta 1.4: Ley 1523 del 24 de abril de 2012. Política nacional de gestión de riesgos de desastres (Colombia).

355 Por ejemplo, Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Reino Unido, pregunta 1: *Public Health (Control of Diseases At 1984 (England y Wales), s 45D.*

356 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Bulgaria, pregunta 3: *Health Act (Bulgaria), art 63.*

357 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Singapur: *Infectious Diseases Act (Chap. 137) (Singapore), s 17A* <https://sso.agc.gov.sg/Act/IDA1976#pr17A->.

358 Informe DPR, pág. 81.

359 Parecería existir un uso indistinto de esos términos en las leyes nacionales que no necesariamente guarda congruencia con las definiciones del derecho internacional, en particular el RSI. En una investigación ulterior se podría examinar si se trata de una diferencia material o si la distinción en el uso podría tener consecuencias jurídicas sustantivas.

360 Informe DPR, pág. 90.

361 Los criterios para el autoaislamiento, especialmente la cuarentena obligatoria o el autoaislamiento, parecen variar significativamente. Algunas legislaciones exigen que haya motivos razonables para que una persona esté infectada; otras exigen que sólo haya una sospecha de que una persona esté infectada; en otras, el autoaislamiento puede ser obligatorio cuando haya motivos razonables para que una persona haya estado en contacto con un individuo infectado, mientras que en otras el umbral para, en efecto, el arresto domiciliario o en un hotel puede ser que un agente de la ley sospeche que una persona está infectada o que ha estado expuesta recientemente al riesgo de infección.

362 Véase, por ejemplo, Griffiths News '*A timeline of COVID 19 y Human Rights: Derogations in time of public emergency', Griffiths University*, 5 de mayo de 2020 <https://news.griffith.edu.au/2020/05/05/a-timeline-of-covid-19-y-human-rights-derogations-in-time-of-public-emergency/>; Natasha Holcroft-Emmess, '*Coronavirus: States Derogating to Suspend Human Rights Obligations', Oxford Human Rights Hub*, 27 de marzo de 2020 <http://ohrh.law.ox.ac.uk/coronavirus-states-derogating-to-suspend-human-rights-obligations/>; Karima Bennoune, *"Lest We Should Sleep": COVID-19 y Human Rights' (American Journal of International Law, Vol 114, Issue 4*) <https://doi.org/10.1017/ajil.2020.68>; *the Wallenberg Institute Report*.

363 '*OHCHR & Human Rights Committee Address Derogations During Covid-19*', 29 de abril de 2020 <https://ijrcenter.org/2020/04/29/ohchr-human-rights-committee-address-derogations-during-covid-19/>; y véase UN Doc. CCPR/C/128/2, 24 de abril de 2020.

364 *Wallenberg Institute Report*, pág. 63.

365 *American Association for the International Commission of Jurists, 'Syracusa Principles on the Limitation y Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*', 1985 <https://www.icj.org/wp-content/uploads/1984/07/Siracusa-principles- *International Covenant on Civil y Political Rights*'-legal-submission-1985-eng.pdf>.

366 Ibid., párrafo 25.

367 *Borrowdale v Director General of Health y Others* [2020] NZHC 2090. <https://www.courtsofnz.govt.nz/assets/cases/Borrowdale-v-D-F-of-Health-V_1.pdf>.

368 *Dolan v Secretary of Health y Social Care* [2020] EWHC 1786 (Admin) <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/07/DolanJudgment-FINAL-003-1-1.pdf>. los tribunales ingleses han sido menos proclives a desestimar las impugnaciones en relación con el culto religioso: véase *The Queen (on the application of Hussain) v Secretary of Health y Social Care* [2020] EWHC 1392 (Admin) <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/06/Transcript-of-Judgment-CO-1846-2020-Hussain-v-SS-for-Health-Social-Care.pdf>.

369 Véase informe DPR, pág. 88.

370 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – República Democrática del Congo, pregunta 3.

371 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Papúa Nueva Guinea, T; constitución de Papúa Nueva Guinea, ss 238 y 239.

372 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Nueva Zelanda: Epidemic *Preparedness Act 2006 (New Zealand), s 16*

373 Poco se señala en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública acerca de poderes limitados en el tiempo. Ello podría deberse a que la legislación relativa a la pandemia de COVID-19 fue enmendada o reemplazada con tal frecuencia que, en muchos casos, resultaban innecesarias las cláusulas para prever la expiración.

374 Asociación de Derecho Internacional, '*Paris Minimum Standards of Human Rights Norms in a State of Emergency*'. Véase, por ejemplo, Richard B. Lillich,'*The Paris Minimum Standards of Human Rights Norms in a State of Emergency*' (1985) 79 Am.J.Intl.L.1072 <https://doi.org/10.2307/2201848>.

375 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - India, pregunta 13.

376 El inconveniente es que no siempre es fácil remitirse a las publicaciones de Facebook o Twitter si es necesario acceder a los detalles de las medidas legales adoptadas, por lo que sigue habiendo lugar para un registro más formal de los materiales.

377 El análisis de esta parte se basa en las respuestas proporcionadas en los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública. Aunque las preguntas de estas buscaban información sobre todas las emergencias de salud pública, la mayoría de las respuestas tratan únicamente de las repercusiones de la COVID-19. Esto significa que el análisis también se basa -y registra- predominantemente las leyes y políticas adoptadas por los Estados en relación con la pandemia de COVID-19. Salvo ciertas excepciones, los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública proporcionan información limitada sobre las medidas adoptadas antes de 2020. Así, conviene cierta precaución con respecto a demasiadas generalizaciones sobre las emergencias de salud pública basadas únicamente en la pandemia de COVID-19.

378 Informe DPR, capítulo 7.

379 Informe DPR, capítulo 8.

380 Informe DPR, capítulo 9.

381 Informe DPR, págs. 104 – 105.

382 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - India, pregunta 16.

383 Todo ello a pesar de que el Comité de Emergencias del RSI se negó en un principio a recomendar tales restricciones por considerar que, en general, las pruebas habían demostrado que restringir la circulación de personas y mercancías durante las emergencias de salud pública puede ser ineficaz, desviar recursos de otras intervenciones, interrumpir la ayuda y el apoyo técnico necesarios, perturbar los negocios y tener efectos negativos en las economías de los países afectados por las emergencias. OMS, Comité de Emergencias, *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*, 30 de enero de 2020 <https://reliefweb.int/report/world/statement-second-meeting-international-health-regulations-2005-emergency-committee>. Sin embargo, en algunas circunstancias específicas, se reconoció que las medidas que restringen el movimiento de las personas pueden ser temporalmente útiles, como en entornos con capacidades de respuesta limitadas, o donde hay una alta intensidad de transmisión entre las poblaciones vulnerables.

384 Mapeo jurídico a sobre emergencias de salud pública – Honduras, preguntas 12 y 14.

385 Véase, por ejemplo, Nature, '*What the data says about border closures y COVID spread*', 22 de diciembre de 2020 <https://www.nature.com/articles/d41586-020-03605-6>.

386 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Nueva Zelanda, pregunta 15.

387 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Liberia, pregunta14.

388 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Australia, pregunta 3.1.

389 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Colombia, preguntas 12 y 14.

390 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Colombia, pregunta 14.

391 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Liberia, pregunta 14.

392 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Sierra Leona, pregunta 14.

393 OMS 'Updated WHO recommendations for international traffic in relation to COVID-19 outbreak', 29 de febrero de 2020 <https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-recommendations-for-international-traffic-in-relation-to-covid-19-outbreak>.

394 Informe DPR, pág. 101.

395 OIM, Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular <https://www.iom.int/global-compact-migration>.

396 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art 12(2).

397 Ibid., art 12(4).

398 Véase Reino Unido, Departamento de Transporte, '*New international commitment to improve seafarers' rights*, 9 de julio de 2020, <https://www.gov.uk/government/news/new-international-commitment-to-improve-seafarers-rights>.

399 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Sri Lanka, Q16.

400 '*Australia's cap on arrivals during Covid pandemic may break international laws*', The Guardian, Australia, 22 de octubre de 2020 <https://www.theguardian.com/australia-news/2020/oct/22/australias-cap-on-arrivals-during-covid-pandemic-may-break-international-laws>.

401 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Australia: y véase *the Biosecurity (Human Biosecurity Emergency) (Human Coronavirus with Pandemic Potential) (Overseas Travel Ban Emergency Requirements) Determination 2020*.

402 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Mongolia: *the Law of Mongolia on the Prevention y Fight against (COVID-19) Coronavirus Infection y minimising the effect on Social y Economic Development* (29 de abril de 2020).

403 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Emiratos Árabes Unidos y Sri Lanka.

404 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Tayikistán.

405 ACNUR, '*The COVID-19 Crisis: Key Protection Messages*', 31 de marzo de 2020. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/75555>.

406 Ibid.

407 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Australia, pregunta 4.1.

408 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - España, pregunta 14.

409 La devolución es el acto por parte de un Estado que resulta en la expulsión o devolución, de una persona que no podrá poner en modo alguno a un refugiado en las fronteras de los territorios donde su vida o su libertad peligre por causa de su raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social, o de sus opiniones políticas.: véase Art 33(1) Convención de las Naciones Unidas sobre el estatuto de los refugiados, 28 de julio de 1951. <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/StatusOfRefugees.aspx>. La obligación de no devolución emana también de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (artículo 3) y de la Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas (artículo 16). Igualmente se encuentra la obligación de no devolución en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículos 6 y 7) y las correspondientes disposiciones en los tratados regionales de derechos humanos.

410 ACNUR, *'The COVID-19 Crisis: Key Protection Messages*', pág. 2.

411 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - República de Corea: <https://www.nocutnews.co.kr/news/5364399; http://futurechosun.com/archives/46950>.

412 Ibid.: <https://www.nocutnews.co.kr/news/5364399>; <http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/951608.html>.

413 Informe DPR, pág. 18 y capítulo 8.

414 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Mongolia, pregunta 18.

415 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Brasil, pregunta 19.

416 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - España, pregunta 19: *Progressive España, "Regions shelter homeless during coronavirus confinamiento"* < *Progressive Spain, "Regions shelter homeless during coronavirus lockdown*" <http://progressivespain.com/2020/03/24/regions-shelter-homeless-during-coronavirus-lockdown/>.

417 Véase Kelly, J. et al. '*Housing equity for health equity: a rights-based approach to the control of Lassa fever in post-war Sierra Leona', BMC International Health y Human Rights*, vol. 13, no. 1, 2013.

418 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Nueva Zelanda, pregunta 20.

419 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Australia, pregunta 5.2: '*Homes for Homeless Victorians During Pandemic y Beyond*', <https://www.premier.vic.gov.au/homes-homeless-victorians-during-pandemic-y-beyond>.

420 Ibid: *Together Home Program*, <https://www.coronavirus.dcj.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/783366/Together-Home-Program-fact-sheet.pdf>.

421 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Honduras, pregunta 19 & 24.

422 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – España, pregunta 19.

423 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Corea, pregunta 2.19. <https://www.japantimes.co.jp/opinion/2020/05/05/commentary/world-commentary/south-korea-stopped-covid-19-early/#.X0fHW8hKhPY>.

424 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Liberia, pregunta 19. <https://www.unicef.org/evaldatabase/files/Liberia_2010-001_LBR201001 Assessing_WASH_Package_Interventions_in_5_Counties.pdf>.

425 Ibid.: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/MDR00005OU6.pdf> pág. 9.

426 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - España, pregunta 18.

427 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Colombia, pregunta 18: decreto 579 del 15 de abril de 2020.

428 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Sri Lanka, pregunta 18.

429 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Honduras, pregunta 18.

430 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Colombia, pregunta 18.

431 Véase, por ejemplo, Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Sierra Leona, pregunta 18.

432 Informe DPR, pág. 111.

433 Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, '*What is Vulnerability?*' <https://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/what-is-a-disaster/what-is-vulnerability/>. Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres define la vulnerabilidad cono las 'condiciones determinadas por factores o procesos físicos, sociales, económicos, y ambientales, que aumentan la susceptibilidad de una persona, comunidad, activos o sistemas al efecto de amenazas'. *UNDRR, Terminology* <https://www.undrr.org/terminology/vulnerability>. En tanto cuanto exista cualquier diferencia material, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja adopta esta definición a los fines del presente informe.

434 Ibid.

435 Informe DPR, pág. 18 y capítulo 9.

436 Ibid., pág. 18-19.

437 Informe DPR, págs. 114 – 116, y 125 – 129.

438 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública en general, pregunta 25.

439 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Brasil, pregunta 23.

440 Ibid.: ordenanza 413, del 13 de marzo de 2020, y ordenanza 419 del 17 de marzo de 2020.

441 Ibid.: Ley 14.021.

442 Informe DPR, págs. 120 – 122.

443 Se utiliza aquí la definición de discapacidad empleada en la Carta sobre la Inclusión de Personas con Discapacidad en la Acción Humanitaria (para 1.3): "personas con discapacidad incluyen aquellas con deficiencias físicas, psicosociales, intelectuales o sensoriales que, en combinación con barreras de diversos tipos pueden constituir un obstáculo en su participación y acceso a los programas humanitarios de forma plena y efectiva". <http://humanitariandisabilitycharter.org>.

444 En el caso de las personas con discapacidad, en la Carta sobre la Inclusión de Personas con Discapacidad en la Acción Humanitaria se reconoce que "las personas con discapacidad están desproporcionalmente afectadas en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias y enfrentan múltiples barreras para poder acceder a la protección y asistencia humanitaria, incluyendo la necesidad de alivio y apoyo" (párrafo 1.7). La carta señala que "una acción humanitaria eficaz y basada en principios se realizará cuando la preparación para la acción y la respuesta humanitaria incluya a las personas con discapacidad, de acuerdo con los principios humanitarios de humanidad e imparcialidad, como así también con los principios de derechos humanos inherentes a su dignidad, igualdad y no-discriminación". La carta se aplica a todas las situaciones de riesgo como así también a las emergencias humanitarias y a las catástrofes naturales, así como a todas las fases de una intervención humanitaria, desde las actividades de preparación para la emergencia, el inicio de la crisis y el proceso de transición hasta la recuperación. (párrafos 1.1. y 1.4).

445 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Brasil, pregunta 24.

446 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública – España, pregunta 25: ENI CBC Med, '[TEC-MED] *COVID-19 in España: impact on the elderly population*' <http://www.enicbcmed.eu/tec-med-covid-19-spain-impact-elderly-population>.

447 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública - Colombia, pregunta 23 y 24: Ley estatutaria 1751 de 2015. Congreso de Colombia (febrero 16 de 2015). <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf>.

448 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública - Colombia, pregunta 24.1: Lineamientos de prevención del contagio por coronavirus (covid-19) y atención en salud para las personas con discapacidad, sus familias, las personas cuidadoras y agentes del sector salud (marzo de 2020). <https://ccong.org.co/files/924_at_TEDS02%20-%20Minsalud.pdf>. Un ejemplo ilustrativo de las medidas suscitadas al respecto en Colombia residió en la traduccion de las medidas en braille por parte del Instituto Nacional para Ciegos, junto con la formulación de recomendaciones específicas tales como la frecuente desinfección de los perros, el evitar tocar las manos o codos de los guías y la limpieza regular de las patas de los perros. La alerta de la ONU sobre la protección a personas con discapacidad, El Tiempo (16 de abril de 2020). <https://www.eltiempo.com/politica/onu-alerta-sobre-situacion-de-discapacitados-durante-pandemia-485112>.

449 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Australia, pregunta 6.6.

450 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública - Emiratos Árabes Unidos, pregunta 25: <https://fcsa.gov.ae/en-us/Lists/D_Reports/Attachments/49/Emiratos Árabes Unidos%20Gov%20Initiatives%20to%20Combat%20Covid-19%20-%20En.pdf>.

451 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública – Liberia, pregunta 26.

452 Informe DPR, pág. 132.

453 Esfera, Normas humanitarias de inclusión para personas mayores y personas con discapacidad, 2018 <https:// https://spherestandards.org/es/resources/humanitarian-inclusion-standards-for-older-people-and-people-with-disabilities/>.

454 UN News, '*COVID-19 threatens global progress against malaria, warns UN health agency*', 30 de noviembre de 2020. <https://news.un.org/en/story/2020/11/1078752>.

455 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art 12.

456 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública – República Democrática del Congo, pregunta 26: *Cellule d'Analyse en Sciences Sociales, 'Social Science Support for Covid-19: Lessons Learned Brief 4*', 22 de mayo de 2020. <https://www.unicef.org/drcongo/media/4141/file/CASS-Brief4-barriers.pdf>, Human Rights Watch, Ida Sawyer, *'Congo's Ebola fight Has Lessons for Covid-19'*, 26 de marzo de 2020, <https://www.hrw.org/news/2020/03/26/congos-ebola-fight-has-lessons-Covid-19>. Las principales barreras fueron: 1) el temor a la derivación a un centro de tratamiento del ébola: la falta de conocimientos sobre los síntomas de la enfermedad suscitó la idea generalizada de que, independientemente del estado de infección, todo síntoma sería diagnosticado como ébola y todas las personas enfermas serían transferidas al centro, incluso si presentaban apenas una ligera fiebre; 2) la desconfianza en los trabajadores de salud: a menudo vinculada a la percepción de que estos trabajadores percibían elevados salarios y que recibían pagos por la transferencia de pacientes a los centros y, por ende, traicionaban s la comunidad; 3) la reducción percibida de servicios de atención sanitaria.

457 Informe DPR, p15.

458 Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública – Honduras, pregunta 26.

459 Organización Internacional del Trabajo, '*COVID-19: impact could cause equivalent of 195 million job losses, says ILO chief*,' <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061322>.

460 Ibid.

461 *The Socio-Economic Impacts of Ebola in Liberia*, Banco Mundial, 2015. <https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/publication/socio-economic-impacts-ebola-liberia>.

462 PNUD, en asociación con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, *'A Socio-Economic Impact Assessment of the Zika Virus in Latin America y the Caribbean: with a focus om Brazil, Colombia y Suriname*', abril de 2017 <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/a-socio-economic-impact-assessment-of-the-zika-virus-in-latin-am.html>.

463 Véase las preguntas 18 a 21 en la mayor parte de los mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública.

464 <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2020-05/liberia_report_0.pdf>, page 5.

465 Banco Mundial, '*Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures*', 22 de mayo de 2020. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/127921590528612831/pdf/Social-Protection-and-Jobs-Responses-to-COVID-19-A-Real-Time-Review-of-Country-Measures-May-22-2020.pdf>.

466 Organización Internacional del Trabajo, '*ILO Monitor: COVID-19 y the World of Work, 4th Edition , Updated Estimates and Analysis*', 27 de mayo de 2020. <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_745963.pdf>.

467 Véase, por ejemplo, Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública -República de Corea, pregunta 2.20.

468 En el estado australiano de Victoria, de una encuesta realizada a profesionales que intervienen en caso de violencia contra las mujeres se desprendió que el 59% de ellos señaló un aumento en la frecuencia de los actos de violencia contra mujeres debido a la COVID-19, y un 50% en el aumento de la gravedad de estos (Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Australia, pregunta 6.5). En Colombia, la *Línea* 155, un servicio gubernamental de llamadas de urgencia en caso de violencia domestica contra mujeres, que funciona ininterrumpidamente siete días a la semana, señaló que triplicaron las llamadas relativas a la violencia contra niños. Véase Mapeo jurídico sobre emergencias de salud pública - Colombia, pregunta 22. En Nueva York, loas notificaciones de violencia domestica aumentaron en un 30% en comparación con 2019; y en España, las llamadas al servicio gubernamental de asistencia en caso de violencia domestica denotó un incremento del 12,4%, además del aumento en un 270% de consultas al sitio del servicio de asistencia y un aumento del 11,6% en la cantidad de niños que notificaban incidentes de violencia doméstica. En Tayikistán, se observó un aumento multiplicado por tres de las notificaciones de violencia domestica realizadas por mujeres a través del centro de crisis en caso de violencia doméstica (*Gulruksh*). En la República Democrática de Congo, el ACNUR registró 4 463 violaciones de los derechos humanos en marzo de 2020, frente a 2 236 casos registrados en febrero de 2020. Elo incluyó 952 casos de violencia sexual y por motivos de género en marzo, frente a 714 casos notificados en febrero. Véase ACNUR, '*Update on Covid-19 Response: Democratic Republic of the Congo'*, julio de 2020. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/77850>.

469 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Colombia: <https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Normatividad1/ActosAdministrativos/Decretos/2020/DECRETO%20460%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>.

470 Ibid.:<https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Normatividad1/ActosAdministrativos/Decretos/2020/DECRETO%20460%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>.

471 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Brasil, pregunta 22.

472 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Mongolia, pregunta 23.

473 *Health Protection (Coronavirus, Restrictions) (England) Regulations 2020, Regulation 6* (Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Reino Unido, Q28).

474 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Sierra Leona, pregunta 24, <https://planipolis.iiep.unesco.org/sites/planipolis/files/ressources/sierra-leone-covid19-education-response-plan-pdf.pdf>.

475 Informe DPR, pág. 116 – 117 y 129.

476 UNESCO, COVID-19 Impact on Education <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>.

477 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Sierra Leona, preguntas 24 y 25.

478 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – República Democrática del Congo, pregunta 25.

479 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Brasil, pregunta 25.

480 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Mongolia, pregunta 27: artículo 1, resolución 139, *Measures to be implemented in the education sector for the prevention of Coronavirus infection (Covid-19)*.

481 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Honduras, pregunta 25: Agencia EFE, 'La mitad de los alumnos en Honduras sin clases por COVID-19 están rezagado'. <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-mitad-de-los-alumnos-en-honduras-sin-clases-por-covid-19-estan-rezagados/20000013-4236192>.

482 Con la experiencia del brote de ébola, las autoridades liberianas pusieron en marcha una iniciativa de escuelas por radio. En la República Democrática del Congo, el Ministerio de Educación produjo varios anuncios de radio y televisión y mensajes sobre la prevención del COVID-19 y el aprendizaje a distancia dirigidos a estudiantes y padres. También ha promovido una asociación con Vodacom para la plataforma basada en Internet VodaEduc. UNICEF también lanzó una convocatoria en las redes sociales pidiendo a las organizaciones que compartieran sus iniciativas de aprendizaje a distancia. Una docena de organizaciones respondieron, y algunas de ellas tienen contenidos basados en el currículo escolar congoleño. UNICEF está recopilando estas iniciativas de aprendizaje y su apoyo financiero también está destinado a facilitar la traducción y grabación de contenidos adicionales para la televisión y paquetes de formación basados en la radio.

483 Informe DPR, pág. 122.

484 Ibid., pág. 135.

485 *Migrants in Countries in Crisis Initiative, 'Guidelines to Protect Migrants in Countries Experiencing Conflict or Natural Disaster*', 10 de junio de 2016. <https://reliefweb.int/report/world/guidelines-protect-migrants-countries-experiencing-conflict-or-natural-disaster>.

486 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Tayikistán, pregunta 21.

487 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Sierra Leona, pregunta 22. <https://archive.is/20110511054708/http://www.kambia.org.uk/information_about/sierra_leone.htm#selection-921.0-21.208>.

488 El gobierno de Sierra Leona habría puesto en marcha en 2018 el seguro social de salud para mejorar la accesibilidad financiera a la atención sanitaria. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136868/ccsbrief_sle_en.pdf;jsessionid=1CA4D41723C5DC297EECC1F450C53667?sequence=1>; y se prestan servicios sanitarios gratuitos en las zonas rurales a través del proyecto de la Organización Internacional para las Migraciones sobre el fortalecimiento de la capacidad sanitaria nacional de Sierra Leona mediante la participación de la diáspora. <https://www.iom.int/news/sierra-leone-diaspora-health-professionals-offer-free-medical-services-rural-communities> (Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Sierra Leona, pregunta 22).

489 Véase por ejemplo, Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Reino Unido, pregunta 22: *the National Health Service (Charges to Overseas Visitors) (Amendment) Regulations 2020* <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2020/59/contents/made>.

490 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – China, pregunta 21. Véase: https://clb.org.hk/content/china%E2%80%99s-social-security-system>.

491 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Liberia, pregunta 21.

492 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - España, pregunta 22: Real Decreto-Ley 7/2018 sobre el acceso universal al sistema nacional de salud, del 27 de julio de 2018. <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752>.

493 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública Colombia, pregunta 21: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones), 23 de diciembre de 1993. <http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html>.

494 Ibid.: Migración y salud: el reto nacional en época de coronavirus), Pontificia Universidad Javeriana de Colombia, 21 de abril de 2020: <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/migracion-y-salud-el-reto-nacional-en-epoca-de-coronavirus/>.

495 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Nueva Zelanda, pregunta 23.

496 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Nueva Zelanda, pregunta 23.

497 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Colombia, pregunta 21: 'Colombia pide apoyo internacional para atender migrantes venezolanos ante pandemia', 13 de abril de 2020. <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/04/13/colombia-pide-apoyo-internacional-para-atender-migrantes-venezolanos-ante-pandemia/>.

498 Ibid.: PNUD, '*Situation of migrants in Latin America within the COVID-19 context*', 19 de mayo de 2020. <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/en/home/blog/2020/la-situacion-de-los-migrantes-en-america-latina-en-el-contexto-d.html>.

499 Ibid.: Colombia pide apoyo internacional para atender migrantes venezolanos ante pandemia, Infobae, 13 de abril de 2020. <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/04/13/colombia-pide-apoyo-internacional-para-atender-migrantes-venezolanos-ante-pandemia/>.

500 <https://apnews.com/article/access-to-health-care-health-statutes-colombia-venezuela-7767509edf281a6e0b394d4b0b187eca>.

501 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Honduras -, pregunta 21.

502 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública -, Nueva York, pregunta 22.

503 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública – Colombia, preguntas 16 y 17.

504 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Emiratos Árabes Unidos, pregunta 17.

505 Mapeos jurídicos a sobre emergencias de salud pública - Colombia, pregunta 26.

506 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Emiratos Árabes Unidos, pregunta 17: <https://fcsa.gov.ae/en-us/Lists/D_Reports/Attachments/49/UAE%20Gov%20Initiatives%20to%20Combat%20Covid-19%20-%20En.pdf>.

507 Mapeo jurídico a sobre emergencias de salud pública – Australia, pág. 99

508 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública - Brasil, T 23: Véase ordenanzas 413, del 13 de marzo de 2020, y 419 del 17 de marzo de 2020.

509 Mapeos jurídicos sobre emergencias de salud pública -Australia. <https://www.health.gov.au/committees-y-groups/aboriginal-y-torres-strait-islander-advisory-group-on-covid-19>.

510 Ibid., pregunta 6.10: <https://www.health.gov.au/resources/publications/australian-health-sector-emergency-response-plan-for-novel-coronavirus-covid-19>.

511 Este término abarca una serie de agentes e incluye: a) personal profesional de emergencias contratado por el Estado o las autoridades públicas, como los bomberos y la policía, pero en el contexto de las emergencias de salud pública, principalmente los trabajadores de los servicios sanitarios, como el personal de las ambulancias y los paramédicos; b) personal voluntario de la comunidad; así como c) las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja y otro personal humanitario nacional acreditado, ya sea profesional o voluntario.

512 Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial: <https://disasterlaw.ifrc.org/media/1327>.

513 73ª Asamblea Mundial de la Salud, Respuesta a la COVID-19, 19 de mayo de 2020, WHA73.1.<https:// https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf >.

514 Mapeo jurídico de decretos de emergencia – Colombia, pregunta 3. Véase el decreto 531 del 8 de abril de 2020.

515 Mapeo jurídico de decretos de emergencia –Venezuela, pregunta 2.

516 Al-Tammemi, AB, '*The Battle Against COVID-19 in Jordan: an Early Overview of the Jordanian Experience', Frontiers in Public Health*, 7 de mayo de 2020. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00188/full>.

517 Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Kenia, pregunta 4.

518 Ibid., pregunta 4.

519 Mapeo jurídico de decretos de emergencia – Sudáfrica, pregunta 4.

520 Stier, D, '*Mutual Aid Agreements: Essential Legal Tools For Public Health Preparedness y Response', Am J Public Health*. abril de 2007, 97(Suppl 1) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854975/>.

521 Entre otros ejemplos, cabe citar Bahamas, Jamaica y Guatemala.

522 Mapeo jurídico sobre decretos de emergencia - Filipinas.

523 Véase, por ejemplo, Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Ghana, pregunta 4.

524 Véase, por ejemplo, Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Antigua, pregunta 6.

525 Véase, por ejemplo, Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Sudáfrica, pregunta 4.

526 Véase, por ejemplo, Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Sudáfrica, pregunta 4.

527 Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Colombia, pregunta 4.

528 Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Colombia, pregunta 4.

529 OCDE, *Policy Responses to Coronavirus (COVID-19) No policy maker is an island: The international regulatory co-operation response to the COVID-19 crisis* (8 de junio de 2020). <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/no-policy-maker-is-an-island-the-international-regulatory-co-operation-response-to-the-covid-19-crisis-3011ccd0/>.

530 En el momento en que se realizó el mapeo jurídico de decretos de emergencias, México, Zimbabue y el Reino Unido, por ejemplo, parecían no haber adoptado prohibiciones relativas a la pandemia de COVID-19.

531 Un aspecto positivo de las restricciones impuestas a los trabajadores internacionales residió en que las organizaciones se vieron obligadas a dar cabida a un mayor liderazgo de los agentes locales, con el resultado (involuntario) de una solución ante quejas previas en el sentido de que la excesiva presencia de personal internacional desplaza y resta autoridad a los agentes de intervención locales. No obstante, las prohibiciones generalizadas no debieran ser el cauce preferido para lograr ese resultado porque también bloquean el ingreso de bienes y pericia realmente necesarias. Véase, por ejemplo, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, *Pacific National Societies respond to Cyclone Harold in the Time of COVID-19*, 29 de abril de 2020. <https://media.ifrc.org/ifrc/2020/04/29/pacific-national-societies-respond-cyclone-harold-time-covid-19/>; y Cruz Roja Australiana, *Humanitarian Advisory Group y the Institute for Human Security y Social Change La Trobe University, A Window of Opportunity: Learning from COVID-19 to Progress Locally Led Response y Development Think Piece*', noviembre de 2020. <https://humanitarianadvisorygroup.org/wp-content/uploads/2020/12/A-Window-of-Opportunity-COVID-think-piece-24-November-2020.pdf>.

532 Mapeo jurídico de decretos de emergencia – Papua Nueva Guinea, pregunta 3.

533 Mapeo jurídico de decretos de emergencia – Sudan, pregunta 3.

534 Mapeo jurídico de decretos de emergencia – Uganda, pregunta 3: *COVID-19 Prohibition Regulations 2020 (Uganda), regulation. 3(a)*; Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Angola, pregunta 3. Puede haber sido, no obstante, el caso bajo normas más genéricas relativas al ingreso y a los desplazamientos de personal de las Naciones Unidas, por ejemplo, a tenor de la Convención sobre Prerrogativas e Inmunidades de las Naciones Unidas (1946).

535 Mapeo jurídico de decretos de emergencia – Países Bajos, pregunta 3.

536 Mapeo jurídico de decretos de emergencia – Nigeria, pregunta 3.

537 BDO, Australia, '*Travel Exemptions – COVID-19 Border Measures*', 27 de julio de 2020. <www.bdo.com.au/en-au/insights/migration-services/articles/travel-exemptions-covid-19-border-measures>.

538 Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Polonia, pregunta 3.

539 Mapeo jurídico de decretos de emergencias - Camboya, Tailandia y Haití, pregunta 3.

540 Véase, por ejemplo, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, *Pacific National Societies respond to Cyclone Harold in the Time of COVID-19*, 29 de abril de 2020. <https://media.ifrc.org/ifrc/2020/04/29/pacific-national-societies-respond-cyclone-harold-time-covid-19/>.

541 Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Myanmar, pregunta 3.

542 Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Kenia, pregunta 3.

543 Mapeo jurídico de decretos de emergencia - República de Corea, pregunta 1.3.

544 Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial, párrafo 16.

545 Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Indonesia, pregunta 3.

546 Mapeo jurídico de decretos de emergencia - India, pregunta 3.

547 Comisión Europea, *Guidelines on EU Emergency Assistance in Cross-Border Cooperation in Healthcare related to the COVID-19 crisis*, abril de 2020. <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/guidelines_on_eu_emergency_assistance_in_cross-bordercooperationin_heathcare_related_to_the_covid-19_crisis.pdf>.

548 OMS, *Joint External Evaluation of IHR Core Capacities of the Swiss Confederation y The Principality of Liechtenstein, World Health Organization* (noviembre de 2017). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274958/WHO-WHE-CPI-2018.26-eng.pdf?ua=1>.

549 OMS, *Joint External Evaluation of IHR Core Capacities of the Republic of Armenia, World Health Organization* (agosto de 2016).<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254745/WHO-WHE-CPI-2017.14-eng.pdf?sequence=1>.

550 Directiva 2005/36/EC sobre reconocimiento de cualificaciones profesionales.

551 Comisión Europea, '*Internal Market, Industry, Entrepreneurship, y SMEs: Recognition of professional qualifications in practice*'. <https://ec.europa.eu/growth/single-market/services/free-movement-professionals/qualifications-recognition_en>.

552 Véase *Institute of Medicine of the National Academies*, *"Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response" (The National Academies Press, 2012)*, pág. 57.

553 Véase también *Federation of State Medical Boards, 'U.S. States y Territories Modifying Licensure Requirements for Physicians in Response to COVID-19*', 26 de mayo de 2020. <https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/pdf/state-emergency-declarations-licensures-requirementscovid-19.pdf>.

554 Mapeo jurídico de decretos de emergencia – Sudáfrica, pregunta 3.

555 Mapeo jurídico de decretos de emergencia – Sudáfrica, pregunta 3.

556 Mapeo jurídico de decretos de emergencias – Colombia y Perú, pregunta 3.

557 Ciertos instrumentos regionales bilaterales más genéricos que no figuran en los mapeos jurídicos de decretos de emergencia podrían también haber favorecido arreglos más flexibles para el suministro, tránsito o recepción de bienes y equipo.

558 Organización Mundial del Comercio, '*COVID-19 and World Trade*', 2020. <https://www.wto.org/english/tratop_e/covid19_e/covid19_e.htm>.

559 Ibid.

560 *EU Commission Implementing Regulation (EU) 2020/568 of 23 April 2020 making the exportation of certain products subject to the production of an export authorization*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1587740775954&uri=CELEX:32020R0568>.

561 UNCTAD, '*How Countries Can Leverage Trade Facilitation to Defeat the COVID-19 Pandemic*', <https://unctad.org/en/PublicationsLibrary/dtlinf2020d2_en.pdf>.

562 Véase, por ejemplo, Arent Fox '*Reference Guide: Worldwide Export Controls on Face Masks y Other Medical Personal Protective Equipment*'.<https://www.arentfox.com/perspectives/alerts/reference-guide-worldwide-export-controls-face-masks-y-other-medical-personal>.

563 *COVID-19 - WCO Updates*. <http://www.wcoomd.org/en/topics/facilitation/activities-y-programmes/natural-disaster/coronavirus.aspx>.

564 Directrices sobre la facilitación y la reglamentación nacionales de las operaciones internacionales de socorro en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial, párrafo 21; Lista de verificación sobre derecho y reducción de riesgos de desastre, pregunta 6.

565 KPMG, '*Democratic Republic of Congo (DRC): Tax developments in response to Covid-19*', 3 de abril de 2020. <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2020/04/democratic-republic-of-congo-tax-developments-in-response-to-Covid-19.html>.

566 Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Singapur.

567 Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Chima, pregunta 5.

568 Mapeo jurídico de decretos de emergencia - Venezuela, pregunta 4.

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR) es la mayor red humanitaria del mundo, **con 192 Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja** y unos **14 millones de voluntarios.** Nuestros voluntarios están presentes en las comunidades antes, durante y después de una crisis o desastre. Trabajamos en los entornos más difíciles y complejos del mundo, salvando vidas y promoviendo la dignidad humana. Apoyamos a las comunidades para que se conviertan en lugares más fuertes y resilientes, en los que las personas puedan llevar una vida segura y saludable, y tengan oportunidades de prosperar.