

Ciencias Jurídicas y Sociales

ACTAS

MANTENIMIENTO DEL ORDEN
CONSTITUCIONAL EN CIRCUNSTANCIAS
EXCEPCIONALES

ISBN: 978-84-09-15217-9

MANTENIMIENTO DEL ORDEN CONSTITUCIONAL
EN CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES

ACTAS

DEL V CONGRESO INTERNACIONAL

UNA EDUCACIÓN PARA TODOS

“AN EDUCATION FOR ALL”

ORGANIZADO POR

LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS

Directores: Gabriela Cristina Cobo del Rosal Pérez y Jesús María Navalpotro Sánchez-Peinado.

Secretario: Pablo Fernández Casadevante Mayordomo.

Consejo Académico: Antonio Bádenas Zamora, Pablo Fernández Casadevante Mayordomo, Carmen Caballero, Leyre Sáenz de Pipaón.

Edita: Jesús María Navalpotro Sánchez-Peinado.

INDICE

PRESENTACIÓN DEL CONGRESO INTERNACIONAL “AN EDUCATION FOR ALL” V EDICIÓN

GABRIELA COBO DEL ROSAL PÉREZ: Una Educación para todos: un Derecho fundamental, págs. 6-9.

MANTENIMIENTO DEL ORDEN CONSTITUCIONAL EN CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES

I.ORDEN CONSTITUCIONAL Y SITUACIÓN EXCEPCIONAL

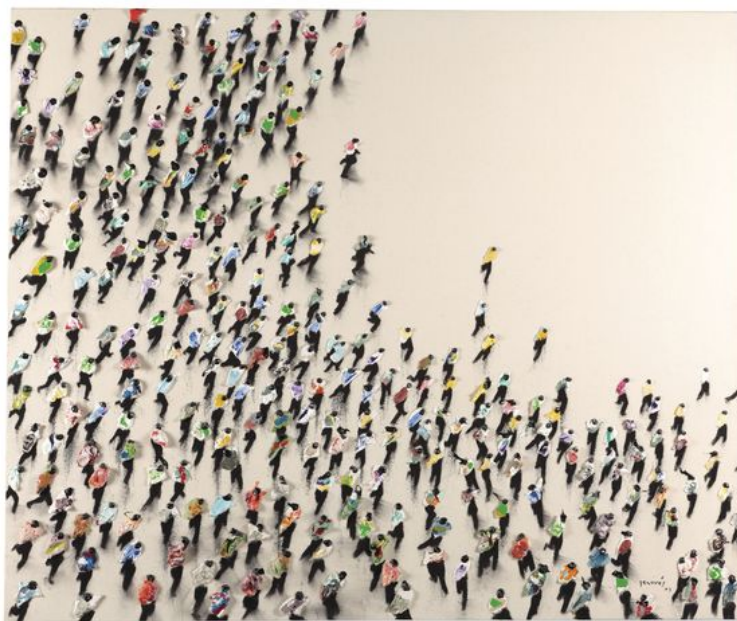
1. PILAR MORI VARA: Razones sanitarias para un Estado de Alarma, págs.10-13.
2. LEYRE SÁENZ DE PIPAÓN DEL ROSAL: Reflexiones penales y criminológicas del Estado de Alarma, págs.14-18.
3. PABLO FERNÁNDEZ DE CASADEVANTE MAYORDOMO: Desafíos constitucionales ante el coronavirus, págs.19-23.
4. JUAN ANTONIO SUÑÉ: Retos de la asistencia sanitaria hospitalaria ante la covid 19, págs. 24-30.
5. ROCÍO PARICIO: Covid 19 y repercusiones en salud mental, págs. 31-38.

II.CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES: UNA VISIÓN GLOBAL

6. M^a ÁNGELES CANO LINARES: Respuestas de la comunidad internacional institucionalizada ante la pandemia, págs. 40-48.
7. JUAN EMILIO SUÑÉ CANO: Derechos Humanos y pandemia del coronavirus, págs.49-57.

8. JESÚS-MARÍA NAVALPOTRO Y SÁNCHEZ-PEINADO: Medidas de gobierno ante las calamidades sanitarias: respuestas a lo largo de siglos, págs.58-68.

I. ORDEN CONSTITUCIONAL Y SITUACIÓN EXCEPCIONAL



Juan Genovés: *Fases (Fases)*

PRESENTACIÓN DEL CONGRESO INTERACIONAL

“AN EDUCATION FOR ALL” V EDICIÓN

UNA EDUCACIÓN PARA TODOS: UN DERECHO FUNDAMENTAL

Constitución Española de 1978. Título I. De los Derechos y Deberes Fundamentales. Artículo 27.1. “Todos tienen el derecho a la educación. Se reconoce la libertad de enseñanza”.

Quisiera iniciar estas breves líneas que preceden a la publicación de las Actas del Congreso Internacional “An Education for All” celebrado el día 16 de julio con unas palabras de agradecimiento dirigidas a la Universidad Rey Juan Carlos. Sin su promoción y sin su constante celo por preservar el desarrollo de la libertad de cátedra en sus docentes este Congreso no habría podido celebrarse. Por tratarse de la quinta edición de un Congreso que por vez primera publica sus Actas es obligado hacer siquiera una breve síntesis de las pasadas ediciones, sin duda, con el propósito de agradecer a sus participantes su esfuerzo y su generosidad.

El presente Congreso es el resultado de una iniciativa que nació en el año 2011 con la intención de promocionar la Educación en su sentido más amplio en el ámbito universitario. Esto es, la Educación tanto desde el prisma que analiza la trascendente importancia de ampliar su acceso mejorando al máximo los sistemas educativos, como desde el prisma que estudia los distintos posibles métodos docentes y de aprendizaje a fin de estimular ambas actividades al máximo.

La dirección de los Congresos se ha ido intercalando y algunos de ellos han sido dirigidos por el Profesor Antonio Bádenas Zamora. En todos se ha contado con el apoyo de un extraordinario equipo de profesores que formó los distintos Consejos Académicos cuyos integrantes pertenecen en su mayoría a la Universidad Rey Juan Carlos, pero también al Centro Universitario de Estudios Financieros, C.U.N.E.F. o al Instituto de Estudios Bursátiles I.E.B. La mayoría de ellos participan también en el actual Congreso y sin excepción no han reparado en esfuerzos para que los mismos se desarrollaran eficazmente.

Por la amplia naturaleza del objeto de esta iniciativa se ha tendido a abordar los temas en materia de Educación desde una visión multidisciplinar y con una clara vocación internacional y así sigue haciéndose. En las pasadas ediciones el enfoque se concretó generalmente en tres aspectos: i). Sensibilizar a los estudiantes con realidades educativas menos favorecidas; ii). Observar métodos docentes innovadores a fin de favorecer el aprendizaje y el interés de los estudiantes; iii). Analizar las distintas

sugerencias que plantean soluciones viables para fomentar, desde lo ya construido, un mejor sistema educativo.

Es por todo ello que en los pasados Congresos han participado numerosos profesores de la Universidad Rey Juan Carlos que provenían de distintos Departamentos y Áreas de conocimiento con un marcado carácter multidisciplinar. Además, debe destacarse que disponiendo de un exiguo presupuesto hemos recibido la generosa visita de un número no menos importante de especialistas pertenecientes a distintas ramas del saber, como lo fue la visita del Director de Orquesta de Voces por la Paz, profesor de la Universidad Alfonso X El Sabio o la visita del Director del Centro de Emprendimiento e Innovación del Instituto de Empresa. También desde el ámbito de la práctica profesional han participado importantes representantes de organizaciones dedicadas a distintos aspectos en materia de Educación como la Fundación Botín, la Fundación Balía por la Infancia, la Fundación Madrina o la Fundación de la Esperanza y la Alegría. De ellos, debemos destacar la profesionalidad y el entusiasmo por la Educación mostrada. Mantuvieron todos ellos el común propósito de favorecer en los estudiantes la ilusión por aprender y promocionar entre todos, profesores y alumnos, el agradecimiento por poder acceder a la Educación. Ello lo hicieron a veces a la luz del contraste que ofrece observar realidades menos favorecidas mientras se planteaban posibles mejores escenarios a futuro con la intención de tratar que el acceso a la Educación de calidad pueda un día llegar a todos.

Este año la temática del Congreso, por razones evidentes, se ha destinado al “Mantenimiento del Orden Constitucional en Circunstancias Excepcionales”. Como es sabido el modelo constitucional y democrático de Estado cuya azarosa instauración no logró consolidarse sino tras la tristísima Segunda Guerra Mundial no tuvo un recorrido fácil. Ello es preciso recordarlo y ponerlo en valor en estos momentos. Lo cierto es que no asistimos a la primera pandemia de la historia de la humanidad, pero sí asistimos a la primera que provoca una alteración de esta magnitud en los Derechos Fundamentales cuando los países bajo el signo constitucional y democrático de gobierno son los que afortunadamente marcan el rumbo de la política internacional. Si bien durante la mal denominada “gripe española” ya existía una incipiente democracia pues votaban las mujeres en Nueva Zelanda desde 1893, lo cierto es que actualmente, el sistema constitucional y democrático está verdaderamente instaurado. En este sentido será un hecho histórico vencer la pandemia sin quebrar el modelo constitucional garante de los Derechos Fundamentales¹.

Por la importancia del tema es nuestra intención continuar con esta actividad académica y a lo largo del presente curso nos proponemos reunir, junto a los participantes del presente Congreso, a otros expertos en torno a un Seminario Permanente

¹ Bruno Aguilera-Barchet, *History of Western Public Law. Between Nation and State* (Springer, 2015), p. 567 y ss.

de carácter Internacional que llevará igual título a fin de ofrecer, desde distintas ramas del conocimiento científico, tanto la importancia de salvaguardar el orden constitucional como las distintas soluciones que plantea especialmente el Derecho para preservar las garantías constitucionales en un momento como el actual.

Todo ello por entender como lógico que la Cicerónica Universidad que desde 1208 o 1209 se erige como el consorcio *magistorum et scholarum* ocupe parte de su actividad a ofrecer una formación adecuada abiertamente enfocada a preservar la democracia como el mejor modo de defender la vida². Así pues, desde el formato más representativo de la Universidad como lo es el diálogo entre profesores y alumnos, el presente Congreso invitó en esta edición a reflexionar en torno al mejor modo de garantizar y preservar la democracia de forma determinante aun cuando las circunstancias extraordinarias nos obliguen a limitar o, en su caso, a dosificar nuestras libertades individuales y colectivas en defensa de la vida. Y es que es bueno recordar que preservar nuestro modelo de Estado basado en la democracia en ningún caso supone un obstáculo para luchar por la vida sino todo lo contrario. Por ello desde las distintas ramas del saber tanto del ámbito estrictamente científico como del profesional nos hemos esforzado por ofrecer a los estudiantes una visión de la reciente realidad vivida desde los despachos de abogados, hospitales, así como desde los distintos planteamientos científicos con el firme ánimo de analizar la experiencia vivida y plantear soluciones viables a fin defendernos no sólo de la enfermedad sino de cualquier conculcación del Orden Constitucional.

La democracia como el más bello y elegante de los modelos de Estado comparte ciertos rasgos con los de un delicadísimo cristal de bohemia. Ello porque gran parte de su belleza y de su elegancia estriban en su aparente fragilidad. Basta con un simple sonido tosco o estridente para que ambos puedan resquebrajarse. Sin embargo, si uno se les aproxima respetuosamente puede quedarse hipnotizado al observar la riqueza de colores que son capaces de acoger y la hermosura de su sugerente flexibilidad.

Es por todo ello que un Congreso destinado a promocionar la Educación en un sentido amplio no podía escapar al momento actual a fin de tratar contribuir, aunque sea forma tangencial a preservar un Derecho y un Deber Fundamental como lo es el de la Educación. Probablemente a Víctor Hugo no le faltaba razón al decir que abrir una escuela conlleva el cierre de muchas prisiones pues la Educación es un tesoro que nadie puede arrebatarse a uno toda vez éste se haya adquirido.

Y es que la Educación como un Derecho Fundamental garantizado y preservado en toda democracia que así quiera ser considerada, forma parte consustancial del Derecho inscrito en la concepción de del insigne jurista Ulpiano. El cual nos regaló una de las primeras, valientes y más afortunadas definiciones que del concepto

² Antonio Ruíz de Elvira, “*Universitas* y Enciclopedia” (I), en *Habis*, 1977, pp.349-367.

de Derecho se ha dado al sentenciar los *tria praecepta iuris*. Pues a través de ellos entendía Ulpiano que el objeto del Derecho lo es “vivir honestamente, no dañar a nadie y dar a cada uno lo suyo”.

*Iuris praecepta sunt haec: honeste vivere, alterum non laedere, suum cuique tribuere*³.

Madrid, 16 de julio de 2020, Nuestra Señora del Carmen.

³ Por la cual ofrece una síntesis o definición de Derecho así como una orientación general sobre la vida en sociedad. Últimamente explica con singular claridad el fin del Derecho para Ulpiano Rosario de Castro Camero, “El jurista romano y su labor de concreción de la justicia”, en *Persona y Derecho: Revista de fundamentación de las Instituciones Jurídicas y Derechos Humanos*, Vol., 74, 2016, pp. 117-164, pp. 119.

RAZONES SANITARIAS PARA UN ESTADO DE ALARMA

PILAR MORI VARA

Profesora del área de Salud Pública y Salud Comunitaria
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Universidad Complutense de Madrid

Doctora por la Universidad Complutense con un Máster Universitario en Investigación en Cuidados de la Salud (Universidad Complutense). Actualmente es Profesora del área de Salud Pública y Salud Comunitaria y Secretaria Académica de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. Ha sido Profesora colaboradora en la Escuela de Enfermería de la Universidad San Pablo –CEU (1992-2005). Graduada en Enfermería (Universidad Complutense) y también Licenciada en Documentación (Universidad Complutense). Cuenta con 22 años de experiencia como enfermera, los últimos 10 de ellos en el campo de la gestión: Hospital Central de la Defensa (2002-2005); Hospital Militar del Aire (1985-2002); Fundación Jiménez Díaz (1983-1985).

Antes de comenzar exponiendo las razones sanitarias que pueden llevar a la casi absoluta inmovilidad de una sociedad o parte de esta, debemos conocer aquellos factores que dibujan este excepcional escenario; para ello primero debemos definir qué es una enfermedad transmisible, siendo esta *“cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso o sus productos tóxicos, que se produce por la transmisión de este agente o productos, desde huésped infectado o un reservorio inanimado, a un huésped susceptible”* (Vaqué 2001).

Fuera del ámbito de las ciencias de la salud, es fácil confundir los términos “infección” y “enfermedad infecciosa”, pudiendo llegarse a pensar que son términos sinónimos, cuando la infección es una estrategia de supervivencia del propio agente infeccioso, dentro del proceso natural de su transmisión, que pudiera, o no, concluir con en una enfermedad infecciosa.

Para que se desarrolle una enfermedad infecciosa, deben darse una secuencia de acontecimientos, que en epidemiología llamamos “cadena epidemiológica” y que debe estar compuesta, siempre, por un agente causal (el microorganismo que producirá la enfermedad), un huésped infectado (humano o animal), un medio de transmisión (aire, comida, bebida, objetos contaminados, el medio ambiente...) y un huésped susceptible (hombre o animal sano, pero susceptibles de adquirir la enfermedad).

Una vez establecida una enfermedad transmisible, esta puede presentarse de diferentes maneras:

- De forma esporádica: dónde encontraremos casos aislados tanto en el tiempo como en el espacio, de una enfermedad, sin relación entre sí. Claro ejemplo será la infección de todos los miembros de una familia por consumo de alimentos contaminados por *Salmonella*.
- De forma endémica: presencia habitual y continua de una enfermedad en una zona geográfica determinada, como es el caso del paludismo, patología endémica de las zonas tropicales.
- De forma epidémica: cuando el número de casos de una enfermedad, en una región determinada, es superior al número de casos esperados de esa enfermedad; la gripe toma esta presentación algunos años. Cuando la enfermedad afecta a varios países o continentes, se denominará pandemia.

Las epidemias se producen cuando algún eslabón de la cadena epidemiológica se altera o intensifica. Si la alteración se produce en el eslabón que representa al agente causal, esta pudiera ser la aparición de un nuevo patógeno o la modificación de un agente ya conocido. Si la variación se produce en la población susceptible de enfermar, puede que este grupo aumente, al tiempo que aparecen grupos de susceptibles especiales.

LA TORMENTA PERFECTA DEL VIRUS SARS-COV-2

En diciembre de 2019, aparece en China un nuevo patógeno desconocido hasta entonces, el SARS-COV-2. De lo poco conocido hasta el momento sobre él, era que se transmitía por dos vías de fácil diseminación, la vía respiratoria y por el contacto directo.

Toda la población mundial, caracterizada por poder ejercer de forma natural el derecho a la movilidad, y, por ende, de relación, era susceptible a su infección, sobre todo, las personas ancianas, que se identificaron como grupos susceptibles especiales. Estas circunstancias (movilidad, relación, susceptibilidad, fácil transmisibilidad, nula inmunidad específica) hicieron que el número de individuos enfermos (morbilidad) aumentase con rapidez, produciendo unas altas cifras de fallecidos (mortalidad), sobre todo del grupo con especial susceptibilidad. Sin tratamiento específico y sin vacuna que hiciera que la población alcanzara la inmunidad colectiva, las cifras de afectados se dispararon colapsando el Sistema Sanitario, contando solo, con una inmunidad individual más que cuestionable.

Ante esta situación, ¿qué podemos hacer?, ¿dónde podemos actuar? Parece que lo más importante, y hoy por hoy lo único que podemos hacer es evitar la transmisión, ya que de esa manera impediríamos el progreso de la enfermedad. Para ello, deberemos tomar medidas en dos ámbitos; por un lado, aquellas que se deben aplicar sobre los individuos y, por otro lado, las que se implementarían sobre las poblaciones.

- Medidas Individuales:
 - o Para evitar la transmisión aérea, implantar el uso de mascarillas en población susceptible para desarrollar actividades que impliquen

- movilidad y relación entre individuos.
- La transmisión por contacto directo se palía con el lavado de manos, principalmente, o el uso de geles hidroalcohólicos.
 - El personal sanitario debe usar equipos de protección individual en cualquier nivel de atención del Sistema Sanitario (atención primaria, bien en consulta como en atención domiciliaria y centros hospitalarios).
- Medidas colectivas:
- Imprescindible la detección precoz, tanto de casos como de portadores, que evita la diseminación persona a persona.
 - Inversión en investigación: La investigación es el pilar fundamental en el que se sustenta la sociedad para su avance, ya que genera conocimiento sobre conocimiento previo, dando soluciones en muchos casos a problemas cotidianos tan importantes como la elaboración de vacunas.
 - Distanciamiento social: implantar una distancia de 2 metros entre personas con las que no se convive, hace que se dificulte la transmisión.
 - Segregación: medida conocida y aplicada desde la antigüedad. Cuando hace referencia a personas infectadas se denominará aislamiento y cuarentena cuando los segregados son personas sanas en riesgo de haber adquirido el microorganismo.

Aplicando o no estas medidas, y teniendo en cuenta la fácil transmisibilidad del microorganismo, pueden darse diferentes escenarios:

1.- Población susceptible sin restricción de movilidad: el número de individuos contagiados crecería exponencialmente, no dando tiempo a los infectados ya recuperados a contener la propagación, colapsando el Sistema Sanitario.

2.- Aislamiento de población infectada: esta medida disminuye el número de contagios, quedando libre de movimientos los portadores, que seguirían transmitiendo la enfermedad.

3.- Restricción parcial de la movilidad de la población susceptible (distanciamiento social, prohibición de eventos o concentraciones de personas): el número de contagiados disminuye, los portadores tienen menos movilidad, pero siguen propagando la infección; la curva epidémica se aplanan, estando por debajo del punto de colapso del Sistema Sanitario.

4.- Restricción total de la movilidad (solo movilidad esencial): los enfermos en periodo de incubación y portadores están confinados lo que reduce la capacidad de relación. Los contagios disminuyen aplanando la curva epidémica, lo que hace suficientes los recursos sanitarios para el tratamiento de los afectados.

A modo de conclusión y como hemos visto a lo largo de esta breve exposición, ante una epidemia de un microorganismo no conocido, agente etiológico de una enfermedad de comportamiento incierto y en muchos casos grave y mortal, sin tratamiento específico, sin vacuna y con una inmunidad específica un tanto incierta, la

mejor medida de contención, desde un punto de vista sanitario, es romper la transmisión comunitaria, siendo la medida más efectiva, la restricción severa de la movilidad de la población, a la que se puede llegar a través de la aplicación de medidas excepcionales, como en España es el caso de la declaración de Estado de Alarma por emergencia sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

Vaqué, J. 2001. “Epidemiología General de las Enfermedades Transmisibles.” En *Medicina Preventiva y Salud Pública*, Piédrola Gil, 10ªed., 387. Masson.

Domínguez Carmona, M, Domínguez de la Calle, M. 1991. “Epidemiología General de las Enfermedades Transmisibles.” En *Medicina Preventiva y Salud Pública*, edited by Piédrola Gil, 9ªed., 358. Masson-Salvat.

De la Rosa, M., Prieto, J., Navarro, J.M. 2011. *Microbiología en Ciencias de la Salud*. 3ª ed., Elsevier.

Ministerio de Sanidad. 2020. *Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en la comunidad en el contexto del COVID-19*. Fecha de consulta: 16/7/2020. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones_mascarillas_ambito_comunitario.pdf

Ministerio de Sanidad. 2020. *Medidas higiénicas para la prevención de contagios del COVID-19*. Fecha de consulta: 15/7/2020. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Medidas_higienicas_COVID-19.pdf

Ministerio de Sanidad. 2020. *Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19*. Fecha de consulta: 15/7/2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf



REFLEXIONES PENALES Y CRIMINOLÓGICAS DEL ESTADO DE ALARMA

LEYRE SÁENZ DE PIPAÓN DEL ROSAL

Profesora de Derecho Penal
Colegio Universitario de Estudios Financieros en Madrid, CUNEF

Doctora en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid, en cuyo Departamento de Derecho penal realizó el Programa de Doctorado Estudios de Derecho penal. Además, es Licenciada en Criminología por la Universidad Camilo José Cela de Madrid. Igualmente se ha formado en la Escuela de Práctica Jurídica de la UCM. Actualmente es profesora de Derecho penal en CUNEF y de Asesoría Penal y Proceso Penal (MUAPA-CUNEF). Además de su labor docente e investigadora, es Abogada en ejercicio del ICAM, actuando en casos de índole penal.

Mi agradecimiento a toda la organización del evento y en especial a Gabriela Cobo del Rosal Pérez por haberme invitado a intervenir en este Congreso, estoy encantada de estar con todos ustedes; alumnos, compañeros y demás participantes en este encuentro.

Mi objetivo en los próximos minutos es ilustrarles parte de lo que está aconteciendo desde una perspectiva penal y criminológica, que es el campo donde yo puedo ayudar, invitándoles a reflexionar, no solo desde el ámbito jurídico, sino desde todos los prismas posibles.

En España, el estado de alarma es una medida que está contemplada en nuestra Constitución (artículo 116) y efectivamente se puede decretar para una situación de carácter absolutamente excepcional. Se trata de adoptar una serie de medidas que tendrán vigencia durante un periodo máximo de 15 días, si bien es un plazo que se puede prorrogar, como así, de hecho, ha ocurrido en España.

Así pues, en nuestro país, se declara el Estado de Alarma por Real Decreto de fecha 14/03/2020, adoptándose, entre otras, medidas con respecto a nuestra libertad de circulación, viéndose así mermados nuestros movimientos en determinados supuestos, si bien, podíamos movernos con plena libertad en determinados casos (desplazamientos laborales, regreso al domicilio habitual, acudir a centros sanitarios, traslados a entidades financieras, gasolineras, farmacias, supermercados, estancos...) incluso, se disponía en último lugar de una cláusula analógica, es decir, cualquier

circunstancia parecida a las anteriores, tratándose de causas de fuerza mayor o situación de necesidad (art.7 g.); por ejemplo, ayudar a nuestros mayores o personas vulnerables.

Hay que tener en cuenta que hablamos de una situación excepcional y, por tanto, temporal. Amparado, todo ello, por la necesidad de nuestra seguridad. Se trata de garantizar que estemos bien, luego debemos entender que, en principio, no eran medidas caprichosas. Las mismas se determinan para poder salir o poder avanzar ante esta situación de alteración grave de la normalidad y que resultaba, nunca mejor dicho, alarmante.

Precisamente, hablamos de una situación que está contemplada jurídicamente para situaciones de calamidades, epidemias, catástrofes, crisis sanitarias... y en este sentido, para nosotros, no ofrece duda alguna la necesidad de la declaración del Estado de Alarma.

La prioridad, en todo momento, es la salud de las personas, tomándose como criterios de decisión la evidencia científica y la opinión de los expertos.

El Estado de Alarma está desarrollado en una LO del año 1981. En su art.10.1 nos dice que el incumplimiento o la resistencia a las órdenes de la Autoridad competente en el estado de alarma será sancionado con arreglo a lo dispuesto en las leyes.

Es decir, hay una remisión a leyes ya dispuestas, tiempo antes a esta pandemia, luego no hay nada nuevo en cuanto a las sanciones o posibles castigos a imponer a partir de la declaración del Estado de Alarma o durante la vigencia del mismo. Todos son comportamientos prohibidos o infracciones previstas en nuestro Código Penal o en nuestra Ley de Seguridad Ciudadana, entre otras. Por ejemplo, la negativa a identificarse o la resistencia o desobediencia a la autoridad pueden ser algunas de las conductas sancionadas.

Es aquí donde el Derecho Penal puede hacer acto de aparición, hablamos de los llamados delitos contra el orden público previstos en los arts.550 a 556 del CP. En estos casos, nuestro CP establece una pena de prisión de 3 meses a 1 año o una multa de 6 a 18 meses, por el delito de resistencia o desobediencia a la autoridad. Siempre si se resisten o desobedecen “gravemente a las autoridades o sus agentes en el ejercicio de sus funciones”.

Ahora bien, que se puedan practicar comprobaciones en las personas y nuestro deber de colaboración exija prestarnos a todo lo solicitado por los mismos en cualquier momento no implica que no pueda castigarse, a su vez, los abusos que, eventualmente, puedan cometer los agentes de la autoridad durante el ejercicio de sus funciones.

En este sentido, es importante señalar que la LO de 1981 ya citada, establece, en favor del ciudadano, en su art.3.2 que “quienes como consecuencia de la aplica-

ción de los actos y disposiciones adoptadas durante la vigencia de estos estados sufran, de forma directa, o en su persona, derechos o bienes, daños o perjuicios por actos que no les sean imputables, tendrán derecho a ser indemnizados de acuerdo con lo dispuesto en las leyes”.

El Derecho Penal debe salvaguardar los valores de máxima importancia dentro de nuestra sociedad. Cuando esos valores de máxima importancia, que son los llamados bienes jurídicos protegidos, se ponen en peligro o son vulnerados es cuando interviene el Derecho Penal a través de la imposición de un castigo, que es la denominada pena.

Pero solamente debemos acudir al Derecho Penal cuando no exista otra vía o solución menos gravosa para aplicar la sanción correspondiente.

Igualmente, el Derecho Penal es también una conquista de las garantías del justiciable. El ciudadano debe cumplir con la ley, pero también el Estado está sometido al imperio de la ley y por lo tanto debe respetar los derechos fundamentales y garantías de la persona, tal y como disponen nuestros textos legales.

Por otro lado, nos parece destacable mencionarlas 51 denuncias y querellas presentadas desde la declaración del estado de alarma contra miembros del Gobierno español por la crisis del coronavirus. Estas denuncias describen distintos hechos y decisiones del Gobierno, desde la supuesta tardanza en actuar para declarar el estado de alarma y la aplicación de esta figura constitucional, la decisión de no suspender determinados eventos en los primeros días de marzo (como algunas competiciones deportivas) o la falta de equipos y material de protección frente al virus para profesionales de distintos sectores, especialmente el sanitario. Asimismo, hay denuncias interpuestas por la decisión del Ejecutivo de no cancelar antes los vuelos con algunos de los países en los que ya había contagios en febrero, como China e Italia.

De todo ello, tendremos que hacer el debido seguimiento.

Otra cuestión controvertida y objeto de debate es el control de los movimientos de los ciudadanos a través del cruce a gran escala de datos privados y de geolocalización, como se ha hecho en China y Corea del Sur para contener la expansión del virus. En este sentido, la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) ha declarado que el tratamiento queda exclusivamente vinculado al control de la epidemia. Las autoridades sanitarias podrán verificar que los ciudadanos que han dado positivo en la prueba del Covid-19 están cumpliendo la cuarentena, ya que una de las medidas más relevantes para contener la epidemia es limitar la libre circulación de las personas.

Así las cosas, debemos cuestionar el nuevo orden que se está imponiendo y que quizás venga para quedarse, ¿Hasta dónde puede el Estado invadir la esfera privada de una persona? En este caso, hablamos de dos bienes jurídicos protegidos fundamentales: la intimidad y la salud. Es una cuestión, cuanto menos, inquietante y de difícil solución. Por mi parte, albergo serias dudas en cuanto a la legitimidad de estas

intervenciones, si bien el consentimiento del titular tendría que ser requisito necesario.

En cuanto a las reflexiones criminológicas, durante el confinamiento se ha producido un incremento de los delitos cometidos en Internet, siendo la estafa la modalidad delictiva más habitual. El aumento de este tipo de delincuencia está ligado a su alta rentabilidad económica, al cada vez menor coste de los equipos necesarios para cometerlos y al reducido riesgo para sus autores.

Además, el final de muchos de los confinamientos decretados por los distintos países ha dado lugar a manifestaciones violentas por parte de personas que, en principio, no son delincuentes habituales.

En Londres, por ejemplo, a finales del mes de junio, la policía tuvo que intervenir por la fuerza en una fiesta callejera en Notting Hill, un día después de otro hecho violento, unos enfrentamientos en la ciudad de Brixton, con 22 policías heridos y varios coches patrulla destrozados por una multitud que se negaba a dar por concluida otra fiesta ilegal en plena calle.

Es evidente que lo violento responde a diferentes motivos y reacciones emocionales muy diversas. ¿Cuáles son las causas de los comportamientos violentos? Podríamos llevar a cabo una investigación tratándose de grupos más o menos homogéneos con pautas concretas de comportamiento.

En cualquier caso, podemos afirmar que ningún ser humano es violento por naturaleza y que nadie hereda una tendencia a la violencia. El comportamiento violento se aprende y también se imita. En estos hechos sucedidos en Londres, apuntamos a una violencia que ha sido objeto de imitación, o bien formas especialmente virulentas de violencia que no tienen razón de ser y no buscan un objeto concreto, aparecen causadas por una explosión emocional, dado el momento que estamos viendo.

El problema surge al decidir cuánta violencia habrá de ser controlada, por quién y por qué método.

Así, el castigo es uno de los métodos más antiguos conocidos para reducir la agresión, pero también resulta ineficaz en muchas ocasiones e, incluso, en algunas circunstancias facilita el aprendizaje de, precisamente, las respuestas contra las que se lucha. Por ejemplo, el padre que castiga puede servir como modelo para el hijo y, con frecuencia, padres agresivos conducen a niños agresivos.

El delito, en realidad, es comportamiento humano y como tal, atribuible a todos nosotros, fundamentalmente por causas, en principio, desconocidas hasta ese momento y que concurren en un lugar y en unas circunstancias determinadas que luego habrán de estudiarse detenidamente si queremos obtener una respuesta acerca de la cuestión de qué nos induce al crimen y así anticiparnos al mismo.

Como conclusión, no podemos considerar que sea útil la imposición de multas y penas privativas de libertad para controlar que el ciudadano cumpla con lo dispuesto en un Estado de Alarma. En esta situación totalmente devastadora, debemos apelar al sentido común y a los valores humanos más elementales frente a la amenaza de la pena. Hacer propuestas alternativas a la vía penal, dejando que actúen, en caso necesario, otras disciplinas jurídicas más pacíficas. En el orden criminológico, la pandemia ha favorecido nuevas formas de criminalidad para el delincuente común que ha tenido que reinventarse al trasladarnos a un escenario diferente al habitual. Con el final del confinamiento, determinadas explosiones emocionales han desembocado en algunas manifestaciones violentas. Estemos atentos, pues, a esta fenomenología criminal y tengamos en la pandemia un posible factor etiológico a considerar a la hora de estudiar los comportamientos delictivos surgidos durante todo este tiempo.

BIBLIOGRAFÍA Y LEGISLACIÓN DE REFERENCIA

- Constitución Española. (BOE, núm.311 de 29 de diciembre de 1978).
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995).
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- Real Decreto 465/2020, de 17 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio. (BOE núm. 134 de 5 de junio de 1981).
- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. (BOE núm. 77 de 31 de marzo de 2015).
- Fresneda, Carlos. “Anarquía vírica: playas llenas y fiesta en la calle”, Diario El Mundo, 27 de junio de 2020.
- Gómez, Rosario G. “La UE rastrea los móviles para combatir la epidemia”, Diario El País, 1 de abril de 2020.
- Rincón, R. “La Fiscalía estudia 51 querrelas y denuncias al Gobierno por el virus”, Diario El País, 3 de julio de 2020.



DESAFÍOS CONSTITUCIONALES ANTE EL CORONAVIRUS

PABLO FERNÁNDEZ DE CASADEVANTE MAYORDOMO

Profesor de Derecho Constitucional
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad Rey Juan Carlos

Doctor en Derecho Constitucional y Premio Extraordinario de Doctorado. Es Profesor de Derecho Constitucional (acreditado como contratado doctor por la ANECA) y Codirector del Máster en Análisis y Prevención del Terrorismo en la Universidad Rey Juan Carlos. Imparte docencia en la Universidad Nacional de Educación a Distancia y en el Máster en Política Exterior de la Universidad Internacional de Valencia. Cuenta con más de veinte publicaciones en editoriales y revistas de reconocido prestigio. Entre ellas, son de destacar sus aportaciones en materia de control de elecciones, ilegalización de partidos políticos y defensa de la Constitución en tiempos de excepción. Justo sobre esta última cuestión trata su tercera monografía, titulada "La defensa de la Constitución: el derecho de emergencia constitucional", Aranzadi, 2020. El grueso de las publicaciones se encuentra vinculado a proyectos de investigación tales como: "El estatuto jurídico de las víctimas del terrorismo en Europa" (CCG10-URJC/HUM-5472); o "Consecuencias jurídicas de la secesión de entidades territoriales de un Estado con especial referencia a las implicaciones en materia de derechos humanos. Enseñanzas para España" (DER2016-76312-P). Cuenta también con estancias de investigación en el Instituto Max Planck de Derecho Público Comparado y Derecho Internacional (Heidelberg, Alemania); en la Universidad de Nevada (Estados Unidos) y en el Instituto Max Planck de Derecho Penal Extranjero e Internacional (Friburgo, Alemania). Ha participado en Congresos e impartido docencia en inglés y alemán en centros como el Instituto Max Planck, la Universidad de Cagliari en Italia, o la Universidad Nacional Autónoma de México.

Antes de nada, quisiera dar las gracias a la organización, en especial a los profesores Jesús María Navalpotro y Gabriela Cobo del Rosal, por brindarme la oportunidad de participar en este Congreso. Es para mí una suerte poder estar rodeado de un elenco de profesionales tan destacado.

Dicho lo cual, y tratando de ceñirme a los tiempos asignados, voy a referirme a los principales problemas constitucionales planteados al abordar una crisis sanitaria que, bueno es recordar, resulta inédita para las sociedades modernas occidentales. Pese a ello, lo cierto es que ya en 1978, el poder constituyente pensó en la posibilidad de tener que enfrentarse a esta y a otras situaciones extraordinarias, consagrando para ello un artículo 116 CE en el que se recogen los estados de alarma, de excepción y de sitio. Lo mismo hizo Ecuador, a través

de un estado de excepción pensado para situaciones de agresión, conflicto armado internacional o interno, grave conmoción interna, calamidad pública o desastre natural, artículo 164. De hecho, ese es el instrumento actualmente elegido por el Presidente Lenín Moreno en Ecuador, con una declaración del estado de excepción que alude a esas tres últimas situaciones.

En definitiva, y antes de entrar en mayores detalles, lo importante es dejar ya sentado que, con sus diferencias, tanto España como Ecuador han optado por establecer en sus respectivas constituciones una serie de reglas a seguir frente a las amenazas más insospechadas. El objetivo es claro: establecer las necesarias garantías ante unas situaciones excepcionales que, conviene tener en cuenta, podrían ser aprovechadas por el Gobierno de turno para acaparar todo el poder y destruir el mismo sistema que dice querer proteger.

Pues bien, yo me voy a referir fundamentalmente a la situación vivida en España, con un estado de alarma, en vigor desde el 14 de marzo hasta el 21 de junio de 2020, que plantea serias dudas sobre su constitucionalidad. Y ello porque, según lo dispuesto en el artículo 55.1 CE, la suspensión de derechos fundamentales solo es posible en vigencia de los estados de excepción y de sitio. Por lo tanto, toda suspensión impuesta en aplicación del estado de alarma sería inconstitucional.

Y ahí radica el auténtico problema. Que muchas de las medidas impuestas para luchar contra la pandemia son de auténtica suspensión de los derechos fundamentales, empezando por el propio confinamiento en los domicilios. En este sentido, hay que tener muy presente que, para hablar de suspensión de derechos, no es necesario que el derecho restringido desaparezca totalmente. Basta con que su contenido esencial se vea afectado. Es decir, que el derecho devenga irreconocible, se le someta a semejantes restricciones que su ejercicio sea imposible o más difícil de lo razonable, o se le proteja de manera insuficiente, STC 11/1981, de 8 de abril, FJ 8.

¿Era necesario el confinamiento de los ciudadanos? ¿Suspender el derecho de reunión y de manifestación? ¿Prohibir los velatorios? ¿Cerrar los comercios? Digamos que sí, aunque también haya debate al respecto. Lo relevante aquí no es tanto si las medidas eran proporcionadas o no, como si se utilizó el mecanismo adecuado para ello. Lo realmente importante es que muchas de las medidas aplicadas son de suspensión general de derechos fundamentales, algo que ya se ha dicho la Constitución no permite mediante el estado de alarma.

Por eso, mi opinión es que, al margen de lo difícil que ha tenido que ser para el Gobierno gestionar esta crisis sanitaria, muchas de las medidas adoptadas al paraguas del estado de alarma son inconstitucionales pues debía haberse declarado el estado de excepción ¿Por qué no se hizo? Probablemente porque el Gobierno se vio demasiado condicionado por la literalidad del artículo 4 b) de la Ley Orgánica 4/1981, de 4 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio (LOEAES), que prevé la declaración del estado de alarma para hacer frente a “crisis sanitarias, tales como epidemias”, artículo 4 b) LOEAES. La cuestión es que el hecho de que concurra esa circunstancia no significa que se pueda adoptar cualquier tipo de medidas pues, como ya se ha dicho, el artículo 55.1 CE es claro cuando circunscribe la posibilidad de suspender derechos fundamentales a los estados de excepción y de sitio.

Es así como llegamos al estado de excepción, artículo 116.3 CE, previsto para “cuando el libre ejercicio de los derechos y libertades de los ciudadanos, el normal funcionamiento de las instituciones democráticas, el de los servicios públicos esenciales para la comunidad, o cualquier otro aspecto del orden público, resulten tan gravemente alterados que el ejercicio de las potestades ordinarias fuera insuficiente para restablecerlo y mantenerlo”, artículo 13.1 LOEAES. Pues bien, la tardía reacción frente a la pandemia hizo que la situación inicial deviniera en la aparición de una grave alteración en el normal funcionamiento de los servicios esenciales para la comunidad, con unos hospitales públicos bajo riesgo de colapso.

Por lo tanto, y recapitulando. Aunque el constituyente hubiera pensado hace 40 años en el estado de alarma como el instrumento bajo el cual se afrontarían siempre las situaciones de pandemia, el hecho de que la Constitución impida suspender derechos bajo su vigencia debería haber llevado al Gobierno a declarar el estado de excepción ¿Y por qué es tan relevante esta diferenciación entre estado de alarma y estado de excepción? Muy sencillo. Siendo declarados ambos por el Gobierno, mientras que el estado de excepción exige la previa autorización del Congreso de los Diputados, los primeros 15 días del estado de alarma están exentos de dicho permiso parlamentario. De esa manera, y si se da por buena la declaración del estado de alarma pese a que se hayan suspendido derechos fundamentales, se abrirá la puerta a que, en el futuro, cualquier Gobierno suspenda dichos derechos durante quince días y sin necesidad de autorización previa, con los peligros que ello conlleva. Ese es el verdadero problema de lo sucedido en estos meses si lo analizamos desde un punto de vista constitucional.

Pero eso no ha sido todo. Durante la vigencia del estado de alarma se han producido otras preocupantes disfuncionalidades. Por ejemplo, pese a que el artículo 116.5 CE establece que el funcionamiento del Parlamento, así como el de los demás poderes constitucionales del Estado, no podrá interrumpirse durante la vigencia de los estados de alarma, excepción y sitio, lo cierto es que, durante las primeras semanas de vigencia del estado de alarma, el Congreso de los Diputados suspendió la práctica totalidad de su actividad, impidiendo el control parlamentario al Gobierno. Por lo tanto, no solo no se pidió permiso al Congreso de los Diputados de cara a suspender derechos fundamentales, sino que, para más inri, tampoco tuvo lugar la habitual labor de control parlamentario al Gobierno. Pero es que también se redujo a la mínima expresión la actividad del Poder Judicial, justo en el momento en el que más se le necesitaba. Por no hablar de lo sucedido con el Tribunal Constitucional, prácticamente inactivo durante ese tiempo.

Por si no hubiera suficientes ejemplos, recordaré que: 1) el Portal de Transparencia del Gobierno quedó prácticamente inhabilitado durante varias semanas. 2) El Gobierno transformó las ruedas de prensa gubernamentales en un ejercicio poco transparente en el que su Secretario de Estado de Comunicación filtraba y elegía las preguntas que estimaba pertinentes sin permitir tampoco la repregunta. 3) Tanto antes como una vez decaído el estado de alarma, los Ejecutivos autonómicos suspendieron con carácter general ciertos derechos fundamentales, ello a pesar de que la Constitución no les atribuye competencia al respecto. 4) Pese a que la Carta Magna encomienda al Defensor del Pueblo velar por la protección de los derechos fundamentales, su politización le ha llevado a no dar curso a las reclamaciones

presentadas por distintos ciudadanos contra algunas de las medidas del estado de alarma. 5) Se ha abusado de órdenes ministeriales, normas infralegales que escapan a la autorización parlamentaria y, por ende, al debate público. 5) Como el Gobierno niega haber suspendido derechos fundamentales, tampoco se ha informado al Secretario General del Consejo de Europa sobre las suspensiones impuestas, que es lo que exige el artículo 15.3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos.

En definitiva, y centrándonos ya en la actuación del Gobierno central, si cuando se pronuncie sobre el recurso de inconstitucionalidad presentado por VOX, el Tribunal Constitucional acaba avalando las medidas de suspensión de derechos adoptadas al paraguas del estado de alarma, se habrá acabado por imponer en España una peligrosa praxis que puede invocarse en futuras situaciones de anormalidad constitucional. Estaríamos, ni más ni menos, ante la legitimación política de la concentración total de poderes en manos de un Ejecutivo (al estilo de la figura de la “dictadura constitucional”, prevista en el artículo 16 de la Constitución francesa) que actúa al margen del debido control parlamentario. Exactamente lo contrario a lo planteado por el constituyente de 1978, que reguló un derecho de excepción precisamente para que, incluso en situaciones de suspensión de derechos fundamentales, la fiscalización de la actuación gubernativa a cargo del Congreso de los Diputados fuera ineludible.

Concluyo con esto mi breve exposición, agradeciendo su atención y quedando, por descontado, a disposición de quien quisiera plantear alguna cuestión o realizar cualquier comentario al respecto. Muchas gracias a todos.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- ABA CATOIRA, A., “El concepto jurisprudencial de límite de los derechos fundamentales”, en *Anuario da Facultade de Dereito*, núm. 2, 1998, pp. 13-31.
- ARAGÓN REYES, M., “Hay que tomarse la Constitución en serio”, en *El País*, publicado el 13 de abril de 2020.
- CRUZ VILLALÓN, P., “El nuevo derecho de excepción”, en *Revista Española de Derecho Constitucional*, vol. 1, núm. 2, 1981, pp. 93-128.
- *Estados excepcionales y suspensión de garantías*, Tecnos, Madrid, 1984.
- DE ESTEBAN, J. y GONZÁLEZ-TREVIJANO, P., *Tratado de Derecho Constitucional. Tomo II*, 2ª edición, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2004.
- DE LA QUADRA-SALCEDO FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, T., “La naturaleza de los derechos fundamentales en situaciones de suspensión”, en *Anuario de Derechos Humanos*, núm. 2, 1983, pp. 427-472.
- “Límite y restricción, no suspensión”, en *El País*, 8 de abril de 2020.
- DÍAZ REVORIO, F. J., “A vueltas con la suspensión de los derechos fundamentales”, en *Almacén de derecho*, edición digital, publicada el 9 de abril de 2020, disponible en <https://almacenederecho.org/a-vueltas-con-la-suspension-de-los-derechos-fundamentales/>.

FERNÁNDEZ DE CASADEVANTE MAYORDOMO, P., “El derecho de emergencia constitucional en España: hacia una nueva taxonomía”, en *Revista de Derecho Político*, núm. 107, 2020, pp. 111-145.

– *La defensa de la Constitución. El derecho de emergencia constitucional y el artículo 55 CE*, Aranzadi, 2020.

– “Un estado de alarma inconstitucional”, en *Aranzadi digital*, 1/2020, pp. 1-10.

FERNÁNDEZ SEGADO, F., “Los estados de alarma, excepción y sitio”, en *Revista de Derecho Político*, núm. 11, 1981, pp. 83-116.

– “La Ley orgánica de los estados de alarma, excepción y sitio”, *Revista de Derecho Político*, núm. 11. Otoño 1981, 1981, pp. 83-116.

VERA SANTOS, J. M., “Estado de alarma: tarde y mal”, en *El Independiente*, edición digital, publicada el 19 de marzo de 2020, disponible en <https://www.elindependiente.com/opinion/2020/03/19/estado-de-alarma-tarde-y-mal/>;

– “Secesión y derecho de excepción. A vueltas con el estado de alarma en España”, en *Consecuencias jurídicas de la secesión de entidades territoriales. Una visión para España*, Aranzadi (en prensa).



RETOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA ANTE EL COVID 19

JUAN ANTONIO SUÑÉ

Médico Militar
Hospital Central de la Defensa

Médico graduado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid, Experto en Cuidados Oculares por la Universitat de Valencia y Máster en Relaciones Internacionales Iberoamericanas por la Universidad Rey Juan Carlos. Perteneciente al Cuerpo Militar de Sanidad, estuvo desplegado en 2017-2018 con el contingente internacional de Naciones Unidas en Líbano (UNIFIL). Actualmente cursando estudios de especialización en Oftalmología en el Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" de Madrid.

En primer lugar, querría agradecer a los organizadores, y especialmente a los profesores Navalpotro y Cobo del Rosal, que me hayan invitado a participar en este V Congreso, “Una Educación para Todos”, y que hayan pensado que podría aportar un poco de la experiencia recogida durante estos meses de atención sanitaria. Quisiera además agradecer a todos los alumnos que se nos han unido hoy para compartir con ustedes en Ecuador nuestra vivencia de este proceso.

El 31 de diciembre de 2019, la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la República Popular China transmite la información de un “conglomerado de casos de neumonía vírica atípica” en la ciudad de Wuhan (11 millones de habitantes) en la provincia de Hubei (60 millones de habitantes), lo que pasó a ser una amenaza para la salud pública (PHE por sus siglas en inglés) internacional un mes después y acabó convirtiéndose en una pandemia a nivel mundial en marzo.

No es una situación plenamente novedosa, tras haberse producido las emergencias sanitarias conocidas por SARS (2003), la gripe aviar H5N1 (2004), la gripe A H1N1 (2009), el MERS (2012), el virus del Ébola (2014) y el virus Zika (2015).

La enfermedad COVID-19 resulta en sus inicios prácticamente indistinguible de otros procesos respiratorios catarrales habituales, pero con una contagiosidad mucho mayor y, según datos oficiales de casos, una mortalidad a nivel global actual del 7%.

Esto difiere enormemente de los primeros datos aportados por las autoridades sanitarias de la República Popular China, que informaba de una mortalidad del 2'3%, y aún alejado de las previsiones iniciales de la OMS que lo acercaba al 3'5%.

Los síntomas más frecuentes vistos en los hospitales son la disnea (dificultad respiratoria, 48%), fiebre termometría en el servicio de urgencias (43%) y tos, presentando más del 90% de los pacientes alteraciones radiográficas a nivel tóraco-pulmonar. Otros síntomas pueden incluir diarrea, vómitos, cefalea, etc...

Los servicios de Urgencias de los hospitales son el primer punto de contacto de los pacientes con la red sanitaria en las situaciones de emergencias sanitarias o incidentes de múltiples víctimas (IMV), además de suponer, de manera consistente, el lugar de primera atención para una gran parte de la población.

La irrupción de la pandemia COVID-19 (así denominada para evitar prejuicios hacia lugares, animales o grupos de personas), no cuantificable en su magnitud o contagiosidad en su primer momento, ha supuesto una grave interrupción de dichos Servicios de Urgencias que han visto limitado el material sanitario por graves rupturas de stock, faltando además información y material farmacológico, lo que disminuía las posibilidades de tratamiento de pacientes.

En casos como este, es de vital importancia la cooperación internacional y la información fiable difundida a través de los centros para el control de las enfermedades (en inglés, CDC) regulada por el Reglamento Sanitario Internacional como marco para evitar la propagación y garantizar el control de nuevas enfermedades sin interferir en el tráfico y comercio internacionales.

Me han gustado mucho las gráficas de la Dra. Mori, creo además que ha sido excelente en sus explicaciones, y me disculpo por no haber preparado ninguna gráfica para ustedes.

Pero querría simplemente hablar de cifras oficiales a fecha de hoy: China 83.000 infectados con unas 4.600 muertes (5% de mortalidad), ocupando el puesto 25 del ranking mundial de mortalidad; Ecuador en el puesto 28 del ranking mundial con más de 70.000 afectados y más de 5.000 muertos (7% de mortalidad, en la media global actual); y España con 304.000 afectados, ocupando el 9º puesto global y casi 28.500 muertos (9% de mortalidad) ... El primer puesto lo ocupa EEUU, pero querría destacar que hace pocos días el estado de California llegó a declarar más de 15.000 casos en un solo día... Mientras que, pese a los rebrotes, en el foco de origen de esta pandemia se informa de sólo un caso nuevo en las últimas 24 horas.

En cuanto a la situación sueca, por la que preguntaban ustedes, les indico. 76.492 casos con 5.572 muertos, 600.000 test vs los 6 millones realizados en España, en una población de 10 millones vs los 47 millones en España. Suecia, 7º puesto de mortalidad por millón de habitantes y 46º puesto en tests realizados. Y debemos remarcar que no se considera la realización de tests *postmortem*. Es decir, aquellos pacientes fallecidos sin una prueba diagnóstica, pese a poder ser “probablemente debido a”, no son considerados como causados por el SARS-CoV-2. La mayor defensa sueca es su densidad poblacional, con 25 habitantes por Km² (y repito, 10 millones de habitantes totales), muy lejos de la densidad poblacional en España (91'2/km²) o en Ecuador (69/Km²).

La moderna deontología médica y la falta de planificación sanitaria en la estructuración de los servicios hospitalarios puede haber inhibido la capacidad de reacción del sistema sanitario, viendo una mayor respuesta en centros hospitalarios más antiguos con mayor capacidad de acogida de pacientes planificada, en contra de los centros hospitalarios más modernos, centrados en la calidad de atención y “una habitación por paciente”, limitando la disponibilidad de respiradores y tomas de O₂ disponibles. Además, la planificación de centros designados para la atención de pacientes con sospecha de COVID-19 ha resultado claramente insuficiente en los mayores focos de contagio.

El personal sanitario ha sufrido buena parte de esta amenaza en solitario con la gran escalada de casos que sufrimos en España y por la dolorosa escasez de material.

Siguiendo los criterios iniciales de la OMS, los estudios indican que sólo un 48% de los casos de COVID-19 eran detectados, experiencia que en primera línea de esta batalla (en los Servicios de Urgencias) era evidente.

Toda esta situación llevó a muchos profesionales a valorar el deber de atender a sus pacientes versus el derecho que tienen a la autoprotección y a la protección de sus propias familias, pudiendo llegar a la sobre-reacción en casos concretos.

No se engañen, los profesionales sanitarios no son, no somos, héroes, son personas que pasan miedo también, y son, en España, uno de los colectivos más castigado por esta pandemia, suponiendo en algunos estudios alrededor del 20% de los casos oficiales. De nuevo, recalco el valor de los datos oficiales, al ser el personal sanitario un colectivo que, dentro de lo posible, debería tener un mayor acceso a los test diagnósticos adecuados para evitar la transmisión secundaria de la enfermedad a otros sanitarios, pacientes graves, etc...

Como médico que realiza guardias en el Servicio de Urgencias en el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, puedo confirmar que experimentamos un cambio radical en la segunda semana de marzo, con una gran oleada de pacientes que resultaron ser positivos sin cumplir los criterios epidemiológicos iniciales. En mi caso, casado y con hijos, la situación me llevó a aislarme lo más posible de mi familia durante casi dos meses sin abandonar nuestro domicilio común de 60m², con mascarilla FFP2 o N95 durante todo el día y rompiendo la vida media supuesta de dichas mascarillas.

Pese a todo esto, en el ámbito militar se puede destacar una mayor preparación del personal sanitario frente a circunstancias como esta por el mayor conocimiento y entrenamiento no sólo en cuanto al uso de equipamiento de protección individual (EPI) variado, sino además por la preparación para afrontar las amenazas de la guerra nuclear, radiológica, biológica y química (NBQR) que se imparte en el ámbito militar vs el ámbito civil. Además, hay una mayor interrelación con otras profesiones sanitarias (farmacéuticos, veterinarios) con funciones definidas también

en la atención de esta crisis mediante la elaboración de material adicional y los protocolos de desinfección que llevó al despliegue de la “Operación Balmis” para apoyo de la salud pública allí donde los servicios sanitarios civiles no llegaban, mediante los recursos militares.

De destacar es la desinfección y limpieza de establecimientos sanitarios, de acogida de personas y centros de salud, así como el despliegue en pocos días de un “hospital de circunstancias” en Madrid en el recinto de IFEMA para ayudar a la atención hospitalaria con la descarga de pacientes en dicha instalación, suponiendo un verdadero hito logístico. Además, anexo a la misma se adecuaron las instalaciones para la acogida de personas sin hogar, pese al rechazo que expresaban muchos que eran atendidos en los Servicios de Urgencias debido al temor de contraer la enfermedad.

Fue necesaria la reestructuración (no sólo funcional, si no propiamente estructural) de los Servicios de Urgencias para aplicar las medidas de triaje y separación de pacientes (“limpios – sucios”) con vías muy delimitadas de entrada y salida y áreas de atención para pacientes con sospecha de COVID-19 y los que no, mediante criterios muy amplios llegando a realizar radiografías a cada paciente que llegaba a los servicios de urgencias.

También se tuvo que llevar a cabo la reordenación de los servicios hospitalarios en grandes “unidades COVID”, lo que llevó a la casi disolución del resto de servicios con el avance de la pandemia, y por tanto limitando enormemente la oferta de atención sanitaria a otros procesos patológicos con graves repercusiones en la salud de la población. Estas nuevas unidades COVID fueron constituidas en un primer momento por los servicios de neumología, enfermedades infecciosas y parte del personal de medicina interna, así como por todos los residentes del hospital, resultando los mismos insuficientes y teniendo que reclutar al resto de profesionales sanitarios de otras especialidades. Y les pido que se imaginen la situación: Habiéndose dedicado ustedes toda la vida a la Historia del derecho, debido a una crisis económica quiebran todas las empresas mundiales y se realizan concursos de acreedores en los que les piden que sean ustedes los que resuelvan dichas situaciones.

Así, durante la pandemia no es sólo la amenaza del SARS-CoV-2 a la que se enfrenta la sociedad, también se mantienen el resto de patologías ya conocidas y de atención frecuente, llegando a la suspensión de toda consulta no urgente y de casi todo quirófano para disponer de material adicional y espacio de atención de pacientes, limitando a casos o procesos concretos las revisiones o cirugías programadas.

Esto se tradujo a una disminución de asistencia sobre ya no sólo los casos programados, sino también sobre los casos esperables, es decir, la gente con sintomatología de otros procesos no acude a los hospitales por temor a la enfermedad. Además, muchos de los quirófanos que se mantuvieron acabaron vacíos pese a ser atención oncológica en su mayoría, o que supusieran pérdida de un sentido o miembro.

Lecciones aprendidas o Consejos a futuro: EPI adecuado para el personal

sanitario, amplios criterios de sospecha y preparación estructural de los servicios de atención sanitaria con circuitos cerrados de entrada y salida en centros sanitarios.

Esperar una mejora en el futuro, pues hay ya, según datos de la OMS, 17 vacunas en fase avanzada de estudio, y más de 300 proyectos de investigación de vacunas aún abiertos.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

1. Chien-Hao Lin, Wen-Pin Tseng, Jhong-Lin Wu, Joyce Tay, Ming-Tai Cheng, Hooi-Nee Ong, Hao-Yang Lin, Yi-Ying Chen, Chih-Hsien Wu, Jiun-Wei Chen, Shey-Ying Chen, Chang-Chuan Chan, Chien-Hua Huang, Shyr-Chyr Chen A “Double Triage and Telemedicine Protocol to Optimize Infection Control in an Emergency Department in Taiwan During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Feasibility Study”; *J Med Internet Res.* 2020 Jun; 22 (6): e20586. Published online 2020 Jun 23. doi: 10.2196/20586
2. Kristi L. Koenig, Christian K. Beÿ, Eric C. McDonald “2019-nCoV: The Identify-Isolate-Inform (3I) Tool Applied to a Novel Emerging Coronavirus”, *West J Emerg Med.* 2020 Mar; 21(2): 184–190. Published online 2020 Jan 31. doi: 10.5811/westjem.2020.1.46760
3. Claudio Bernucci, Carlo Brembilla, Pierlorenzo Veiceschi “Effects of the COVID-19 Outbreak in Northern Italy: Perspectives from the Bergamo Neurosurgery Department”, *World Neurosurg.* 2020 May; 137: 465–468.e1. Published online 2020 Apr 2. doi: 10.1016/j.wneu.2020.03.179
4. Liang E. Wee, Tzay-Ping Fua, Ying Y. Chua, Andrew F. W. Ho, Xiang Y. J. Sim, Edwin P. Conceicao, Indumathi Venkatachalam, Kenneth B.-K. Tan, Ban H. Tan. “Containing COVID-19 in the Emergency Department: The Role of Improved Case Detection and Segregation of Suspect Cases”, *Acad Emerg Med.* 2020 May; 27(5): 379–387. Published online 2020 May 11. doi: 10.1111/acem.13984
5. Han Sol Chung, Dong Eun Lee, Jong Kun Kim, In Hwan Yeo, Changho Kim, Jungbae Park, Kang Suk Seo, Sin-Yul Park, Jung Ho Kim, Gyunmoo Kim, Suk Hee Lee, Jeon Jae Cheon, Yang Hun Kim “Revised Triage and Surveillance Protocols for Temporary Emergency Department Closures in Tertiary Hospitals as a Response to COVID-19 Crisis in Daegu Metropolitan City” *J Korean Med Sci.* 2020 May 18; 35(19): e189. Published online 2020 May 12. doi: 10.3346/jkms.2020.35.e189

6. Vaishal M. Tolia, Theodore C. Chan, Edward M. Castillo “Preliminary Results of Initial Testing for Coronavirus (COVID-19) in the Emergency Department” *West J Emerg Med.* 2020 May; 21(3): 503–506. Published online 2020 Mar 27. doi: 10.5811/westjem.2020.3.47348
7. Carlo Capalbo, Antonio Aceti, Maurizio Simmaco, Rita Bonfini, Monica Rocco, Alberto Ricci, Christian Napoli, Matteo Rocco, Valeria Alfonsi, Antonella Teggi, Giovanni Battista Orsi, Marina Borro, Iolanda Santino, Robert Preissner, Paolo Marchetti, Adriano Marcolongo, Paolo Anibaldi “The Exponential Phase of the Covid-19 Pandemic in Central Italy: An Integrated Care Pathway” *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jun; 17 (11): 3792. Published online 2020 May 27. doi: 10.3390/ijerph17113792
8. Joseph D. Forrester, Aussama K. Nassar, Paul M. Maggio, Mary T. Hawn “Precautions for Operating Room Team Members During the COVID-19 Pandemic” *J Am Coll Surg.* 2020 Jun; 230(6): 1098–1101. Published online 2020 Apr 2. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.03.030
9. Kurt Huber, Patrick Goldstein “Covid-19: implications for prehospital, emergency and hospital care in patients with acute coronary syndromes” *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2020 May 7: 2048872620923639. Published online 2020 May 7. doi: 10.1177/2048872620923639
10. Luis Garcia-Castrillo, Roberta Petrino, Robert Leach, Christoph Dodt, Wilhelm Behringer, Abdo Khoury, Marc Sabbe “European Society For Emergency Medicine position paper on emergency medical systems’ response to COVID-19” *Eur J Emerg Med.* 2020 May 4 : 10.1097/MEJ.0000000000000701. Published online 2020 Apr 1. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000701
11. Martin Möckel, Ulrike Bachmann, Wilhelm Behringer, Frieder Pfäfflin, Miriam Songa Stegemann “How emergency departments prepare for virus disease outbreaks like COVID-19” *Eur J Emerg Med.* 2020 May 4 : 10.1097/MEJ.0000000000000703. Published online 2020 Mar 27. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000703
12. Liu Yang, Yang Ren “Moral Obligation, Public Leadership, and Collective Action for Epidemic Prevention and Control: Evidence from the Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)” *Emergency Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr; 17 (8): 2731. Published online 2020 Apr 15. doi: 10.3390/ijerph17082731
13. Aven Shan Hua Ng, Min Hoe Chew, Tze Choong Charn, Merng Koon Wong, Wai Keong Wong, Lui Shiong Lee “Keeping a cut above the coronavirus disease: surgical perspectives from a public health institution in Singapore during Covid-19” *ANZ J Surg.* 2020 May; 90(5): 666–669. Published online 2020 Apr 21. doi: 10.1111/ans.15904

14. Qin Zhang, Jian Pan, Min-xing Zhao, Yuan-qiang Lu “Clinical value of the emergency department in screening and diagnosis of COVID-19 in China” *J Zhejiang Univ Sci B*. 2020 May; 21(5): 388–393. doi: 10.1631/jzus.B2010011
15. Alexandra Markwell, Rob Mitchell, April L Wright, Anthony FT Brown “Clinical and ethical challenges for emergency departments during communicable disease outbreaks: Can lessons from Ebola Virus Disease be applied to the COVID-19 pandemic?” *Emerg Med Australas*. 2020 Jun; 32(3): 520–524. Published online 2020 May 5. doi: 10.1111/1742-6723.13514
16. Kathleen P. Hartnett, Aaron Kite-Powell, Jourdan De Vies, Michael A. Colletta, Tegan K. Boehmer, Jennifer Adjemian, Adi V. Gundlapalli, “National Syndromic Surveillance Program Community of Practice Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020 MMWR *Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Jun 12; 69(23): 699–704. Published online 2020 Jun 12. doi: 10.15585/mmwr.mm6923e1
17. “Adapting protocols for the care of surgical patients during the COVID-19 pandemic” *AORN J*. 2020 Jul; 112(1): P15–P18. Published online 2020 Jun 29. doi: 10.1002/aorn.13126
18. Rob Mitchell, Colin Banks “Emergency departments and the COVID-19 pandemic: making the most of limited resources” *Emerg Med J*. 2020 May; 37(5): 258–259. Published online 2020 Apr 1. doi: 10.1136/emered-2020-209660



COVID 19 Y REPERCUSIONES EN SALUD MENTAL

ROCÍO PARICIO

Médico Psiquiatra

Médico graduada en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid (Premio Extraordinario de Fin de Carrera), ha concluido recientemente su especialización en Psiquiatría en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Cuenta con diversos estudios de psicoterapia (Terapia Sistémica, Terapia Narrativa, Mindfulness, Terapia en Trastornos de la Personalidad...), y tiene un Máster en Psicoterapia Integradora por la Universidad de Alcalá. Es, también, Máster en Práctica Clínica por la Universidad Camilo José Cela, Máster en Psiquiatría del Niño y del Adolescente por la Universidad de Barcelona, Experta en Trastorno Bipolar por la Universidad Autónoma de Barcelona y Agente y Promotora de Igualdad por la Universidad de Alcalá. Ha publicado como primera autora y como colaboradora en diversas revistas científicas de carácter nacional e internacional, siendo su tema principal de investigación el trauma y las consecuencias de la violencia sobre la salud mental.

INTRODUCCIÓN:

La pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto en nuestros modos de vida y ha supuesto un importante estrés a nivel social. Una de las principales preocupaciones actuales de las autoridades sanitarias es el potencial de la pandemia para empeorar los problemas de salud mental preexistentes y facilitar la emergencia de nuevos casos en la población debido a la singular combinación de factores de riesgo que supone la existencia de una crisis de salud pública, el aislamiento social decretado para frenar la infección y la recesión económica derivada de las necesarias medidas estatales de distancia social. Sus consecuencias esperables a nivel de salud mental son, fundamentalmente, los Trastornos por Estrés Postraumático, los duelos no resueltos y los cuadros ansioso-depresivos. Además, la situación de confinamiento y excepcionalidad ha tenido una especial repercusión en poblaciones vulnerables, como los ancianos y los niños, parece haber empeorado la violencia contra la mujer y ha supuesto un importante desgaste emocional de las y los profesionales sanitarios, que debe ser tenido en cuenta de cara a posibles nuevas olas o nuevas pandemias.

REPERCUSIONES DEL CORONAVIRUS 2019 EN LA SALUD MENTAL:

- Trastorno por Estrés Postraumático:

El Trastorno por Estrés Postraumático se caracteriza por la aparición de síntomas específicos (reexperimentación, evitación, hiperalerta e hiperreactividad y síntomas cognitivos y emocionales negativos) tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo. Los desastres naturales se encuentran dentro de los eventos con potencial efecto traumático descritos por la Asociación Americana de Psiquiatría en la quinta edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) (1). Las epidemias (y, en concreto, la actual pandemia de COVID-19), a menudo conllevan vivencias generalizadas y compartidas de amenaza para la vida propia y de los que nos rodean que deben ser consideradas en todo su potencial traumático. Entorno a un 30% de las personas expuestas a un evento traumático desarrollan síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (2)). Asimismo, es habitual que los individuos que han sufrido físicamente a causa de emergencias de salud pública desarrollen algún grado de Trastorno por Estrés Postraumático, incluso una vez recuperados y tras el alta hospitalaria (3).

Por otro lado, las medidas de salud pública necesarias para frenar las epidemias pueden también tener un efecto traumatizante en la población. Por ejemplo, la epidemia de SARS que sufrió China entre noviembre de 2002 y julio de 2003 tuvo profundas repercusiones en la población de las regiones afectadas, con efectos traumáticos en los familiares de los fallecidos por la misma (4). Un estudio sobre factores estresores relacionados con el SARS y estilos de afrontamiento realizado en estudiantes universitarios chinos –considerados población de alto riesgo para contagio de enfermedades infecciosas– señaló que el impacto psicológico de la epidemia en la población no directamente contaminada por la enfermedad fue significativo, estando el estilo de afrontamiento evitativo más relacionado con la presencia de síntomas de estrés postraumático (5). Según la experiencia de pandemias recientes (la de SARS de 2002 y 2003, y la de la gripe aviar H1N1) (5, 6), cabe esperar un importante aumento de TEPT en los próximos meses en relación a la pandemia de SARS-CoV-2, que ha tenido alcance y repercusiones sociosanitarias mucho mayores. Este incremento de la prevalencia podría ser especialmente acusado en los supervivientes de enfermedad severa, que han visto amenaza su vida en un contexto de gran incertidumbre y de aislamiento social, y en los profesionales sanitarios, que se han visto expuestos al ejercicio de una Medicina de emergencias con escasos medios materiales y un elevado nivel de estrés.

- Duelo:

Las epidemias conllevan un incremento en el número de fallecidos a nivel poblacional y muchas veces implican la necesidad de elaborar los duelos en condiciones desfavorables. En la actual pandemia de COVID-19, los procesos de duelo se

han visto dificultados por las medidas de aislamiento y de distancia social, que han impedido la despedida de los seres queridos que se encontraban en la fase terminal de la enfermedad, así como la celebración de funerales. Estos últimos constituyen rituales sociales de gran importancia psicológica para la elaboración del duelo, y su ausencia puede dificultar la despedida y el cierre de algunas de las tareas de este proceso (7).

- *Ansiedad y depresión:*

Las epidemias de enfermedades infecciosas conllevan el miedo de la población al contagio y a la enfermedad, con un incremento generalizado de la sintomatología ansiosa. En un estudio realizado en China mediante encuesta online sobre una muestra de 1.304 participantes de la población general, se comprobó que en la fase inicial de la epidemia de COVID-19 más de la mitad de quienes respondieron presentaban un impacto psicológico moderado-severo por la crisis, y entorno a un tercio de los casos presentaban niveles de ansiedad moderados a severos (8). La dificultad para mantener unos hábitos de vida saludables durante el confinamiento (menor ejercicio físico, cambio en los ritmos de sueño-vigilia, cambios en la dieta...), además de la sobreinformación continua debido al empleo de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), ha podido incrementar la sintomatología ansioso-depresiva durante el mismo (9).

Grupos de especial vulnerabilidad en la pandemia de COVID-19:

- *Profesionales sanitarios:*

Un estudio temprano de China arrojó los siguientes resultados sobre las y los profesionales sanitarios que habían estado atendiendo en el pico de mayor incidencia de la pandemia (10):

- La mayoría de los profesionales sanitarios no tenían una preocupación excesiva por ser contagiados y no deseaban que sus familias se preocuparan por ellos. En cambio, sí les generaba estrés la posibilidad de infectar a sus familiares o llevar el virus a sus casas. También les preocupaba la escasez de material de trabajo y de equipos de protección.

- Los profesionales no sabían cómo lidiar con pacientes cuando no cooperaban con las medidas terapéuticas o del aislamiento del hospital debido al pánico o la falta de información. También expresaban sentimientos de incapacidad cuando tenían que enfrentarse a pacientes críticos.

- Muchos profesionales mencionaban que ellos no necesitaban un psicólogo/psiquiatra, pero sí más horas de descanso y tener equipos de protección adecuados.

- También solicitaban entrenamiento para manejar las crisis de ansiedad de los pacientes, y tener a mano a los profesionales de Salud Mental para dicho manejo.

En un estudio multicéntrico que incluía a 1.563 médicos del Hospital de Nanfang (Guangzhou, China), encontraron una prevalencia de depresión del 50,7%; del 44,7% de ansiedad; de insomnio del 36,1%, y de síntomas relacionados con estrés del 73,4%. Estos datos revelan la necesidad de detectar y ofrecer recursos para manejar el malestar psicológico a los profesionales implicados en la atención de la epidemia (11).

En España, la pandemia ha supuesto la movilización de especialistas muy alejados del manejo clínico de enfermedades respiratorias para la atención de las mismas, la reestructuración de urgencia de toda la asistencia sanitaria y la ampliación de los turnos habituales de trabajo, con un especial peso de la asistencia hospitalaria respecto a la Atención Primaria (12). Cabe destacar que el porcentaje de profesionales contagiados por SARS-CoV-2 en España ha sido muy elevado. Según la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, a día 29 de mayo de 2020, “desde el inicio de la alerta por SARS-CoV-2 se han notificado a la RENAVE 40.961 casos de COVID-19 en personal sanitario con diagnóstico previo al 11 de mayo de 2020, lo que supone un 24,1% del total de casos de COVID-19 declarados a la RENAVE hasta esa fecha. El 76,5% de los casos de COVID-19 en personal sanitario son mujeres y la mediana de edad de los casos es 46 años, siendo mayor en hombres que en mujeres (47 vs 46 años)” (13). El desgaste emocional de este colectivo es mayúsculo; y, más allá de la reiterada demanda que se ha escuchado recientemente desde diversos medios de comunicación sobre la necesidad de “cuidar a nuestros cuidadores”, cabe preguntarse de qué modo podrá afrontar una nueva oleada de la pandemia, en caso de que esta se produzca próximamente.

- Ancianos:

La pandemia de COVID-19 ha tenido una especial prevalencia en este grupo etario. A la mayor probabilidad de sufrir enfermedad respiratoria por contagio del virus, mayor tasa de hospitalización y mayor letalidad (14), se unen los factores asociados a las medidas tomadas en el Estado de Alarma en España. Así, se han cerrado los centros de día de mayores y en las residencias de ancianos, han estado prohibidas las visitas, y la atención médica ha sido dificultada por el colapso de sistema sanitario. Por otro lado, un gran número de ancianos, especialmente de mujeres, viven solas en sus domicilios, por lo que han pasado el confinamiento en soledad y con las ayudas para sus actividades diarias muy limitadas (15).

- Niños:

La población infantil se ha visto poco afectada por la enfermedad respiratoria causada por el SARS-CoV-2, siendo mayoritarias las formas asintomáticas o leves de la misma (16). No obstante, la vivencia de amenaza para los menores de edad se ha hecho presente con el fallecimiento de seres queridos, la separación de miembros de la familia debido a las medidas de aislamiento y alteración de sus formas de vida habituales.

La infancia y la adolescencia son periodos en los que el contexto tiene una gran influencia sobre la conducta de los individuos, aportando factores protectores, a través de una red de valores y de normas que se adquieren del grupo, y factores de vulnerabilidad, vinculados a situaciones de hostilidad, pobreza y exclusión social (17). La población infanto-juvenil afectada por la pandemia del virus SARS-CoV-2 ha visto trastocados todos sus hábitos de vida, con el cierre de las escuelas y la limitación de las relaciones con iguales y de la actividad psicomotriz en el exterior del domicilio. En España, el confinamiento de los niños ha sido absoluto, permitiéndose únicamente la salida de aquellos con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista y alteraciones de conducta asociadas (18).

Respecto al aislamiento social en caso de contagio, es especialmente complicado cuando hay implicados niños de corta edad, debido a su necesidad de cuidados. Además, la separación de los niños de sus figuras cuidadoras habituales desencadena reacciones ansiosas y de malestar emocional, como tristeza o irritabilidad (19).

Diversos estudios señalan que el aislamiento social y la falta de estímulos ambientales en etapas críticas del desarrollo neurológico, psicológico y social, se relacionan con un importante deterioro de las capacidades de socialización (20). Además, el desarrollo de la psicomotricidad en estas edades se vincula al correcto desarrollo cognitivo y requiere de actividades que, por su naturaleza, necesitan realizarse en el exterior (correr, saltar, montar en bicicleta...) (21). Algo que ha resultado imposible para aquellos menores confinados en pisos sin espacios exteriores.

- *Mujeres:*

Durante el confinamiento, se ha detectado un aumento de llamadas a la policía por violencia intrafamiliar y de género (22).

Especial atención merece el grupo poblacional de mujeres embarazadas y puérperas durante el Estado de Alarma, que han visto prácticamente anulados sus seguimientos por culpa de un sistema sanitario colapsado. Además, en medio de un clima de miedo y desconocimiento del virus, los hospitales cambiaron sus protocolos de atención al parto, muchas veces sin atenerse a la evidencia científica y violando derechos básicos de las mujeres y de la salud sexual y reproductiva, como impedir el parto acompañada, la instauración de la lactancia materna, practicar la separación temprana de la madre y el bebé asintomáticos, o la realización de una mayor tasa de cesáreas y partos instrumentados para reducir el periodo expulsivo del parto y, así, el tiempo de exposición de los profesionales (23). Estas prácticas tienen un elevado papel traumatizante en la mujer y podrían aumentar la incidencia de depresión postparto, además de dificultar la instauración del vínculo madre-bebé (24).

- *Personas con problemas previos de Salud Mental:*

El colapso del sistema sanitario y el desmantelamiento parcial de los diferentes servicios en aras de la atención de la COVID-19 ha provocado una drástica

disminución de la capacidad asistencial para otras patologías. Es el caso de la red de Salud Mental. Las consecuencias de un menor acceso al diagnóstico y seguimiento de los trastornos mentales (como el de tantas otras patologías) están aún por verse.

CONCLUSIONES

En conclusión, el importante estrés social que ha generado la pandemia del SARS-CoV-2 y las medidas necesarias para frenarla han tenido un importante impacto en la salud mental de la población. Por ello, resulta prioritario que las autoridades competentes diseñen estrategias específicas para atender las nuevas demandas surgidas de esta situación, así como planes de prevención de cara a posibles rebrotes o nuevas pandemias, a fin de minimizar los efectos psicológicos de esta pandemia en los colectivos más golpeados, garantizando la cobertura de necesidades psicosociales de niños y ancianos, protegiendo a los profesionales sanitarios y garantizando la atención de mujeres víctimas de la violencia de género y embarazadas, así como de las personas que padecen cualquier tipo de trastorno mental.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

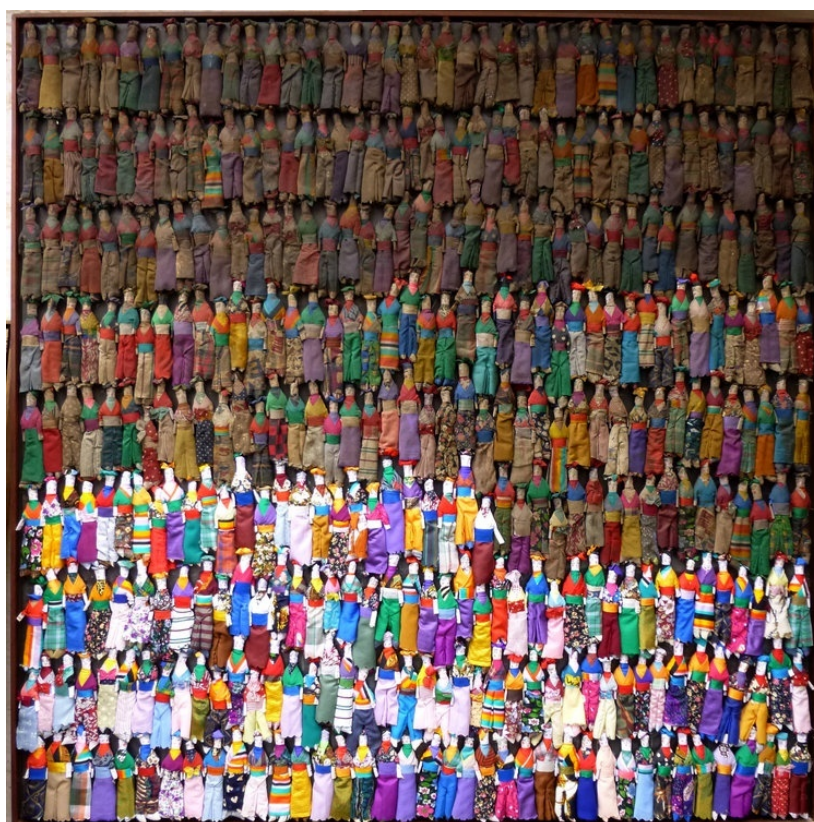
- (1) American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical Manual of mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- (2) Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. "Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey". *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52: 1048–1060.
- (3) Fang L Lin J Chai C Yu Z. (2012). "Risk factors for severe cases of 2009 influenza A (H1N1): a case control study in Zhejiang Province, China". *Bratisl Lek Listy*. 2015;116(6):389–393. doi:10.4149/bl_2015_074
- (4) Gan, Y., Liu, Y., & Zhang, Y. "Flexible coping responses to severe acute respiratory syndrome-related and daily life stressful events". *Asian Journal of Social Psychology*. 2004; 7, 55–66. <https://doi.org/10.1111/j.1467-839X.2004.00134.x>
- (5) Main A, Zhou Q, Ma Y, Luecken LJ, Liu X. "Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic". *J Couns Psychol*. 2011; 58(3):410-423. doi:10.1037/a0023632.
- (6) Stevenson E, Barrios L, Cordell R, et al. "Pandemic influenza planning: addressing the needs of children". *Am J Public Health*. 2009; 99 Suppl 2:S255-S260. doi:10.2105/AJPH.2009.159970
- (7) Green P. 2 Risks to children and young people during covid-19 pandemic." *BMJ*. 2020; 369: m 1669. Published 2020 Apr 28. doi:10.1136/bmj.m1669
- (8) Wang C, Pan R, Wan X, et al. (2020). "Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China." *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(5): E1729. doi:10.3390/ijerph17051729

- (9) Romo-Romo A, Reyes-Torres C, Janka-Zires M y Almeda-Valdés P. “El rol de la nutrición en la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)”. *Rev Mex Edocrinol Metab Nutr.* 2020;7:XX.
- (10) Chen Q, Liang M, Li Y, et al. (2020). “Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak”. *Lancet Psychiatry.* 2020; S2215-0366(20)30078-X. doi:10.1016/S2215-0366(20)30078-X
- (11) Kang L, Li Y, Hu S, et al. (2020). “The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus”. *Lancet Psychiatry* 2020.
- (12) Álvaro Sánchez León. “La reconstrucción de la sanidad tras el coronavirus (I): El sistema sanitario en el quirófano de 20 líderes del sector”. *El Confidencial*, 2020. Publicado en digital. <https://www.elconfidencialdigital.com/articulo/vivir/nuevo-sns-i-historia-clinica-procrastinacion-cronica/20200510193410144618.html>
- (13) Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España.* 2020. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
- (14) Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Informe sobre la situación de COVID-19 en España. Informe COVID-19 n° 32.* 21 de mayo de 2020. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2032.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2021%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
- (15) Del Barrio E, Castejón P, Sancho Castiello M, Tortosa MA, Sundström G, Malmberg B. “La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura”. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45 (4):189-195. doi:10.1016/j.regg.2010.02.010
- (16) Cruz A, Zeichner S. “COVID-19 in children: initial characterization of the pediatric disease”. *Pediatrics.* 2020; doi: 10.1542/peds.2020-0834
- (17) Evans GW. “Child development and the physical environment”. *Annu Rev Psychol.* 2006; 57:423-451. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190057
- (18) Boletín Oficial del Estado («BOE»), disposición 3898 del BOE núm. 76, de 20 de marzo de 2020: 26311-26312. Ministerio de Sanidad. 2020. (Consultado 9 Abr 2020). Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ins/2020/03/19/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ins/2020/03/19/(1))
- (19) Wall G. “Love builds brains: representations of attachment and children's brain development in parenting education material” *Sociol Health Illn.* 2018; 40(3):395-409. doi:10.1111/1467-9566.12632
- (20) The Lancet. “Solitary confinement of children and young people”. *The Lancet.* 2018; 391 (10131):1638. doi:10.1016/S0140-6736(18)30943-7

- (21) Bidzan-Bluma I, Lipowska M. "Physical Activity and Cognitive Functioning of Children: A Systematic Review." *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15 (4): 800. Published 2018 Apr 19. doi:10.3390/ijerph1504080
- (22) Green P. "Risks to children and young people during covid-19 pandemic." *BMJ*. 2020; 369: m1669. Published 2020 Apr 28. doi:10.1136/bmj.m1669
- (23) Schmid MB, Fontijn J, Ochsenein-Kölble N, et al. "COVID-19 in pregnant women." *Lancet Infect Dis* 2020 Mar 17. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30175-4
- (24) Smith H. "Impact of COVID-19 on neonatal health: Are we causing more harm than good?" *Eur J Midwifery* 2020; 4(April):9. doi: 10.18332/ejm/120245



II. CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES: UNA VISIÓN GLOBAL



Oswaldo Viteri: *Hacia dónde vamos, América*

RESPUESTAS DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL INSTITUCIONALIZADA ANTE LA PANDEMIA

M^a ÁNGELES CANO LINARES

Profesora de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad Rey Juan Carlos

Doctora en Derecho. Magister en Defensa Nacional. Profesora Titular de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales en la Universidad Rey Juan Carlos. En la actualidad es Directora Académica de Internacionalización y Difusión Lingüística de la Universidad Rey Juan Carlos. Autora de diferentes monografías, la última en 2019 dedicada a los rohingyas, apátridas perseguidos del Siglo XXI y de numerosas publicaciones en relación con las Migraciones internacionales, acción humanitaria, derechos humanos, mantenimiento de la paz y seguridad internacionales

INTRODUCCIÓN

En primer lugar, quiero agradecer a los organizadores de este V Congreso “Una Educación para todos”, a los profesores Cobo del Rosal y Navalpotro la oportunidad que me han brindado de participar en el mismo y de poder compartir con todos ustedes algunas reflexiones sobre un tema de tan rabiosa actualidad como es el mantenimiento del orden constitucional en circunstancias excepcionales. Es un verdadero honor y un placer.

Mi aproximación a la cuestión solo puedo realizarla desde la perspectiva que conozco que es mi ámbito de investigación y trabajo, el Derecho internacional y las Relaciones internacionales en el que no resulta tan habitual hablar de orden constitucional pero que configura sin duda un Ordenamiento jurídico para una sociedad universal, global que conformamos entre todos, principalmente por mediación de nuestros respectivos Estados.

Por otro lado, no creo que resulte controvertido afirmar que uno de los rasgos más notables de las circunstancias excepcionales que nos han tocado vivir ha sido su universalidad. En efecto, de acuerdo con los datos publicados ayer 15 de julio por la Organización Mundial de la Salud (OMS) hay más de 13 millones de casos confirmados (13.070.095) de una población mundial de 6.000 millones de personas, más de medio millón de muertes confirmadas (572.539) con 216 países, áreas o territorios con casos detectados, encabezados en estos momentos por el continente americano, que ha sustituido a Europa en ese triste ranking. Afecta sin duda a todos los rincones de la tierra... a más rincones que Estados miembros de Naciones Unidas.

Antes de continuar quisiera hacer un breve inciso, para subrayar algunos aspectos en relación de las cifras recogidas y los criterios de inclusión. Esos datos responden a los conteos diarios oficiales de casos y muertes de COVID-19 que realiza la OMS con la información proporcionada por países, territorios y áreas (y debo mencionarlo así porque son 193 los Estados miembros de Naciones Unidas mientras que los datos corresponden a 216 ubicaciones, ya que incluyen además de los países, aquellos territorios con estatuto particular como puede ser Groenlandia o los trece territorios no autónomos reconocidos por Naciones Unidas, entre ellos Malvinas o Gibraltar). Desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 21 de marzo de 2020, la OMS recopiló el número de casos y muertes confirmados de COVID-19 a través de comunicaciones oficiales en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005). Por tanto, sobre información que los Estados están obligados a proporcionar por aplicación de un instrumento jurídico internacional. Desde el 21 de marzo, los datos globales se compilan a través de paneles de control específicos de la región de la OMS, es decir por medio de la red puesta en marcha por la propia Organización.

Es igualmente importante señalar que estos datos reflejan solo, de acuerdo con las definiciones de casos de la OMS, los casos y muertes confirmados por laboratorio. Si no hay pruebas de laboratorio, los famosos PCR, no hay casos. Estos criterios, unidos a los desfases entre países, lleva a que se deba hablar más de estimaciones que de datos reales.

En todo caso, los datos fiables son un elemento esencial para la adopción de decisiones y más en supuesto tan complejo como esta pandemia, pero no son tan fáciles de obtener, además de que tienen que responder a unos mismos criterios, un objetivo que solo puede ser resultado de la cooperación internacional.

En todo caso, volviendo al hilo central. Si el problema es universal ¿Debe haber una respuesta institucional igualmente universal?

No creo que quepa discusión al respecto, aunque eso no implique que la respuesta de la cooperación internacional estructurada esté necesariamente a la altura de las necesidades, algo que considero en gran medida resultado de su propia configuración, dependiente en última instancia de la voluntad de los Estados. En todo caso, hago más las palabras del Secretario General de Naciones Unidas: “para salir de esta crisis será necesario un enfoque que incluya de manera integral a sociedades, gobiernos y al mundo entero en general, impulsado por la compasión y la solidaridad pues la pandemia del COVID-19 va más allá de una emergencia sanitaria. Es también una crisis económica, humanitaria, de seguridad y de derechos humanos que ha puesto de manifiesto fragilidades y desigualdades muy graves entre países y dentro de ellos”.

En todo caso, en primer lugar, se trata de una emergencia sanitaria, de una pandemia y así fue clasificada por la OMS el 11 de marzo de 2020 tras multiplicarse por 13 el número de casos fuera de China y triplicarse el número de países afectados.

La declaración de pandemia, según la OMS, hace referencia a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Para llegar a esta situación se tienen que cumplir una serie de criterios y superar la fase epidémica. Así, se identifican 3 situaciones: el brote epidémico que es una clasificación usada en epidemiología para denominar la aparición repentina de una enfermedad debida a una infección en un lugar específico y en un momento determinado; la epidemia que supone que la enfermedad se propaga activamente debido a que el brote se descontrola y se mantiene en el tiempo, de forma que aumenta el número de casos en un área geográfica concreta y finalmente, la pandemia. Para que se declare el estado de pandemia se tienen que cumplir dos criterios: que el brote epidémico afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria.

Sin duda, en esta emergencia sanitaria, la organización del sistema de las Naciones Unidas que tiene como cometido la cooperación en el ámbito de la salud, la OMS, ha sido la gran protagonista. De hecho, fue ella la que bautizó como Covid-19 la nueva enfermedad.

PROTAGONISMO DE LA OMS Y SU PRINCIPAL INSTRUMENTO: EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

Por ello cabe preguntarse ¿Cómo ha actuado la OMS ante la situación provocada por la Covid-19? ¿Tiene algún fundamento la decisión del Presidente estadounidense de suspender la aportación económica de EEUU a la OMS “por la mala gestión y el encubrimiento de la expansión del coronavirus”?

La OMS tiene por cometido ejercer el liderazgo mundial en materia de salud; ayudar a definir los planes de investigación en el campo de la salud; establecer normas y pautas; formular políticas basadas en datos probados; proporcionar asistencia técnica a los Estados Miembros y vigilar de cerca y evaluar las tendencias epidemiológicas.

La OMS promueve el concepto de que la salud es responsabilidad de todos y de que conlleva el acceso equitativo a servicios de salud esenciales y la defensa colectiva contra cualquier peligro de carácter transnacional. En el ejercicio de su función, la OMS ayuda a los países a prepararse y responder a una amplia variedad de eventos de salud pública por medio de sus programas sobre enfermedades infecciosas, inocuidad de los alimentos, y seguridad ambiental, química y radionuclear. A través de estos programas, la OMS facilita la colaboración de distintos sectores y fomenta las iniciativas existentes en cada país, con el objeto de fortalecer las capacidades básicas y ayudar a los países a cumplir los compromisos contraídos en virtud del RSI, que como ya he apuntado es el principal instrumento jurídico en este ámbito. Tiene por objeto servir de marco jurídico para la prevención, detección y contención en origen de los riesgos para la salud pública, antes de que se propaguen a través de las fronteras, mediante la acción conjunta de los Estados Partes y la OMS.

Se trata de un acuerdo suscrito por 196 Estados para trabajar conjuntamente en pos de la seguridad sanitaria mundial en el que decidieron desarrollar su capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos de salud pública. Tiene por objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo. El RSI, que entró en vigor el 15 de junio de 2007, obliga a los países a comunicar a la OMS los brotes de ciertas enfermedades y determinados eventos de salud pública.

El RSI es deliberadamente amplio e integrador en su ámbito de aplicación, para maximizar la probabilidad de que todos los eventos de salud pública que puedan tener consecuencias internacionales graves sean identificados tempranamente y comunicados con prontitud por los Estados Partes a la OMS para su evaluación.

Conforme al RSI, se han de notificar “todos los eventos (la manifestación de una enfermedad o un suceso potencialmente patógeno) que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional”. Su finalidad y alcance es 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, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales. Para su aplicación se establecieron siete áreas de trabajo entre las que cabe destacar el fortalecimiento de los sistemas nacionales de vigilancia, prevención, control y respuesta a las enfermedades; el de la seguridad sanitaria en los viajes y el transporte; de los sistemas mundiales de alerta y respuesta de la OMS y de la gestión de riesgos específicos.

Es pues sin duda la hoja de ruta de actuación para supuestos de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional

Así, ¿Qué ha hecho o no ha hecho la OMS en relación con la Covid 19?

En primer lugar, el 2 de enero de 2020 informó, a través de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) de la existencia de casos de neumonía en la República Popular China.

¿De qué informó? De lo que tenía conocimiento. ¿Cómo tuvo ese conocimiento?

Gracias a su Oficina en China, que el 31 de diciembre detecta una declaración de la Comisión Municipal de Salud de Wuhan para los medios de comunicación publicada en su sitio web en la que se mencionan casos de una «neumonía vírica» en Wuhan. Esa información (la declaración de la Comisión Municipal de Salud de Wuhan para los medios de comunicación, junto con una traducción del texto) es transmitida al centro de enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental.

La plataforma OMS de inteligencia epidémica a través de fuentes abiertas (EIOS) recoge también un informe para los medios de comunicación en ProMED (un programa de la Sociedad Internacional para las Enfermedades Infecciosas) sobre

el mismo conglomerado de casos de una «neumonía de causa desconocida» en Wuhan. Ese mismo día, varias autoridades de salud de todo el mundo se ponen en contacto con la OMS para solicitar información adicional.

Al día siguiente, 1 de enero de 2020 la OMS solicita a las autoridades chinas información sobre los casos de neumonía atípica en Wuhan de los que ha tenido noticia y activa su Equipo de Apoyo para la Gestión de Incidentes (IMST), que forma parte de su marco de respuesta a emergencias y que se encarga de coordinar las actividades y la respuesta en los tres niveles de la Organización (Sede, regiones, países) durante las emergencias de salud pública. Al día siguiente, 2 de enero de 2020, el Representante de la OMS en China escribe a la Comisión Nacional de Salud china para ofrecer el apoyo de la Organización y repetir la petición de más información sobre el conglomerado de casos.

No sigo con la cronología...pero continúan las labores de información a través de los distintos medios de que dispone la organización y comienzan las notificaciones de los Estados parte.

El 13 de enero, Tailandia comunica un caso, el 16 lo hace Japón...La Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas (OPS/AMRO) publica su primera alerta epidemiológica sobre el nuevo coronavirus. La alerta incluía recomendaciones dirigidas a los viajeros internacionales sobre medidas de prevención y control de infecciones y sobre pruebas de laboratorio. El 21 de enero, los Estados Unidos de América notifican su primer caso confirmado de infección por el nuevo coronavirus. Se trata del primer caso en la Región de las Américas de la OMS.

Los días siguientes 22-23 de enero el Director General convocó un Comité de Emergencias en virtud del RSI sobre el brote del nuevo coronavirus. El Comité, integrado por 15 expertos independientes procedentes de distintas partes del mundo, tenía el mandato de asesorar al Director General sobre si el brote constituía o no una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), pero no logró llegar a una conclusión por lo limitado de la información disponible y decidieron reunirse de nuevo pasados 10 días.

Finalmente, el 30 de enero el Comité asesora al Director General que el brote cumple ahora los criterios para ser declarado ESPII. El Director General acepta el asesoramiento del Comité y declara que el brote del nuevo coronavirus constituye una ESPII. En ese momento había información sobre 98 casos y ninguna víctima mortal en 18 países, con excepción de China. Cuatro países tenían pruebas (8 casos) de transmisión entre personas fuera de China (Alemania, Japón, Estados Unidos de América y Vietnam). Solo a primeros de febrero tiene lugar la primera visita de una misión de la OMS a China mientras que el 11 se anuncia que la enfermedad causada por el nuevo coronavirus se denominará COVID-19. Se publican mejores prácticas, se convoca un foro mundial de investigación e innovación, se hacen llamamientos a la industria para producción de equipos de protección personal.

El 24 de febrero se hacen públicas las principales conclusiones de la Misión Conjunta OMS-China sobre Covid-19 en las que se advierte que gran parte de la comunidad mundial todavía no está preparada, ni en mentalidad ni materialmente, para aplicar las medidas que se han ejecutado en China para contener la COVID-19. La Misión insiste en que “para reducir la enfermedad y mortalidad ligadas a la COVID-19, la planificación de la preparación a corto plazo debe incluir la aplicación a gran escala de medidas de salud pública no farmacológicas”, como la detección y aislamiento de casos, el rastreo y seguimiento de contactos y su puesta en cuarentena, y la colaboración comunitaria.

Finalmente, el 11 de marzo de 2020, profundamente preocupada por los alarmantes niveles de propagación y gravedad y por los alarmantes niveles de inacción, la OMS llega a la conclusión en su evaluación de que la COVID-19 puede considerarse una pandemia. Reconociendo que la COVID-19 no es solo una crisis de salud pública, sino que afectará a todos los sectores, reitera su llamamiento para que los países adopten un enfoque pan gubernamental y pan social, en torno a una estrategia integral dirigida a prevenir las infecciones, salvar vidas y reducir al mínimo las consecuencias de la pandemia.

En conclusión: nos encontramos ante un acontecimiento, un supuesto a escala global para el que la Comunidad internacional cuenta que cuenta con instrumento jurídico internacional específico y una organización internacional (cooperación internacional institucionalizada) propia de ese ámbito, el de la salud.

Y volvemos al fondo del problema ¿qué ha fallado? ¿En qué está basado el mecanismo de reacción coordinada? En la cooperación de los Estados, en que proporcionen de forma inmediata desde el primer momento los posibles casos detectados. No fue así...la detección fue por parte de la propia OMS no por comunicación del Estado.

RESPUESTA TARDÍA E INSUFICIENTE DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE NACIONES UNIDAS: ALTO EL FUEGO MUNDIAL

Dos palabras, mejor dos ideas respecto a la actuación del Consejo de Seguridad.

¿Por qué el Consejo de Seguridad? Porque los riesgos mundiales para la salud, como las pandemias y las epidemias, pueden convertirse en una amenaza para la paz y la seguridad internacionales. Por ejemplo, en el caso de la enfermedad del Ébola, el Consejo de Seguridad determinó en su resolución 2177 (2014) que el brote constituía una amenaza para la paz y la seguridad internacionales y menoscababa la estabilidad de los países más afectados, y que podría dar lugar a nuevos casos de desórdenes públicos y tensiones sociales y a un deterioro del clima político y de la seguridad.

Y, sin duda la pandemia por COVID-19, además emergencia sanitaria mundial y ha puesto en peligro la cooperación mundial, en particular en el marco de las

Naciones Unidas, con repercusiones en las zonas de conflicto, especialmente el deterioro de la situación humanitaria. No obstante, a medio y largo plazo, preocupan, con razón, las consecuencias económicas y sociales de gran alcance que probablemente tendrán repercusiones en la estabilidad política de muchos países. De hecho, la pandemia está exacerbando las causas profundas de los conflictos armados: el desempleo, la desigualdad, el estigma social y la desconfianza en las instituciones del Estado. Todos ellos son indicadores fiables de que puede surgir violencia o esta puede prolongarse. Los efectos económicos y sociales de la COVID-19 suponen un riesgo de desestabilización para los países con una gobernanza débil y poca resiliencia.

Pese a lo anterior, las posiciones enfrentadas de los miembros del Consejo de Seguridad, y muy particularmente de sus Miembros Permanentes, impidieron la pronta adopción de una posición común. Así, si bien ya el 23 de marzo de 2020, el Secretario General pedía un alto el fuego mundial en un intento de reducir los efectos de la pandemia abogando para que los derechos humanos ocupasen un lugar destacado en la respuesta mundial a la COVID-19, solo el 1 de julio el Consejo de Seguridad adoptó la Resolución S/RES/2532 (2020), solicitando una pausa humanitaria de 90 días.

RESPUESTA INTEGRAL DE LAS NACIONES UNIDAS FRENTE AL COVID-19 Y PLAN MUNDIAL DE RESPUESTA HUMANITARIA DE NACIONES UNIDAS

Y finalmente, debo igualmente hacer una breve mención a la respuesta integral de Naciones Unidas ante la Covid 19 que, desde el comienzo de la pandemia, ha perseguido una estrategia basada en tres pilares. En primer lugar, la respuesta en el ámbito de la salud a nivel mundial, guiada como hemos visto por la OMS, en la que además de diagnósticos y tratamientos asequibles y disponibles para todos en todas partes, apoya igualmente los esfuerzos para acelerar el trabajo hacia una vacuna.

En segundo lugar, el esfuerzo para abordar la devastadora situación socioeconómica, humanitaria y aspectos de la crisis de derechos humanos, con un centrarse en salvar vidas, mantener servicios vitales accesible, hogares a flote, negocios, y empresas, funcionamiento de las cadenas de suministro, instituciones sólidas, prestación de servicios públicos y derechos humanos a la vanguardia. Esto incluye la respuesta humanitaria inmediata, apoyar a las personas más vulnerables en los países más vulnerables. Para ello se requiere a nivel global, un paquete completo de estímulo de al menos el 10% del PIB mundial y apoyo a los países en desarrollo en forma de suspensión general de la deuda, su reestructuración y mayor apoyo a través de las instituciones financieras internacionales.

Finalmente, la recuperación. Se considera que salir de la crisis puede ser la oportunidad para abordar la crisis climática, las desigualdades, la exclusión, las brechas en los sistemas de protección social y las muchas otras fragilidades e injusticias existentes.

En lugar de volver a sistemas u enfoques superados e insostenibles, se debería proceder a la transición a energías renovables, a sistemas alimentarios sostenibles, a la igualdad de género, a redes de seguridad social más fuertes, a una cobertura de salud universal y a un sistema internacional que puede brindar resultados universales en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En definitiva, una arquitectura de cooperación internacional diseñada para los problemas y desafíos del siglo XXI.

Y finalmente, el Plan de Respuesta Humanitaria de Naciones Unidas para la Covid-19 que fue hecho público el 25 de marzo por el Secretario General de Naciones Unidas y ha de ser desarrollado a lo largo de 9 meses, de abril a diciembre de 2020. Es una iniciativa conjunta de los miembros del Comité Permanente entre Organismos (IASC), incluida Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales y ONG con mandato humanitario. Su objetivo es analizar y dar respuesta a las consecuencias directas de la pandemia sobre la salud pública, así como a sus efectos indirectos inmediatos sobre la situación humanitaria, especialmente sobre la población que vive en países que ya padecen otras crisis.

Aunque es de lamentar que en el mismo no se haga referencia específica a una de los colectivos más vulnerables, susceptible especial, como son los ancianos.

REFLEXIÓN FINAL

Sin duda, el mundo se enfrenta a una crisis mundial sin precedentes en los 75 años de historia de las Naciones Unidas; una amenaza que está propagando el sufrimiento humano, paralizando la economía mundial y alterando por completo la vida de la población. Una amenaza que, por un lado, ha puesto en peligro a la humanidad entera, y es toda ella la que debe combatir este virus y todas sus derivaciones sin dejar atrás a nadie. En ese sentido, la acción y la solidaridad globales son fundamentales pues el mundo es tan fuerte como el sistema sanitario más débil.

Y que, por otro, ha causado la que podría denominarse una gran crisis de confianza que puede ser resultar devastadora para el Estado de Derecho.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

AZNAR FERNÁNDEZ-MONTESINOS, F.; “Covid-19. Reflexiones sobre el liderazgo y la gestión global de la crisis”, *Documento Análisis 16/2020*, Instituto Español de Estudios Estratégicos, mayo 2020.

HIDALGO GARCÍA, M.: “Pandemias: un riesgo en auge en el Siglo XXI”, *Revista española de defensa*, abril 2020.

INSTITUTO ESPAÑOL DE ESTUDIOS ESTRATÉGICOS, *Emergencias pandémicas en un mundo globalizado: amenazas a la seguridad*, Cuadernos de Estrategia 203, febrero 2020. Ed. Ministerio de Defensa

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS):

- Reglamento Sanitario Internacional (2005)
- Normas de comunicación de brotes epidémicos de la OMS, 2005.
- Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos, 2008.
- Global Influenza Programme. La gestión de riesgos ante una pandemia de gripe. Guía de la OMS para fundamentar y armonizar las medidas nacionales e internacionales de preparación y respuesta ante una pandemia. WHO/WHE/IHM/GIP/2017.1 2017
- Global surveillance for COVID-19 caused by human infection with COVID-19 virus Interim guidance 20 March 2020

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

- United Nations Comprehensive Response to COVID-19: Saving Lives, Protecting Societies, Recovering Better, junio 2020
- Consejo de Seguridad. S/RES/S/RES/2532 (2020)
- Asamblea General. Solidaridad mundial para luchar contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) A/74/L.52 y A/74/L.52/Add.1]
- Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), Plan de Respuesta Humanitaria de Naciones Unidas para la Covid-19

PONS RAFAOLS, XAVIER: “International Law and Global Health: An Overview”, *Paixet Securité Internationales*, n°3, enero-diciembre 2015, pp. 33-60

PRIEGO. A.: “Covid-19, una radiografía de la pandemia”, *Documento Marco 06/2020*, Instituto Español de Estudios Estratégicos, mayo 2020.



DERECHOS HUMANOS Y PANDEMIA DEL CORONAVIRUS, UNA REFLEXIÓN BAJO EL PRISMA DE LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

EMILIO SUÑÉ CANO

Profesor de Derecho
Facultad de Derecho
Universidad Complutense de Madrid

Abogado especialista en asesoramiento internacional. Es Doctor en derecho por la Universidad Complutense de Madrid donde también ejerce como profesor de Derecho Internacional Público. Cursó el Máster de Analista de Inteligencia impartido conjuntamente por la Universidad Rey Juan Carlos y Carlos III, ubicado en diversos rankings como uno de los 50 Másters más prestigiosos a escala global. En el campo profesional además de Abogado ejerciente desde 2007, es observador electoral acreditado por el Ministerio de asuntos Exteriores de España con despliegues con la OSCE en Macedonia y trabajó 9 años como Asesor Legal de la Agregaduría Legal para Europa de la Procuraduría General de la República de México en la persecución de delitos internacionales y ha impartido en diversos centros universitarios las asignaturas de Filosofía del Derecho, Derecho de la Unión Europea, Derecho Internacional privado y Derechos Humanos. Cuenta con múltiples publicaciones y es colaborador habitual en proyectos de investigación con la Universidad de Manizales, Colombia.

En primer lugar, quisiera agradecer a los organizadores la oportunidad brindada de participar en el presente congreso, y todo el esfuerzo realizado para llevar a cabo el mismo en estos tiempos, como mínimo, calificables de convulsos. Y es que una de las muchas conclusiones que podemos sacar de todas las ponencias de los expertos que han participado en el mismo es porqué hemos llegado a esta situación y cómo estamos gestionando la misma.

En este sentido, mi humilde aportación pretende analizar, muy brevemente ya que el tiempo es limitado, la vinculación existente entre esta pandemia de COVID y los derechos humanos, reflexiones en torno a la Declaración Universal de derechos humanos en estas circunstancias.

Y es que, si yo les digo que esta crisis es en verdad una crisis de derechos humanos, pues seguramente me dirán la mayoría que el ponente “barre para casa” y los sanitarios presentes estén pensando algo así como “ya me lo dirás si te veo en el

hospital”. Todo ello cierto, pero no me desdigo de mi afirmación, sino que me reitero e intentaré explicar por qué en la presente ponencia.

Primero, para hacer las paces con lo sanitarios, que nunca conviene estar a mal con ellos y menos en las presentes circunstancias, diremos que es obvio que la presente situación tiene un fuerte componente sanitario, pero que ello se debe a un problema mucho más profundo de observancia y cumplimiento de los derechos humanos a todas las escalas, que les ha afectado a ellos muy directamente. En la inmensa mayoría de los casos, y permítanme el paralelismo con el ajedrez, lo sanitarios han sido utilizados como peones en primera línea y me atrevo a decir que sacrificables, basta ver el número de sanitarios contagiados y fallecidos a escala global, en lugar de como reinas que deberían reservarse para los momentos más determinantes y lograr la victoria.

No pretendo entrar aquí en cuestiones técnicas, pues no tengo la capacitación para ello, ni en analizar las diversas teorías sobre el origen del virus, es mejor trabajar sobre hechos referentes al origen o tipología del virus origen de la pandemia. Parece más que probado que el mismo se originó, como todos saben, en la región china de Wuhan, pero lo cierto es que hasta aquí llegan las certezas y ni siquiera esta parece aceptada por todos. Entonces ¿Por qué esta falta de claridad en una materia tan trascendental a escala global? Pues sin duda tiene mucho que ver con la situación de los derechos humanos en el país de origen, la República Popular China, y de los países que sufrieron los primeros brotes como la República Islámica de Irán o el Reino de Tailandia.

Curiosamente los tres casos citados son países que contemplan y aplican en la actualidad la condena de pena de muerte, lo cual puede sonar anacrónico para un país como Ecuador que la abolió en 1906 y lo ratificó en la constitución de 2008 o incluso para España que llevó a cabo su última ejecución en 1975 y fue abolida en 1978 salvo para el ámbito militar donde perduró hasta 1995. Ustedes me dirán ¿qué relación existe entre la pena de muerte y el COVID?, mucha más de la que se aprecia a simple vista como iremos viendo, pero permítanme antes un breve, o no tan breve, inciso.

Si yo les digo, y cito textualmente: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse frateralmente los unos con los otros”*. Rápidamente se puede identificar el primer artículo de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que viene a complementar lo dicho en su preámbulo y nuevamente leo el texto donde dice: *“Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias”*. Y es que no en vano esta declaración se adoptó el 10 de diciembre de 1948, poco después del fin de la II G.M. y con el mundo aun asimilando las atrocidades de ese periodo: guerras, hambre, enfermedad, genocidio, bombardeos atómicos, campos de exterminio entre

otras atrocidades, conclusión entre 55 y 60 millones de personas fallecidas, aproximadamente el 2,5 % de la población mundial de aquel entonces. Fue necesaria esta barbarie para que el ser humano se diese cuenta de la necesidad de plasmar su sentir común respecto de los derechos que tiene el ser humano por el mero hecho de serlo.

Es normal que ante estas cifras y acontecimientos a las generaciones que vivieron ese periodo de guerra y sus consecuencias, que aún perduran, pese haber sido de las más afectadas por el COVID esta situación les resulte menos dramática que a las generaciones que nos hemos criado en mayor o menor medida en épocas de prosperidad y paz. No tenemos que irnos a acontecimientos tan lejanos e históricos para que haya grupos de población que relativicen la importancia del COVID, sin ir más lejos hoy mismo morirán aproximadamente 25.000 personas a causa del hambre, de los cuales unos 8000 serán niños, esto es un niño cada 5 segundos, es decir 180 niños en el tiempo que dura esta ponencia... Y sin embargo el artículo 25 de la Declaración universal de los derechos humanos reza *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica...”*, ¿Qué está pasando entonces?, porque desarrollar una vacuna para el COVID puede ser muy complejo, pero el hambre hasta yo, en mi ignorancia en cuestiones sanitarias, sé cómo se cura.

Soy consciente que es paradójico que justo este ponente sea el que hable de hambre, cuando es evidente que no la he sufrido en mi vida y hasta estoy sobrealimentado, pero esto en parte también es una cuestión de derechos humanos, y por supuesto de mis incumplimientos con la dieta, pero los derechos humanos se ven afectados. No en vano ¿Por qué me puedo permitir el lujo de ser obeso?, sencillamente porque vivo en un país que me permite adquirir alimento en cantidad y a un precio razonable dentro del margen de salarios del mismo, y esto tan sencillo tiene mucha vinculación con diversos aspectos de los Derechos Humanos. Pero centrémonos en uno en concreto, muchos de esos productos los puedo consumir pese a que son producidos en otros países porque el precio que alcanza el producto en un país desarrollado es mayor que en su país de origen.

De todo lo anterior se desprende que en un mundo globalizado el que más puede pagar más acceso a los recursos globales tiene, esto es fácil de entender y algunos lo justificarán en la oferta y la demanda alegando que se exagera diciendo que genera problemas de derechos humanos. En ese sentido les pido que volvamos la vista al COVID, tema de esta ponencia, para ver qué ha sucedido con el primer medicamento cuyo efecto beneficioso en el tratamiento de la enfermedad parece probado, el *Remdesivir*. Automáticamente los Estados Unidos de América compraron el 100% de la producción de julio, 90% de la producción en agosto y 90% de la producción en septiembre. A este respecto nuevamente haré un cita textual de la Declaración Universal de Derechos Humanos y en concreto del primer párrafo del preámbulo, *“Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”* ... lo de derechos iguales y familia humana parece que no acaba de encajar con lo que acabamos de ver, y aun debemos decir que ha habido “suerte”.

Ahora imagínense que el primer medicamento de eficacia probada hubiese sido hidroxiclороquina, famosa por ser consumida y defendida por los presidentes de EEUU y la República Federativa de Brasil, cuyo uso principal es el tratamiento de la malaria, que, si bien es una enfermedad prevenible y curable, provoca 800.000 muertes al año y es la tercera causa de mortalidad infantil en todo el mundo.

Se imaginan que pasaría si se hubiese probado su eficacia frente al COVID, ¿Quiénes creen que tendrían preferencia en su acceso, aquellos individuos de países por lo general en vías de desarrollo cuyos habitantes mueren de malaria o los países desarrollados que pueden pagarlo para aliviar los síntomas del COVID con un gran rédito político y/o electoral?

Esto último, el rédito político y/o electoral nos deriva a una nueva cuestión de derechos humanos vinculada con esta pandemia, para la que deberé leer nuevamente un artículo, en este caso el apartado 3 del artículo 21 de la Declaración Universal de Derechos Humanos *“La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.”* Parece una clara alusión a la democracia si bien sin mención a la misma y aquí es obvio que se dan en la actualidad como mínimo dos realidades, aquellos países que cumplen, en mayor o menor grado, lo que podríamos denominar estos estándares democráticos y los que no. Analizaremos ambos, pero comencemos por los del primer grupo.

Ya se ha puesto de ejemplo como, en pos de un claro rédito electoral, el todavía país más poderoso del mundo, optó por comprar la casi totalidad de existencia de un fármaco y se han dado múltiples casos de confrontaciones o mercadeo por lograr equipos que ayudasen a luchar contra la pandemia. Huelga decir que han podido ser adquiridos por aquellos países dispuestos a un mayor desembolso económico, el cual en ocasiones se ha realizado sin garantías de la eficacia y/o buen funcionamiento de los bienes adquiridos apresuradamente y a precios desorbitados, porque en muchas ocasiones más que políticas públicas se hacen políticas electorales. En ese sentido, podríamos decir que vivimos en el mundo de los demagogos que tanto despreciaron Platón y Aristóteles, si bien ni tan siquiera es algo tan prosaico, pues no se trata de buscar en el arte de la oratoria el convencer a un electorado hacia una ideología u otra sino más bien de que la propia política se ha convertido en un mero bien de consumo. Incidiremos en este concepto más adelante, pues ahora, me atrevo a adivinar lo que muchos de usted pueden estar pensando que sería algo así como lo que dijo Winston Churchill: *“la democracia es el peor sistema de gobierno, a excepción de todos los demás que se han inventado”*, pues en mi osadía debo decir que yo no puedo estar en concordancia con dicha afirmación ya que desde mi punto de vista un sistema que basa su virtud en la ineficacia de los demás y no en las propias virtudes es un sistema corrupto.

En cuanto al segundo grupo de países, aquellos que disimulan poco o nada su nula voluntad de cumplimiento del citado art 21. 3 de la DUDH o aquellos que

cuentan con digamos “interpretaciones corruptas” del mismo, encontramos en ellos una de las mayores faltas globales que han permitido que el COVID se convierta en pandemia, es decir una enfermedad que afecta a muchos países. ¿Cómo puede la misma humanidad que ha descrito los derechos que tiene todo ser humano por el mero hecho de serlo, mirar hacia otro lado, como poco o incluso incentivar la existencia de este segundo grupo de países que cometen gravísimas faltas contra estos derechos humanos?

Pues para entender qué sucede debemos remontarnos nuevamente a la II G.M., al final de la misma, y como a la par que surgía la declaración universal de los derechos humanos se fraguaba ya la guerra fría, que desde mi modesto punto de vista no acabó ese 9 de noviembre de 1989 con la caída del muro de Berlín, sino que, al igual que un virus, que muta y se adapta en el tiempo contaminando a la humanidad, ha perdurado hasta nuestros tiempos, donde vemos un panorama aún más complejo a nivel geoestratégico que el del periodo posterior a la II G.M.. Un mundo con tres grandes potencias en conflicto, EEUU, la R.P. China y la Federación Rusa, con países de influencia histórica que buscan mantenerla como el Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte o Japón, potencias emergentes como India, Brasil o Corea del Sur y podría hacerse un mención aparte y especial a la Unión Europea. Pese a sus bases en un sólido compromiso de promover y proteger los derechos humanos, la democracia y el Estado de Derecho en todo el mundo, debo decir que, aunque me duela a nivel personal, en ocasiones el término Unión le está quedando demasiado grande, como se ha venido viendo con la crisis económica de 2008, el *Brexit* o más recientemente la gestión del COVID, que ha sido de todo menos unificada y está por ver si será solidaria, pero ello daría lugar a otro congreso.

A toda esta situación se debe añadir que ya no hay una lucha ideológica real entre capitalismo y comunismo, ya que todas las ideologías y como veíamos anteriormente hasta la política, han quedado fagocitadas por lo que me aventuro a denominar consumismo, un mal que afecta tanto a países como a cada uno de nosotros y uno de los mayores culpables del COVID y otros males de la humanidad.

El consumismo es aquella manifestación de los 3 males del ser, los simplificados como las 3 p: “Poder, Placer y Poseer”, o *Power, Pleasure and Possession*, que una conferencia sin anglicismos parece que pierde categoría. Estos serían los nuevos jinetes del apocalipsis, pero en lugar de un castigo divino, es un mal destructivo que los humanos parecemos anhelar, y parece que por consumir el mayor número de bienes al menor coste estamos dispuestos paradójicamente a pagar cualquier precio, y sea evidente o no, aunque intentaré clarificarlo, el precio de renunciar a los derechos humanos en pos del consumismo ha causado gran parte de los efectos devastadores, tanto sanitarios como económicos, del COVID.

¿Qué cómo puedo interrelacionar estos conceptos? Bien, partamos de la evidencia empírica. Como ya he mencionado y ustedes se han percatado, soy obeso, y ya he explicado una de las causas de ello, consumo recursos que se producen en otros

países y tengo prioridad de consumo frente a otros humanos con menor poder adquisitivo. Siguiendo en esta línea, e intentando entonar una especie de mea culpa, al ser obeso preciso una ropa de mayor tamaño y por ende más cara, pero por supuesto la quiero al menor precio posible. ¿Cómo se consigue esto?, pues como cumplir lo estipulado en los art 23, 24 o 25, entre otros, de la DUDH, y lo lamento, pero por tiempo ya no leo más, tendrán que mirarlos ustedes si nos los conocen, aunque les resumo que hablan de trabajo, salario y descanso dignos, parece que encarecería mucho el producto, se obtienen los recursos y/o se fabrican en países que no cumplen estos y otros derechos humanos. Conclusión, soy cómplice de dicha violación de derechos. Igual para hablar con ustedes hoy utilizo un ordenador o un celular para el que por supuesto nuevamente busco el mejor rendimiento al menor precio, aunque sepa, por ejemplo, que las baterías de estos aparatos electrónicos precisan de coltán, un mineral cuya explotación minera beneficia a grupos armados que controlan las minas de algunas regiones de la República Democrática del Congo, país que concentra cerca del 80% de las reservas de este mineral a escala mundial, generando violencia, esclavitud o explotación infantil, entre otras muchas violaciones de los derechos humanos. Nuevamente me debo declarar culpable.

Entonces me dirán que afirmo que la responsabilidad o la culpa son del individuo y no de los Estados, pero no es así o, al menos, no del todo. Sólo quiero exponer que en mayor o menor medida todos tenemos una parte de culpa, yo el primero, pero que como sucede con la subjetividad internacional, si bien los individuos podemos ser titulares de derechos y obligaciones conferidos por normas jurídicas internacionales, el sujeto primordial y originario son los Estados.

Y es que ya hemos visto que, en este mundo polarizado, las apetencias de los países más poderosos parecen dispuestas a consumir todo y a todos y para ello crean sus propias redes de interés con otros Estados, a los que en función de su beneficio amparan bajo su ala y les amparan en su omisión y/o agresión de los derechos humanos. Esto no es algo nuevo. Llegados a este punto creo que la mejor forma de explicarlo es con una cita histórica, para la que recurriré nuevamente a un anglicismo: *"he's a son of a bitch, but he's our son of a bitch"*. Les ruego que me permitan este exabrupto, pero está justificado al ser una cita histórica perfectamente documentada del 32° Presidente de los Estados Unidos de América, Franklin D. Roosevelt, en referencia a los Somoza, una estirpe de dictadores nicaragüenses. Ilustra a la perfección el proceder de las grandes potencias respecto a las violaciones de derechos humanos, que resulta en que mientras les convenga y sean relativamente discretos en estas violaciones, por muy atroces que sean, éstos... están bajo su protección.

Y si esto pasa con los países satélites de las grandes potencias imagínense con las grandes potencias mismas, y es que, ¿Cómo puede China ser una de las 3 grandes potencias mundiales? Pues en gran parte porque nosotros se lo hemos permitido, un régimen comunista por si solo hubiese acabado en una debacle económica y colapso como la URSS o en un aislacionismo sin sentido como Corea del Norte, pero China supo ver el potencial del consumismo muy pronto y aplicarlo tanto para dominar a su población como para crear una cada vez mayor dependencia de sus

servicios en el mercado global. Para ello contó con creciente beneplácito de Estados e individuos. A pesar de saber que en el proceso se ignoraba o violaba cada vez más los derechos humanos, el consumidor miró para otro lado y los Estados buscando dar a sus votantes lo que quieren giraron la vista hacia otro lado.

Pero ¿Saben qué sucede?, que los derechos humanos son o deberían ser Inalienables e Indivisibles, lo que quiere decir que cuando uno falla los demás también. Es obvio que China ocultó la existencia del COVID tanto tiempo como pudo e igualmente dio datos irreales de sus tasas de mortalidad, generando una falsa sensación de seguridad en el resto de países, e incluso cuando esto se hizo evidente casi ningún país quería aceptarlo ni señalar a China por su inmenso peso en la economía global actual. Es paradójico, quisimos comprar barato y vender mucho y hemos acabado pagándolo caro, muy caro.

No nos engañemos, si en China hubiese habido libertad de prensa o tan siquiera libertad de expresión, recogida por cierto en el art 19 de la DUDH, el resto del mundo podría haberse preparado mejor a sabiendas de la severidad de esta enfermedad.

En todo caso no caigamos tampoco en la facilidad de demonizar a China, las agresiones a la libertad de expresión y prensa suceden en muchos países del mundo con el beneplácito de muchos países democráticos. No podemos olvidar el caso del periodista saudí Jamal Khashoggi, asesinado y descuartizado en el consulado de su país en Estambul, con pruebas de audio fehacientes que registraron este hecho, por lo que múltiples Estados condenaron esta atrocidad. Por toda respuesta el Reino de Arabia Saudita condenó a pena de muerte y ejecutó casi inmediatamente a 5 personas que anunció eran los culpables, y poco más. No en vano es el mayor exportador de crudo del mundo. Y ya si quieren la guinda, por poner un ejemplo de esta hipocresía internacional respecto de los derechos humanos, el Reino Unido reanudó la venta de armas a Arabia Saudí al día siguiente de sancionar a 20 saudíes por la muerte de Khashoggi.

Ya casi finalizando, advertir que se aprecia una corriente que ha intentado culpar al exceso de derechos de la expansión del COVID, señalando que con mayores medidas de control y restricción de libertades se hubiese podido controlar mejor, extremo este auspiciado sobre todo por China y Rusia. Rusia instauró un *software* de seguimiento de las personas infectadas y China alardeaba de compartir datos con sus ciudadanos de identidad y ubicación en tiempo real de infectados. A este respecto se podría hablar largo y tendido pero el tiempo manda y solo diré que no se puede criminalizar a los enfermos por el mero hecho de serlos, la Doctora Paricio seguramente podría hablar mucho de criminalización de los enfermos mentales en la sociedad, pero es que a mí, aparte de ver múltiples violaciones de los derechos humanos en estas medidas, por ejemplo los art 20 y 29 de la DUDH, me recuerda peligrosamente a los triángulos negros invertidos con los que se identificaba a las personas enfermas en los campos de concentración nazis.

El tiempo de ponencia se agota, pero no quisiera dejar pasar una de las cuestiones de COVID y derechos humanos que resulta sumamente interesante. El preámbulo de la DUDH habla literalmente de la igualdad de derechos de hombres y mujeres, si bien es tristemente obvio que queda aún en este campo un larguísimo camino que recorrer. Sin embargo, esta pandemia ha dejado un dato revelador. Si bien menos del 7% de los líderes mundiales son mujeres, en esta pandemia de la Covid-19 se ha abierto el debate de si ellas han gestionado mejor la crisis, y es que de los datos analizados parece desprenderse que en aquellos países liderados por mujeres o cuya cúpula de decisión médica estaba presidida por mujeres han gestionado mejor la crisis. Esto es aún más irritante si se toman los perfiles de los sanitarios contagiados en la mayoría de países saldrá un perfil de mujer alrededor de unos 50 años, ¿Cómo puede ser esto? Pues si bien la enfermedad afecta más a los hombres, una gran masa de sanitarios sobre todo enfermeras, como podrá confirmar la Profa. Dra. Mori Vara, son mujeres al igual que un número cada vez mayor de jóvenes médicos, es decir las mujeres se han enfrentado mayoritariamente en primera línea a esta pandemia, pero por el denominado “techo de cristal” no han estado casi representadas en los órganos de decisión. En todo caso también resultaría paradójico que a consecuencia de este machismo que impide el acceso a las mujeres a puestos de relevancia haya costado la vida de muchos hombres, machismo que mata hombres...debería dar que pensar.

Resumiendo, y ya termino, destacar que si bien hemos visto que los derechos humanos deben exigirse y mantenerse por todos nosotros y ello puede parecer una tarea titánica fuera de nuestro alcance, quisiera traer a colación una cita de una gran defensora de los derechos humanos, y premio Nobel de la Paz, Agnes Gonxha Bjaxhiu: "A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el océano, pero incluso el océano sería menos si le faltara esa gota"
Muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Aguilera Barchet, B.: *Entre Estado y nación: sociedad, poder y derecho: de la prehistoria a la integración europea*. Instituto de Estudios Jurídicos Internacionales.2012, ISBN: 978-84-615-5060-9.
- Cano Linares, M.A., Trinidad Núñez, P.: *Grupos vulnerables y desfavorecidos. Protección contra su explotación laboral*, Editorial Dykinson, ISBN: 978-84-9982-025-5.
- Carnerero Castilla, R.; López Martín, A. G.; Chinchón Álvarez, J.; Iglesias Berlanga, M.; Perea Unceta, J.A. *Derecho internacional público*. Editorial Dilex. Madrid, 2019.
- Cobo del Rosal Pérez, G., “De la Historia del Derecho a la aproximación histórica al Derecho: gajes de la globalización”, *Anuario de la Facultad de Derecho*. Universidad de Extremadura, ISSN-e 2695-7728, ISSN 0213-988X, N° 35, 2019, págs. 53-84.

Fernández de Casadevante, C.; Jiménez García, F.; López Martín, A. G., *España y los Órganos Internacionales de Control en Materia de Derechos Humanos*. 2020, Dilex. ISBN, 978-84-92754-05-2.

López Martín, A. G., *Nuevos Retos y Amenazas a la Protección de los Derechos Humanos en la era de la Globalización.*, 2016, Editorial Tirant lo Blanch, ISBN978-84-9119-094-3.

Navalpotro Sánchez-Peinado, J.M., *El Derecho Internacional Moderno y América*. Quito: Corporación de Estudios y Publicaciones, 2018, 303 pp. ISBN: 978-994-210-424-3.



MEDIDAS DE GOBIERNO ANTE LAS CALAMIDADES SANITARIAS: RESPUESTAS A LO LARGO DE SIGLOS

JESÚS MARÍA NAVALPOTRO SÁNCHEZ-PEINADO

Profesor de Derecho
Dr. Historia del Derecho

Doctor por la Universidad Rey Juan Carlos, en 2005 y Premio Extraordinario de Doctorado. Licenciado en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid. Ha desempeñado docencia de distintas disciplinas jurídicas, así como históricas, filosóficas, de Ética y Derechos Humanos en las Universidades Complutense de Madrid y Rey Juan Carlos, en España; en Ecuador en la Universidad Técnica de Ambato; en la Pontificia Universidad Católica –PUCE- y en la de los Hemisferios. Fue Secretario General del “Instituto de Historia de las Instituciones Alfonso García-Gallo” del C.E.S.S.J. “Ramón Carande” de la Universidad Complutense. Ha participado en varios Proyectos de Investigación tanto jurídica como educativa y tiene publicaciones sobre esas materias, entre ellas el libro *El Derecho Internacional Moderno y América*. Actualmente forma parte del Grupo de Investigación de Derecho y Economía, de la Universidad Católica y dirige un proyecto en la UDLA sobre “Gobernar la pluralidad: ordenación y aplicación del Derecho en su expresión documental en la Real Audiencia de Quito”.

«Lo que fue, eso mismo será; y lo que se hizo, eso mismo se hará; no hay nada nuevo bajo el sol. 10. Si hay una cosa de la que dicen: “Mira, esto es nuevo”, esa cosa existió ya en los siglos que nos precedieron.» (*Qohelet*, 1).

Espigando tres breves noticias de una *Gazeta* de hace exactamente 300 años, se lee:

Génova, 3 de agosto de 1720. «...por el contagio de Marsella se habían puesto guardas en las fronteras de la Provenza, para no dejar entrar a quien no hubiese hecho antes la cuarentena. Las [noticias] de Constantinopla refieren permanece la peste en aquella corte; y que los ministros de los príncipes cristianos se habían retirado con sus familias a varias casas de campo, para librarse de ella» (p. 146)

Génova, 10 de agosto de 1720. «Se han tenido varias noticias, que el accidente de contagio ocasionado en Marsella con la llegada de una embarcación venida de levante, no ha producido las fatales consecuencias que se temían; habiéndose reconocido que la enfermedad que se padece son unas fiebres

malignas, procedidas de los calores excesivos del estío, y de los malos alimentos con que, por la carestía de víveres, se habían sustentado los pobres, que hasta ahora han sido los únicos tocados de este achaque, tan maligno, que raro es el que escapa; y se espera que, mediante la divina misericordia, con el sumo desvelo y acertadas providencias del magistrado, junto con los socorros de víveres, y demás cosas necesarias que se tiene cuidado de enviarles, cese muy presto aquella calamidad y se vuelva a abrir el comercio, que tanta falta les hace.»

París, 2 de noviembre, 1720. «Se avisa de Tolón que los religiosos del Orden de la Santísima Trinidad habían llegado a aquel puerto, con veinte esclavos que habían redimido en Trípoli; y que, después de haber observado la cuarentena, entraron a la villa, y se hizo con ellos una solemne procesión. Por avisos de Provenza se ha sabido que el contagio iba siendo menos en Marsella, mediante las precauciones que se han tomado para purificar el aire; y se había recibido en aquella villa el socorro de trigo, que el Papa les ha remitido y hanse enviado de orden de la Corte doce cirujanos, para la mejor asistencia de los enfermos tocados de contagio, y que no les falte en lo temporal como la han tenido en lo espiritual, pues, a más de los religiosos que (...) antes de ahora haberse sacrificado por la caridad, todos los que hay en los dos conventos de San Francisco, observantes y recoletos, se han señalado tanto en estos piadosos oficios, que han muerto 43 religiosos y ha sido preciso que su provincial los reemplazase de los de otros conventos, para que no falten a obra de tanta piedad.» (*Gazeta de Madrid*, fols. 187-188)

Estos textos nos ponen en evidencia otros momentos históricos en que temores y amenazas similares nos han precedido. Las restantes aportaciones de los ilustres participantes en este encuentro me parece que proporcionan unas bases sobre la realidad sanitaria y sus consecuencias jurídicas que son del mayor interés.

1. Introducción. ¿Tiene una pandemia un tratamiento iushistórico?

La gravedad del momento actual confiere protagonismo a agentes sanitarios, a fuerzas de seguridad pública, a personal religioso que atiende a las angustias humanas, a productores y trabajadores que proveen de alimentos y materias de primera necesidad... ¿No resultará frívola una visión histórico-jurídica? Podemos atrevernos a decir algo sobre las premisas a las que apuntan los textos anteriores: considerar pasadas experiencias, analizar el modo de obrar de los poderes públicos y la flexibilidad del Derecho ante circunstancias extraordinarias puede apuntalar algo la serenidad necesaria en estos momentos, sabiendo que no son únicos en la memoria de la Humanidad.

No es el momento de explicarlo, pero antes del siglo XIX esos conceptos de derechos constitucionales y humanos son extraños. Para Josef Pieper, “la vieja doctrina de la justicia, [...] habla con énfasis de lo que pertenece inalienablemente al hombre, pero no ha desarrollado, al menos formalmente, una teoría de los «derechos

humanos»[...] La doctrina antigua de la justicia no es, pues, primariamente, exposición de derechos que pertenecen y que, por tanto, pueden reclamarse, sino que es exposición y motivación del deber de respetar derechos, mientras que la doctrina posterior, más familiar para nosotros, la de los derechos humanos, no parece tener a la vista, primariamente, a los obligados, sino a los legitimados”. El gobernante ha de actuar con justicia, y sometido al Derecho, concebido como creación histórica y expresión en ocasiones de la voluntad divina, pero no puede actuar a su puro arbitrio.

Sin embargo, desde el comienzo del Estado moderno, en el siglo XVI, la vía del “buen gobierno”, de la “policía”, es la que permite a los monarcas y a sus gobiernos intervenir en casi todos los aspectos de la vida jurídica. De hecho, el Derecho Administrativo encuentra su origen y sus posibilidades de desarrollo justo en ese título de intervención. Baste esto para indicar que toda medida para salvaguardar la vida de los súbditos tendrá su base justificativa en ese título. Para el monarca, antes del siglo XIX, no habrá limitación para las medidas que considere adoptar.

2. Pandemias, efectos y reacciones en el pasado

Cuando se analiza la actuación de los poderes públicos hoy en estas especiales circunstancias, pueden fácilmente venir a la mente preguntas sobre si nos encontramos ante hechos sin precedente: ¿Ha habido antes pandemias de esta magnitud? ¿Cabe hallar en el pasado circunstancias y decisiones similares a las actuales o estamos recorriendo una senda inexplorada?

Crónicas e historiadores nos recuerdan desde tiempos muy remotos grandes calamidades provocadas por fenómenos entonces inexplicables que afectaban a la salud humana y que hoy nos resultan algo más comprensibles desde la microbiología.

2.1. La peste y sus acompañantes

La peste bubónica o peste negra parece que es una de las grandes epidemias generalizadas desde la Antigüedad. El Antiguo Testamento y algunos textos de Tucídides (lo referente a “la plaga de Atenas”, del s. V a. JC.), Hipócrates, varios acontecimientos descritos por los literatos en Roma y otros textos, como los de San Cipriano, del s. III, apuntan a fenómenos de este tipo.

El primero de estos fenómenos en ser relatado con tremenda magnitud y horrorosos resultados es la peste del s. VI, bajo el, por otra parte, brillante reinado de Justiniano. Parece que no finalizó del todo hasta el cabo de unos 60 años e incorporó episodios de peste más viruelas. Constantinopla, ciudad donde se inició, se calcula que debió perder un 40% de sus habitantes y cerca de 4 millones de muertos se lamentaron en todo el Imperio.

Pero quizá el momento más impactante es en el siglo XIV cuando, desde Catay (China), y no parece que por experimentaciones de laboratorio, se extiende la mortal epidemia que se denominó en Europa la “muerte negra”, entre 1347 y 1382. Ni Groenlandia ni Arabia quedaron al margen de este horror. Se calculan de 25 a 50 millones los muertos, lo que pudo suponer una cuarta parte de la población mundial,

según estima la revista *The Lancet*. En ese contexto, en 1350, hallamos un terrible precedente del uso de “armas biológicas”, probablemente más allá de los propósitos de sus causantes. Y es que la extensión del contagio por Europa encuentra uno de sus focos en los genoveses huidos de uno de sus puestos en el Mar Negro. Los tártaros habían sitiado dicho establecimiento comercial en Caffa, y decidieron ir catapultando los cadáveres de los caídos sobre los sitiados. Los supervivientes, aunque ya contagiados genoveses, que pudieron salir en una docena de naves hasta su ciudad de origen, fueron quienes propalaron la peste por toda Europa. Pero parece ser que en realidad ya en Sicilia llevaban dos años con apestados.

Las sucesivas oleadas de la peste cada vez tuvieron menor fuerza y mortandad, aunque se prolongan por siglos. La peste se convierte en el periódico invasor de Europa durante todas las centurias siguientes.

Pero tenemos otras graves crisis sanitarias desde muy antiguo: se ha escrito que hasta 1500 pueden identificarse 125 casos de epidemias de amplia extensión. Como explicaba el Dr. Laín Entralgo, desde los siglos XV y XVI, se agudiza la mirada sobre los acontecimientos humanos para descubrir lo que hasta el momento era ignoto. Comenzó a hablarse de nuevos males, que se añadían a los anteriores, aún sin superar: nueva difteria, nuevas formas de tifus, el “sudor inglés”, que asoló Europa entre 1485 y 1529, una *nuewekrenckte* (“nueva enfermedad”) en el centro de Alemania, sífilis, tabardillo, ... La sífilis, enfermedad típica de la época renacentista y que presenta unas características definidas por la necesidad de actos individuales voluntarios para su transmisión, se expandió espantosamente a partir del sitio de las tropas francesas en Nápoles en 1495 por las españolas del Gran Capitán. El ejército derrotado, al repatriarse, fue esparciendo la enfermedad por Italia, Alemania y Francia, de modo que a comienzos del siglo XVI era el espanto del continente. Algunos cronistas de las recientes tierras de Indias observaron que ese mal también existía de modo endémico en el Nuevo Mundo y apuntaron a que las primeras expediciones colombinas lo hubieran importado.

Después relevarán en el mórbido protagonismo, el tifus y la difteria; el escorbuto en el XVII y XVIII y la fiebre amarilla; hasta el siglo XIX en que se extiende el cólera.

Conviene advertir algunas reacciones: en los siglos XVI, XVII y XVIII se desarrollaron estudios empíricos de las enfermedades. Las creencias precientíficas anteriores, basadas en las teorías de la Antigüedad en la influencia de los “humores”, y en ocasiones en consideraciones de tipo astrológico, no permitían un tratamiento eficaz de las epidemias, pero en esos siglos se van intensificando dos actitudes: la de estudiar para conocer la esencia de la enfermedad y buscar nuevos recursos para combatirlas. En esto sí se fue avanzando.

De principios del siglo XVI es Jerónimo Fracastoro, el médico humanista que ideó la doctrina de que las enfermedades epidémicas se propagaban a través de gérmenes que eran seres vivos. En los siglos posteriores se irá afirmando esta convicción, aplicando la noción del “contagio animado” a la peste y al paludismo, a la sarna

y a las epizootias. Así, un primitivo microscopio permitiría en 1659, al jesuita Athanasius Kircher vislumbrar unos diminutos seres moviéndose tras las infecciones. Obras de historiadores de la Ciencia y la Medicina, como el citado Laín o López Piñero ilustran cómo los descubrimientos y avances en el conocimiento de la etiología de las enfermedades permitieron más eficaces remedios contra ellas. Las consecuencias en las políticas de contención de los contagios serán determinantes. En el siglo XVIII se avanza en la prevención de las epidemias, por ejemplo, con la desecación de los pantanos de la zona de Roma, evitando el paludismo; la fumigación con vapores y, al fin, con la vacunación antivariólica que Eduardo Jenner concibió e inició en los últimos años de ese siglo. Su aplicación se pudo generalizar gracias a campañas gubernamentales de carácter preventivo sanitario, como la que organizó el gobierno de la Monarquía española en 1803, al mando del médico Javier de Balmis, por toda la América hispana.

Y el siglo XX presenció la extensión del cólera, la fiebre amarilla y la gripe española. Ésta, surgida en EE.UU., adoptó este nombre porque, cuando surgió, en 1918, el mundo se encontraba inmerso en la Gran Guerra y las informaciones sobre la epidemia sólo circularon sin censura por España, por lo que aparecía como la principal nación afectada. Pero el final de la guerra significó, además, la difusión del virus por todo el mundo, junto a los soldados licenciados, en tres oleadas que se prolongaron hasta un año después. También se calculan entre 20 y 50 millones los fallecidos. Grijalva explica que la cantidad de contagiados llegó a los 500 millones, registrados.

A lo largo del siglo XX se conocen los letales efectos de otras gripes: la denominada “asiática”, originada en China, causaría un millón de víctimas. Y diez años después, otra cepa vírica, de Hong Kong, provocaría otras tantas. Al final del siglo surgen otros virus mortíferos, pero que no llegaron a generar medidas colectivas generalizadas para evitar su expansión.

2.2. La situación epidemiológica americana: Ecuador

En cuanto a América, permítase alguna referencia local: parece que la primacia mórbida la obtuvo la viruela, descrita con detalle en 1589 en una carta de la Compañía de Jesús en el territorio de la Real Audiencia de Quito, cuyas truculencias omitimos. Por ejemplo, en este espacio se cuentan 18 brotes de epidemias diversas: sarampión, viruela, catarro, tabardillo, ... en el siglo XVII y 16 más en la siguiente centuria.

También puede ser oportuno hacer recuerdo de cómo en el espacio americano, más concretamente en el mismo Reino de Quito, en torno a las instituciones universitarias patrocinadas por los reyes y las órdenes religiosas, se desarrollaban estudios y saberes de utilidad para el conocimiento de las enfermedades y su transmisión. Aunque la Universidad de San Gregorio Magno, creada por Real Cédula de 1622 de Felipe IV y Bula de Gregorio XV, contó con florecientes estudios de Derecho Canónico, Teología y Filosofía, excluyó desde sus comienzos a la Medicina. Su primera finalidad consistía en proporcionar adecuada formación a los encargados de la

evangelización de estas tierras. Pero entre los cerca de 16.000 volúmenes que catalogaban los jesuitas en su biblioteca en el momento de la expulsión, sorprende hallar una abundante la cantidad de obras botánicas o farmacéuticas, con un contenido cercano a la medicina. Además, algunos de los religiosos que había enviado la Compañía de Jesús eran médicos o botánicos reconocidos, y se dedicaron también a escribir y a imprimir, pues, como es sabido, los jesuitas trajeron la primera imprenta a Ambato en 1754, aunque luego la transfirieran a Quito.

Ese cultivo de la farmacia y el coleccionismo botánico abrieron paso a actividades médicas, aunque no fueran académicas. Elaboraron recetas con plantas, de administración gratuita, contra la malaria. En ese contexto cabe citar el descubrimiento de la quinina contra el paludismo. Afirma un estudioso, Núñez Freile, que religiosos y médicos, profesores y botánicos de la Universidad se ocuparon de estudiar los brotes epidemiológicos, para establecer los primeros fundamentos científicos de la microbiología: el origen y transmisión de las enfermedades infecciosas. En relación con lo que venía realizando en Alemania el P. Kircher, concluyeron como “única causa de las pestes son los gérmenes malignos que pululan en el aire en cantidades increíbles y que, a una con el aire, absorben los hombres”. Al tiempo, la Orden de Predicadores también mantuvo su propia Universidad en Quito, en cuyo colegio de San Fernando se impartieron grados superiores de Medicina. Allí estudió el reconocido médico y escritor Eugenio Espejo.

En el siglo XX también Ecuador ofreció un modelo para enfrentarse a la “gripe española”. Ésta llegó, en barco, desde Lima, en diciembre de 1918. Pronto declarada, una política muy decidida por parte del gobierno, impidió su mayor propagación, y el inicio de experiencias sanitarias: se cerraron escuelas, cantinas, oficinas e iglesias. Se vigilaron especialmente puertos y fronteras, con la facilidad que daba la presencia de síntomas característicos en los afectados. En Guayaquil no se registraron muertos, y en Quito, casi 200, sobre 15.070 contagiados en la capital, a donde llegó por tren, mediante el desplazamiento de un contingente de tropas. Sin embargo, el decano de la facultad de Medicina de la Universidad Central, el Dr. Isidro Ayora, valiéndose, además de su condición de concejal, logró la pronta implantación de medidas, primero informativas y, además, higiénico-sanitarias, que frenaron los efectos de la pandemia. Los médicos habían de identificarse públicamente con unas insignias; la administración pública asumió el costo de las medicinas que se proporcionaron de modo gratuito a los afectados y se organizó un servicio para atenderlos.

Pero quizá no sea oportuno continuar con la crónica negra de estas calamidades.

3. Elementos que caracterizan las decisiones políticas ante las pandemias.

Con base en una somera revisión de casos y actuaciones gubernamentales, podemos indicar unos rasgos que han caracterizado a las decisiones del poder público. Enlazan elementos técnicos con la mirada en creencias y mentalidades populares.

1. Política de cuarentena y “aislamiento”. Ya en tiempos de la peste negra, algunos médicos describieron el mal, haciendo constar las medidas de aislamiento social y de la necesidad de evitar la cercanía del enfermo para no contagiarse. Se intuía la idea del contagio, pero, como hemos apuntado antes, se tardó mucho tiempo en explicarla. Las medidas profilácticas que se experimentaron como más apropiadas fueron el tratamiento de ropas y cuerpos contagiados, quemándolos o sepultándolos; el aislamiento y la cuarentena, impidiendo el contacto de los afectados y cerrando el paso en las fronteras de los estados y las ciudades.

El rigor de las medidas generaba, entonces y ahora, un cierto rechazo social. En el siglo XVII, por ejemplo, Daniel Defoe refiere las estrictas medidas con que en Irlanda se atajó una epidemia: se dejaron encerrados en las casas a todos los enfermos con sus familias, a veces con guardias en las puertas. Lo insostenible de la situación implicó que se dieran asesinatos de esos guardias.

2. En relación con la anterior, se despliega en ocasiones la política de “cuarentena” y de cierre de salida y entradas de las ciudades. En el contexto de la “muerte negra” del siglo XIV, en 1374, la ciudad de Reggio promulgó un edicto estableciendo por vez primera el cierre de las entradas y salidas por un tiempo. La cuarentena, con mayor precisión, sólo se aplicaría a las naves que intentaran atracar procedentes de lugares sospechosos. Parece que cierta idea de que la enfermedad se incubaba durante un tiempo estaba ya en las mentes. En el siglo XIX se mantenían estas medidas de cuarentena, no sin discusión. Tenemos un ruidoso caso en 1872, en que unos 800 barcos se hallaron frente a los puertos italianos, y además sin enfermos, sólo ante el riesgo de traer la peste. Se advertía de las grandes pérdidas económicas.

El establecimiento de “lazaretos” para infectados que debían aislarse también obedece a las exigencias de la peste: en Marsella se abrió en 1476 una casa donde los viajeros que pudieran ser sospechosos de portar la enfermedad, debían aguardar de 8 a 30 días.

3. Laín Entralgo identificó tres consecuencias de la peste medieval, y éstas las vemos reiteradas en las epidemias sucesivas: la recesión económica y demográfica; la exaltación religiosa, hasta la exageración, con otro tipo de consecuencias sobre los sentimientos populares, ya en el ámbito de lo irracional. Una tercera consecuencia, contradictoria: el despliegue de una mentalidad hedonista, que exaltó riquezas y placeres, haciendo oídos sordos a la angustiada realidad que la rodeaba, en aras de aprovechar la efímera existencia.

La interpretación religiosa realmente parte de bases muy diferentes, que enlazan con un sustrato ancestral; ve en las calamidades terribles castigos divinos, cuando no venganzas inexplicables. En esto, griegos y romanos confluyen con pueblos originarios en América o África. Pero el cristianismo aportó una racionalidad a estas explicaciones sobrenaturales, identificando al pecado como causa de todo mal y a la voluntad correctora de Dios ante el desvío de su pueblo.

En cualquier caso, si algo caracteriza durante centurias a la reacción popular ante estos males es el implorar la misericordia divina. Procesiones y todo tipo de actos piadosos, muchas veces contraproducentes, se presentan en respuesta a la extensión de las epidemias. Así, sin mucho buscar, por ejemplo, leemos en el *Libro de Acuerdos del Cabildo de Quito*:

«En este Cabildo se confirmó que se halla esta ciudad y sus vecinos muy desconsolados con la experiencia que han tenido y tienen de algunos días a esta parte, del achaque grave de tabardillo y dolor de costado, que se ha continuado sucesivamente, de que están en la cama el señor Presidente y Fiscal de esta Real Audiencia y muchas otras personas a que se debía atender, ocurriendo a la Madre de Dios del Quinche, Patrona. Para este efecto, pues, con su venida en otras ocasiones, se ha servido Su divina Majestad de mirarnos con ojos de piedad y aliviarnos de los achaques que han sobrevenido ...»

Y el sacar a los santos, las oraciones y penitencias serían decisiones populares, pero también gubernativas. Y no siempre con la connivencia de las autoridades religiosas. Por ejemplo, en Milán, durante los dos brotes más considerables de peste, en los siglos XVI y XVII, fue destacado el protagonismo que adquirieron sus arzobispos, Carlos y Federico, ambos Borromeos y miembros de la nobleza más encumbrada del ducado, que gobernaron varios de sus parientes.

El primero de ellos fue recordado por generaciones por su incansable actividad durante la peste, hasta el punto que se cobró su propia vida en 1584. Su primo Federico le sucedió en la sede arzobispal y pudo asistir a la canonización de su predecesor, a menos de 30 años de su muerte. En el ocaso de su vida, en 1628 una nueva epidemia de peste se desató, como consecuencia de la imprevisión de las autoridades y cierta desidia de algunos médicos. Resultaron ineficaces, por ello, las medidas preventivas que adoptaron y propusieron tanto el cardenal arzobispo como el protomédico, una especie de supervisor de los doctores. La peste estalló y se difundió con rapidez, a lo que las autoridades solicitaron el cuerpo de San Carlos para organizar una gran procesión. Federico Borromeo intentó resistirse, pero al final se hizo como ordenaba el gobernador del ducado. El contagio fue inmediato y generalizado.

De nuevo, tanto el cardenal como el Tribunal de Sanidad de la ciudad señalaron como causa el contacto personal, pero entonces se alegó la idea de los “untadores”. Se sostuvo que determinadas personas, por intereses políticos (franceses) como por dinero, maldad o incluso servicios satánicos, eran los portadores de

unos polvos venenosos con los que untaban los espacios públicos y difundían la ponzoña. La espiral de contagios incrementó susceptibilidades y temores: hubo gente muerta por las turbas ante gestos sospechosos de ser de “untadores”.

La peste se llevó a la mayoría de la población de Milán, especialmente médicos y sacerdotes, mientras que el cardenal Federico, desoído, debía organizar la atención espiritual y aun material de las víctimas, empeñando su propia fortuna. El estudio sobre las causas de la pandemia, sería sostenido por los escritos de dos médicos españoles de la Inquisición, encargados de refutar las perniciosas ideas populares del contagio voluntario.

4. Esta búsqueda de culpables se convierte también en un rasgo que se presenta en otras ocasiones. Fue una de las respuestas populares. Durante la “muerte negra” fue a los judíos a quienes se señaló y persiguió. Se recrudecieron sus persecuciones de modo irrefrenable, pese a los documentos exculpatorios que el propio Papa y otras autoridades eclesiásticas emitieron. El pueblo, aunque aún no titulado como “soberano”, a veces, en esas circunstancias, ha ejercido su verdadero poder, zaran-deado por sus miedos y prejuicios.

5. Por último, como se evidencia en toda cuestión que afecta al poder, también se ha practicado la atención a los intereses políticos, relativizando la gravedad de los daños. Con la peste tenemos varios ejemplos. Las dos epidemias de peste de Milán en los siglos XVI y XVII presentan similar patrón de actuación de las autoridades, prefiriendo en un caso no alterar el trayecto del gobernador de Flandes, Don Juan de Austria, en 1576, y en otro de 1620, para contentar a los habitantes con fiestas, al conocerse el nacimiento del heredero de la corona española.

Pero algo similar acontece también en 1678, cuando en Viena un médico advierte de la aparición de casos de peste, procedentes de Turquía. Motivos políticos relativizaron la alarma, para poder celebrar el cumpleaños del heredero imperial. Las celebraciones, numerosas, pero reducidas a la élite de la sociedad, permitieron la multiplicación de los contagios, entre otros, entre los agentes diplomáticos llegados a la ocasión y que difundieron el daño en sus propios estados, a su regreso. Peor fue cuando, intentando poner remedios sobrenaturales al descuido de los naturales, el propio emperador organizó una peregrinación a un conocido santuario en las cercanías de Viena. La peste se extendería también con ese motivo.

Pero el príncipe imperial no perdonó esfuerzos por atender y atajar la enfermedad, ocupándose de castigar los casos de corrupción que brotaron en el hospital imperial de Viena, para intentar beneficiarse de mayores subsidios estatales a base de modificar las estadísticas de los enfermos acogidos.

4. Conclusión

Medidas que parecen afectar a los derechos de las personas, como cuarentenas, aislamiento y cierre de fronteras se repiten como modo de los gobiernos de evitar

mayores contagios. Pero también inciden otros elementos explicativos de las reacciones públicas: convicciones religiosas e intereses políticos.

Volvamos al inicio: un motivo que lleva a evitar el terror irracional es la consideración de que la Historia ya ha experimentado circunstancias similares. Y que el ejercicio discrecional del poder público, cuando ha escuchado a técnicos y ha actuado con prudencia, rapidez y decisión, ha permitido acabar antes con las calamidades y de forma más decisiva.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- ALCHON, Suzanne Austin, "Enfermedad, población y salud pública en Quito durante el siglo XVIII", en *Juicios secretos de Dios. Epidemias y despoblación indígena en Hispanoamérica colonial*, Ed. Abya-Yala, Quito, 2000, pp. 183-200.
- GRAUPNER, Heidrun; "Cólera: historia de una peste", *Chasqui Revista Latinoamericana de Comunicación*, julio-septiembre 1991, n.º. 39, pp. 11-14.
- GRIJALVA AMAN, Christian; *La gripe española en Ecuador*, [libro electrónico], 2017.
- HUGUET PANÉ, Guiomar; "Grandes pandemias de la Historia", *National Geographic*, 25 de marzo de 2020.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro; *Historia de la medicina*, Ed. Salvat, Barcelona, 1978. Disponible en <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcqj991>
- LÓPEZ PIÑERO José María; *Breve historia de la medicina*, Alianza Editorial, Madrid 2000.
- LEDERMANN, Walter; "El hombre y sus epidemias a través de la historia", *Revista Chilena de Infectología*, ed. aniversario (2003), pp. 13-17.
- LEDERMANN, Walter; "Peste en Milán: Borromeos y untadores", *Revista Chilena de Infectología*, n.º 20, 1 (2003), pp. 76-80.
- LOVELL, W. George; COOK, Noble David (coords.); *Juicios secretos de Dios. Epidemias y despoblación indígena en Hispanoamérica colonial*, Ed. Abya-Yala, Quito, 2000.
- NÚÑEZ FREILE, Byron; "El pensamiento microbiológico de los jesuitas de la Universidad de San. Gregorio Magno en la Real Audiencia de Quito", *Acta Med Per*, 27(1) 2010, pp. 65-73.
- PAREDES BORJA, Virgilio; "Espejo, médico quiteño del siglo XVIII", *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* (Quito), Vol. 6 Núm. 1-2 (1955,): pp. 7-33.
- PIEPER, Josef «El derecho ajeno», *La fe ante el reto de la cultura contemporánea*, Ed. Rialp, Madrid 2000, pp. 189-194.

RIGUET, Sébastien, Los polvos de Milán. Rumor, terror y controversia en la España de Felipe IV, en María Luisa Lobato, Javier San José y Germán Vega, (eds.), *Brujería, magia y otros prodigios en la literatura española del Siglo de Oro*, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, Alicante, 2016. pp. 507-522.

RODAS CHAVES, Germán Alfredo; “La gripe española: la información de la prensa española y norteamericana que alertó la epidemia en el Ecuador y el rol del médico Isidro Ayora”, *Americania. Revista de Estudios Latinoamericanos* (Nueva Época), Sevilla, n. 6, pp. 136-166, jul-dic, 2017.

RODAS CHAVES Germán Alfredo *Las enfermedades más importantes en Quito y Guayaquil durante los siglos XIX y XX*, Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, 2006.

RODAS CHAVES Germán Alfredo *Grandes Enfermedades que asolaron a Quito y Guayaquil durante el siglo XVIII y el rol de la Iglesia frente a este problema. Informe de Investigación*, Quito, mayo de 2002.

