



Derechos Humanos frente a una emergencia sanitaria: ¿Hasta dónde llega su protección y garantía?

Human rights against a sanitary emergency: how far does their protection and guarantee goes?

Ana Lilia Ulloa Cuéllar¹

María del Carmen Aguilar Vergara.²

1. Licenciada en Filosofía por la Universidad Veracruzana y tiene estudios de Maestría y Doctorado en Filosofía por la UNAM. Es especialista en Bertrand Russell y en Lógica Matemática. Tiene más de 60 artículos sobre Filosofía y Derecho publicados en revistas estatales, nacionales e internacionales. Igualmente, cuenta con más de diez libros publicados por Tirant lo Blanch, Porrúa, UNAM y la Universidad Veracruzana. Ha impartido cursos sobre la Filosofía de Wittgenstein en diversas Universidades en Taiwán. Actualmente es Investigadora del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Veracruzana, catedrática de la Facultad de Derecho de la Universidad Veracruzana y catedrática de la Facultad de Filosofía de la Universidad Veracruzana. Es Investigadora nacional: miembro del Sistema Nacional de Investigadores CONACYT Nivel II.
anaulloa_57@hotmail.com

UNIVERSOS JURÍDICOS. Revista de derecho público y diálogo multidisciplinar. Año 8, No. 15, noviembre 2020-Abril 2021, ISSN 2007-9125

Cómo citar este artículo en formato APA

Ulloa, A & Aguilar, M. (2020). Derechos humanos frente a una emergencia sanitaria: ¿Hasta dónde llega su protección y garantía? *Universos Jurídicos*, 1-24.

Fecha de recepción: 27 de Julio de 2020

Fecha de aceptación: 05 octubre de 2020

2. Licenciada en Derecho por la Universidad Anáhuac Xalapa; Maestra en Derechos Humanos y Justicia Constitucional por la Universidad Veracruzana, posgrado incluido en el Padrón Nacional de Posgrados de Calidad, siendo aprobada por unanimidad con mención honorífica. Actualmente cursa el Doctorado en Derecho del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Veracruzana. Actualmente ejerciendo como abogada postulante y realizando trabajos de consultoría jurídica.
mcaguilarv@gmail.com



SUMARIO: I. Introducción; II. Emergencias sanitarias: obligaciones de los Estados de acuerdo a criterios internacionales; III. Sobre el Derecho a la Salud; IV. Sobre el Derecho de Acceso a la Información; V. Reflexiones Finales; VI. Fuentes de consulta.

Resumen: Derivado de la contingencia sanitaria por SARS-CoV-2 (COVID-19) vivida a nivel mundial, resulta pertinente el estudio de la respuesta de los Estados, en materia de salud y derecho de acceso a la información (DAI); así como los principales criterios emitidos por organismos internacionales de los derechos humanos, ante una situación de emergencia.

Palabras clave: Derechos humanos, Emergencia sanitaria, Pandemia, Derecho a la salud, Derecho de acceso a la información.

Abstrac: *From the sanitary contingency for SARS-CoV-2 (COVID-19) lived worldwide, it is important to study the response of the Nations, as well as the main criteria issued by international human rights organizations in an emergency situation.*

Keywords: *Human Rights, Health emergency, Pandemic, Health right, Access to information right.*

I. Introducción

UNIVERSIDAD VERACRUZANA.

Instituto de Investigaciones Jurídicas

<http://universosjuridicos.uv.mx/index.php/univerjuridicos/index>

Xalapa, Veracruz, México



A principios de diciembre de 2019 el brote de un nuevo virus empezó a atraer la atención de diversos líderes a nivel mundial, puesto que se reportaba como uno que la humanidad no había enfrentado aún. Se está hablando de la enfermedad viral conocida como SARS-CoV-2 o Coronavirus de 2019 (COVID-19), detectada por primera vez en humanos en la ciudad de Wuhan, China. Derivado de su desarrollo, ésta fue declarada como pandemia en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pues tuvo una alta capacidad de expansión a nivel mundial en tan solo dos meses; lo cual devenga en una serie de implicaciones a las naciones, especialmente por cuanto hace a los Derechos Humanos (DDHH) de la ciudadanía.

Entre estos DDHH podemos encontrar como recurrentes las referencias al derecho de acceso a la información (DAI) y el derecho a la salud, por lo que se privilegiara su estudio en el presente y la relevancia que conllevan frente a esta nueva batalla de la salud a nivel mundial. Este trabajo se desarrolló en tres apartados: de primera mano se analizan las obligaciones de las naciones a nivel mundial frente a una pandemia, de acuerdo con lo establecido por autoridades internacionales. En segundo turno, se aborda el derecho a la salud y sus garantías como pilar en eventos virales; en tercer lugar, se analiza el derecho de acceso a la información (DAI) y su relevancia como medida de empoderamiento para la población, frente a situaciones de crisis. Finalmente, se concluye con reflexiones en relación con el estudio esbozado.

El latente surgimiento de eventos virales de alcance supra nacional, requiere de una constante adaptación, no solo de los sistemas de salud, sino también de la forma en que las autoridades de todos los rubros atienden las necesidades de la población. Los tres niveles de gobierno, organismos autónomos y descentralizados,



se ven en la necesidad de implementar nuevas estrategias para garantizar los DDHH y calidad de vida dentro de sus naciones; por lo cual, resulta imperativo entrar al estudio de sus obligaciones en el marco de esta protección.

II. Emergencias sanitarias: obligaciones de los Estados de acuerdo con criterios internacionales

a) Antecedentes

Con la finalidad de abordar las principales obligaciones y funciones de los gobiernos frente a una crisis sanitaria, es necesario hacer una recopilación breve de aquellos eventos pandémicos que han marcado a las naciones a lo largo de la historia. Dentro de los últimos cien años, se tiene registrado un evento masivo y catastrófico a nivel mundial relacionado con la salud, este fue el evento pandémico de 1918 de Influenza, mejor conocido como “Flu” o “spanish flu”; en ella murieron alrededor de 50 a 100 millones de personas en el mundo. Es decir, que una de cada tres personas alrededor del mundo fue infectada por este virus; teniendo bajas mayores a las ocasionadas por la primera guerra mundial, evento que se desarrolló a la par (Walsh, 2020).

En 1968 se suscitó otra pandemia por influenza o “Flu”, enfermedad también referida como “Hong Kong Flu” por el lugar donde fue reportado el primer caso; destacando la rapidez con la que este virus se expandió alrededor de varios países, desde el continente asiático hasta el americano. Solo tomo 17 días antes de que brotes del virus fueran reportados en Singapur y Vietnam, y en el transcurso de tres meses se había expandido a las Filipinas, India, Australia, Europa y los Estados Unidos (MPH Online, 2020).

Dentro de la ola de enfermedades fulminantes que ha experimentado la humanidad de forma cotidiana, se encuentra el Virus de Inmunodeficiencia Humana



(VIH), el cual a su vez puede desarrollarse en Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), provocando deterioro del sistema inmune. La Organización Mundial de la OMS indica que en 2018 murieron 770000 personas por causas relacionadas con el VIH y 1,7 millones de personas contrajeron la infección (Organización Mundial de la Salud, 2019). Lo cual mantiene esta enfermedad tan vigente como en sus primeros años, pues si bien se cuenta con tratamiento, aún no se desarrolla una cura.

Hace once años, en 2009 la influenza volvió a afectar la salud de la humanidad a través del tipo A (H1N1); esta enfermedad consiste también en la mutación de un virus conocido únicamente por afectar animales. En un periodo mayor a un año y medio, esta pandemia alcanzó más de 493,000 casos confirmados y 18,600 muertes (Organización Mundial de la Salud, 2020). Se dice que a lo largo de "...2009 y 2010, más de 200 países habían confirmado casos de la primera pandemia del siglo XXI..." (Barifouse, 2020). Sin embargo, su alcance y viralidad serían retados por el brote de COVID-19 en diciembre de 2019; por lo que los Estados se encuentran ante situaciones apremiantes, con precedentes pero sin capacidad de respuesta. Se dice que "...el número de nuevas enfermedades infecciosas como el Sars, VIH y Covid-19 ha aumentado casi al cuádruple durante el pasado siglo..." (Walsh, 2020); por lo que, no solo el sistema de salud se puede ver colapsado dentro de un país, sino también su economía y su democracia.

b) Medidas implantadas por algunas naciones alrededor del mundo

En este orden de ideas, toca el turno de explorar como los gobiernos con diferentes niveles de recursos han respondido alrededor del mundo. Instituciones académicas en los Estados Unidos de América, en el año 2015 se pronunciaron respecto al sistema de salud a nivel mundial, específicamente, sobre el impacto que una pandemia tendría en el mismo. Indicando que ningún estado se encontraba



preparado para hacer frente, por cuanto hace a sus mecanismos sanitarios de respuesta y servicios de salud. Se está hablando del ejercicio Clade X1 realizado en mayo de 2018, por el centro especializado en la salud Johns Hopkins (Johns Hopkins Center for Health Security, 2020); en el cual, mediante la aplicación de casos hipotéticos, se demostraron las debilidades en materia de salud ante una posible pandemia. El ejercicio fue diseñado mediante la mezcla de distintos escenarios, enfrentados en el pasado y en la actualidad por diversas naciones, con la finalidad de servir de guía en el diseño e implementación de políticas públicas suficientes y efectivas para atender este tipo de crisis de la salud. Reforzando la idea de que estos eventos son cíclicos y que dentro de las naciones deberá contarse con un mecanismo permanente de respuesta ante una pandemia severa como lo es el COVID-19. El Centro Johns Hopkins buscaba "...ilustrar algunas de las difíciles decisiones que líderes nacionales podrían enfrentar en una pandemia severa..." (Johns Hopkins Center for Health Security, 2020). La forma en que este trabajo de simulación se llevó a cabo, fue mediante "...una serie de reuniones simuladas y convenidas del consejo nacional de seguridad con duración de un día entero, en las cuales participaban 10 líderes del Gobierno de Estados Unidos, interpretados por prominentes individuos en los campos de seguridad nacional o respuesta epidémica..." (Johns Hopkins Center for Health Security, 2020). El estudio se llevó a cabo, frente a un público en vivo conformado por académicos, oficiales del Gobierno de los Estados Unidos de América y miembros del comité de seguridad en materia de salud (Johns Hopkins Center for Health Security, 2020). Los resultados del estudio fueron publicados y difundidos por el Centro, instando a que autoridades Estadounidenses y de otras partes del mundo, se acercaran a ellos para atender los puntos débiles detectados. Este ejercicio de pandemia realizado

¹ El ejercicio Clade X consistió en una simulación virtual, planteada en forma de juego de guerra; con lo cual se permitía a sus jugadores interactuar y tomar decisiones frente a los escenarios que se les presentaban. Es posible conocer más de este ejercicio en https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/events/2018_clade_x_exercise/



mediante simulación virtual en un juego de guerra, demostró que las naciones no se encontraban preparadas para dar respuesta a una emergencia sanitaria tipo pandemia; resulta inquietante que en esta simulación se observaron circunstancias que actualmente son una realidad, como el colapso de los sistemas de salud a nivel mundial y que no se hayan tomado medidas a cinco años de su realización. Valdría la pena plantear la idea de si esta falta de atención, podría concluir en algún tipo de responsabilidad para los Estados Unidos de América.

Un país en América del Norte en destacar por sus medidas es Canadá, donde la actividad parlamentaria ha sido ardua, en vías de afrontar la emergencia sanitaria de COVID-19. Teniendo que la “...legislación relacionada con la emergencia de COVID-19 incluyo cambios a la ley de empleos y a la legislación de medidas de emergencia en respuesta a los impactos de la pandemia...” (VandenBeukel, 2020). Esto indica la importancia que Canadá dedico no solo a la salud, sino a las garantías laborales de su ciudadanía, lo cual impacta directamente en la estabilidad económica del Estado.²

En contraste, Japón estableció medidas de atención a eventos pandémicos similares al que se vive actualmente desde hace quince años; esto mediante la publicación de un plan por parte del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón, para lidiar con una nueva cepa de influenza, y las instituciones lo han seguido al pie de la letra. Se estaría hablado entonces de que las naciones han tenido décadas para planear acciones de contención y combate ante estas enfermedades virales; reafirmando que las medidas tomadas por el gobierno japonés contra el COVID-19 hasta ahora, han seguido el plan de la época. Éste

² De acuerdo con el Gobierno Canadiense, al 10 de julio de 2020 se contaba con un total de 107,126 casos de COVID-19 confirmados; siendo los estados con más casos Quebec con 56,316 y Ontario con 36,474. Información disponible en <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection.html>



consiste en mantener el pico de la epidemia lo más bajo posible y aguantarlo hasta que se desarrolle un tratamiento, evitando mientras el colapso médico. Sin embargo, esta situación no aplica para toda la población, puesto que hay áreas rurales en aquel país que están al borde del colapso médico (Fritz, 2020).

Para Taiwán, el panorama se tornó distinto a lo esperado, puesto que debido a su proximidad con China se tenía una expectativa de contagio alta y rápida; estimando que sería el segundo país con más brotes. Sin embargo, debido a las medidas desarrolladas a causa de otros eventos pandémicos, esta nación combatió la enfermedad de forma temprana cambiando así el índice de contagio. "...Taiwán se movilizó rápido e instituyó acercamientos específicos para identificación de casos, contención y asignación de recursos para proteger la salud pública..." (Wang, 2020). La experiencia de atención a situaciones de emergencia sanitaria de Taiwán, permitió una reacción rápida y efectiva para la contención de la enfermedad COVID-19 de forma temprana; siendo clave su protocolo para detección de casos y la asignación de recursos para ello.³ La metodología de detección de casos se fundó en la creación de una base de datos para análisis, que contrastara a su vez la base de datos del país sobre seguros médicos, así como lo registrado por migración y aduanas; esto permitió crear un perfil de posible caso de COVID-19, generando así una alerta en tiempo real para sus centros médicos (Wang, 2020).

Italia es la nación europea con mayor impacto por el virus COVID-19, desde febrero de 2020 que fue reportado el primer brote; por lo cual las acciones en él tomadas son relevantes al estudio; resultando relevante al estudio el impacto que

³ De acuerdo con reportes de medios de comunicación internacionales, hasta julio de 2020 este país era considerado como uno de los menos afectados por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19); en un periodo de 3 meses solo fueron reportadas cinco muertes y 322 casos, siendo la mayor parte contagios importados. Dentro de este Estado no fueron aplicadas drásticas medidas que se han implementado en el resto del planeta. Esta información se encuentra disponible en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52101470>



ha tenido éste en la atención médica, específicamente en la salud de su personal. Esto quedo documentado mediante las siguientes cifras:

En abril 16 de 2020, el Instituto Nacional de Salud Italiano reportó que 16,991 trabajadores de la salud (TDLS's) habían dado positivo por síndrome respiratorio agudo severo Coronavirus 2 (SARS-Cov-2). Estos TDLS's tenían una mediana edad de 48 años, 68% eran mujeres y el 32% eran hombres, lo cual se ajusta a la relación del sistema de salud italiano (66.8% mujeres y 33.2% hombres). Los TDL's infectados cuentan por el 10.7% del número total de casos positivos (168,941) (Lapolla, 2020).

De lo anterior se desprende que, los números de trabajadores de salud contagiados son altos, en comparación con el número de muertes registradas en otros países dentro del sector médico. Pudiendo ser la edad un factor importante a considerar en este caso, así como los protocolos y medidas de protección empleadas al momento de la atención de pacientes, por el personal médico de dicha nación.

En España, desde el 14 de marzo de 2020 se declaró un estado de alarma decretando el confinamiento domiciliario a la población, con el objetivo de frenar la progresión de la epidemia; sin embargo, esto no evitó que se viera afectada la atención a otras patologías en hospitales, entre ellas el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares (Rodríguez-Leor, 2020). Este sobrepaso del sistema de salud, generó críticas para el gobierno español, en las cuales se acusó de haber implementado medidas de forma tardía, impactando en la capacidad de respuesta de sus hospitales y personal médico. Medios españoles reportan al 22 de junio de 2020 un total del 28,324 fallecidos por el virus SARS-CoV-2 (Radio y Televisión Española, 2020) durante el mes de mayo de 2020, el gobierno español estableció el inicio del plan de desescalada, consistente de 4 fases, con duración de 2 semanas cada una, guiando al país hacia la “nueva normalidad” (El País, 2020).



Finalmente, en México se tuvo una entrada oficial a la enfermedad SARS-CoV-2, el 30 de marzo de 2020, mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación del acuerdo donde se declara emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor; en este documento, se establecieron diversas medidas para evitar la propagación del virus, entre las cuales se encontró el aislamiento o confinamiento voluntario de la población en sus domicilios: "...Como medida para proteger la salud de las personas en México la Secretaría de Salud (...) ha recomendado que los habitantes del país permanezcan en sus casas, para contener la enfermedad causada por el COVID-19..." (Franco Martín del Campo, 2020). Cabe aclarar que, en México tanto el aislamiento, como la cuarentena se encuentran contemplados en los mismos términos por los artículos 405 y 406 de la Ley General de Salud.

De esta manera, el país al igual que una gran variedad de naciones al rededor mundo, de conformidad con las recomendaciones de la OMS para contener la pandemia del COVID-19, adoptó como medida el aislamiento social voluntario, disposición sin precedentes en el último siglo; medida que se espera traiga consecuencias no solo económicas, sino sociales y jurídicas. La intención de esta determinación cuenta también con la finalidad de no sobrecargar los sistemas nacionales de salud, que hospitales y clínicas resulten en suficiencia de capacidad para atender a la población con síntomas del virus. Sin embargo, de acuerdo con lo estudiado en líneas anteriores, al igual que otros países, México experimenta a las consecuencias de un sistema de salud deficiente. "...Los países del mundo se han enfrentado a dos problemas cuya solución definitiva no se vislumbra a corto plazo: la insuficiente calidad de los servicios que presta y el costo galopante de sus financiamientos..." (Cano Valle, 2020). De acuerdo a datos duros, en promedio, el 80% de las personas infectadas con el SARS-CoV-2 son asintomáticas o tienen síntomas leves; mientras que el 15% desarrolla formas graves de COVID-19 y el



5% alcanza un estado crítico. No obstante, la alta capacidad de contagio del virus puede saturar los hospitales a nivel mundial, como fue el caso de Italia y España, y también en China (Barifouse, 2020).

Derivado del panorama mundial expuesto, Valle indica que "...la principal actuación pendiente sobre la que es necesario tomar una decisión es la más compleja políticamente: crear un instrumento para mutualizar (y minimizar) los costes de la puesta en marcha de las medidas necesarias para combatir la crisis..."(Valle, 2020). Es factible decir que, si bien las naciones están implementando medidas de acción para contener el contagio por COVID-19, aún quedan en el aire las medidas para el retorno a actividades; es decir, aquellas que permitirán a los Estados reactivar su economía y contener la dificultad económica que se prevé.



c) Criterios internacionales frente a emergencias sanitarias

Después de haber establecido un panorama general de la forma en que la pandemia por COVID-19 ha sido afrontada alrededor del mundo, conviene reparar en los criterios o parámetros que los principales actores de control internacional han emitido al respecto. Para el Sistema Interamericano de Protección de DDHH, el derecho a la salud se encuentra contemplado dentro del Artículo 10 del *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pacto de San Salvador)*; incluyendo en su redacción, aquellas obligaciones de los Estados para que sea garantizado:

- a. la atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;



- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Estas obligaciones representan un claro punto de partida en materia de salud para los Estados parte, como es el caso de México; debiendo hacerse énfasis en la obligación de garantizar inmunización contra enfermedades infecciosas, ya que esto bien podría incluir a la actual enfermedad por virus COVID-19.

En este sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) emitió criterios al respecto en la resolución 12/85 del caso Yanomami vs. Brasil; indicando existió una violación al derecho a la preservación de la salud y al bienestar de esa comunidad indígena, contemplado por el artículo 10 del *Pacto de San Salvador*; debido a que el Estado no adoptó de forma oportuna y eficaz medidas para evitar el considerable número de muertes por epidemias de influenza, tuberculosis, sarampión, malaria, enfermedades venéreas, etc., sufridas por los integrantes de una comunidad como consecuencia de la invasión que se produjo dentro de sus tierras, al construirse una carretera y otorgarse permisos de explotación minera. Siendo claro el criterio de la Comisión, respecto de la obligación de los Estados parte de garantizar este derecho a sus ciudadanos, pese a situaciones extremas o de emergencia; debiendo apremiar la toma de medidas adecuadas para la atención del problema de salud. Dentro del caso Tribu Aché Vs. Paraguay, la CIDH consideró consumada una violación al artículo XI de la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, debido a la negativa del Estado a proveer atención médica y medicinas durante epidemias a la Tribu; clasificándolo como una violación del derecho a la preservación de la salud y al bienestar.

UNIVERSIDAD VERACRUZANA.

Instituto de Investigaciones Jurídicas

<http://universosjuridicos.uv.mx/index.php/univerjuridicos/index>

Xalapa, Veracruz, México



Otro organismo internacional relevante a considerar en este tema, es la Organización de las Naciones Unidas (ONU), quien mediante el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* aprobado por su Asamblea General; en el artículo 12, apartado 2, detalla las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto, para efectivizar el derecho a la salud. Entre las que se encuentran: "...c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad...". Esto infiere que las naciones parte de este tratado, deben de contar con planes para situaciones de emergencia sanitaria, entre los cuales estará contemplado el hacer frente a una pandemia; garantizando al menos, sino una cura, atención hospitalaria para toda su población. Derivado de los apuntes realizados por el Centro Johns Hopkins en 2018 (Johns Hopkins Center for Health Security, 2020), es posible asumir que este no fue el caso, ya que hasta el momento, esta crisis sanitaria por COVID-19, ha demostrado ser un reto imprevisto e inimaginable de forma global.

Si bien son importantes los criterios de organismos en materia de DDHH al respecto, el principal actor dentro de la crisis mundial por COVID-19, ha sido la OMS; organismo creado por la ONU en 1948, con la intención de juntar esfuerzos con las naciones para atender las principales enfermedades que acechan a la humanidad. En el Reglamento Internacional Sanitario de 2005, la OMS establece los criterios sobre los cuales se deberán entender las medidas de aislamiento y cuarentena; por lo que dichos parámetros resultan de utilidad para las naciones y sus políticas frente a la pandemia por enfermedad COVID-19. Actualmente, la OMS realiza trabajos coordinados con diversos especialistas de la salud pública a nivel internacional, con la finalidad de contrastar investigaciones y reunir la mayor cantidad de información para ampliar el conocimiento sobre esta nueva enfermedad



viral: “...un ejemplo de estos datos son la identificación de las nuevas rutas de secreción en pacientes infectados (...) se han enfocado en determinar las prioridades de respuesta a los brotes, las estrategias terapéuticas de tratamiento y los enfoques de la atención clínica...” (Palacios Cruz, 2020).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), se ha sumado al llamado a las naciones para no dejar de lado los derechos laborales, durante la emergencia sanitaria; señalando, tanto los derechos de los trabajadores dentro de los centros laborales, como el derecho a no ser separados de sus empleos sin las prestaciones de ley correspondientes. Adicionalmente, compele a los países a prestar auxilio tanto a los sectores y grupos de población más afectados, como a las empresas y trabajadores del sector informal; haciendo énfasis en esta última, ya que hay países con un alto índice de fuerza de trabajo derivada de la informalidad. Se busca que las naciones implementen acciones en pro de la salvaguarda de este tipo de trabajadores; “...se necesitan medidas específicas, entre otras cosas, transferencias en efectivo que ayuden a los más afectados por el confinamiento y por la reconversión de la producción, y que proporcionen empleo alternativo...” (Organización Internacional del Trabajo, 2020). Tomando en consideración los diversos señalamientos hacia la crisis económica mundial,⁴ consecuencia de esta pandemia por COVID-19, es primordial que se brinden respaldo y herramientas a las diversas fuerzas laborales de los países, en vías de la reactivación del sector del trabajo.

⁴ La OIT refiere que: “...Estos acontecimientos rápidos y de gran alcance nos sitúan en terreno desconocido al tener que evaluar tan amplias repercusiones en el mercado laboral y la economía, y prever la duración y la gravedad de la crisis. Las perspectivas actuales se caracterizan por una incertidumbre extraordinariamente elevada en cuanto a la magnitud de la crisis vigente en las economías, a su duración y a las repercusiones a largo plazo para las empresas y el mercado laboral. De ahí la importancia crucial que revisten para todos los gobiernos la vigilancia y la actualización sistemática en tiempo real de la respuesta a nivel político...”. Organización Internacional del Trabajo. (2020). Observatorio de la OIT: El COVID-19 y el mundo del trabajo. Segunda edición, Estimaciones actualizadas y análisis Disponible en <https://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>



III. Sobre el Derecho a la Salud

Toca el turno de explorar la injerencia del derecho a la salud en este fenómeno de emergencia; para varios autores, éste ha sido el de mayores impactos a nivel mundial. En México, al igual que España e Italia, aunque a menor escala, el derecho a la salud se ha reflejado como deficiente, por cuanto hace al servicio que brindan los nosocomios públicos, teniendo que recurrir a medidas como el uso de hospitales y clínicas privadas de manera subrogada, para satisfacer este servicio durante la situación de pandemia por COVID-19.⁵ “...Las condiciones epidemiológicas han contribuido a magnificar la problemática; las enfermedades crónicas y las lesiones comenzaron a desplazar a los problemas infecciosos y agudos como causa principal de muerte. Además, el crecimiento de población y su envejecimiento paralelo ha aumentado la demanda de servicios hospitalarios y de alta complejidad, es mayor a la oferta disponible, capacidad que en realidad ha quedado prácticamente rebasada...” (Cano Valle, 2020).

Resultando imperante entender de qué se trata la salud y por qué se conoce como un derecho humano, se tiene que diversos ordenamientos, tanto internacionales como nacionales lo contemplan entre sus líneas; a nivel internacional contamos con el previamente enunciado Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado por la Asamblea General de ONU en diciembre de 1966; el cual contempla este derecho humano como “...el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental...”. A su vez, el Sistema Interamericano de DDHH contempla este derecho,

⁵ La situación de las instituciones de salud en México ha sido detallada por diversos medios de comunicación, sirviendo de referencia el siguiente: *Hospitales públicos y privados para atender Covid-19 en CDMX están “copados”* en <https://www.forbes.com.mx/actualidad-hospitales-publicos-y-privados-para-atender-covid-19-en-cdmx-estan-copados-reuters/>



como parte de aquellos Derechos Económicos Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA); incluidos dentro del artículo 26 de la Convención Americana, en concordancia con el artículo 10 del Pacto de San Salvador, el cual apunta que: "...Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social...". El Artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, contempla el derecho a la preservación de la salud y bienestar, reiterando que "...Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales...".

Para el ámbito nacional, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce este derecho en su artículo 4º párrafo cuarto, estableciendo que: "...toda persona tiene derecho a la protección a la salud..."; dando paso al servicio de salud para la ciudadanía mexicana. La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), se ha pronunciado en innumerables ocasiones al respecto, destacando que: "...El derecho a la salud, (...) comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles (...) lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos..." (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2009); reiterando la importancia de que el servicio de salud cumpla con estándares de calidad, para que se pueda considerar este derecho como salvaguardado, instando al Estado a la toma de acciones necesarias para este fin. La SCJN reconoce dos aspectos del derecho a la salud; el primero es un aspecto individual, refiriéndose al derecho de cada persona, mientras que el aspecto social hace referencia al sistema de salud pública: "...la faceta social o pública del derecho a la salud consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud..." (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2019). Siendo aquí donde se ubican las

obligaciones del Estado y el sistema de salud, frente a la pandemia y los servicios hospitalarios que deben proporcionar a su población.

En este orden de ideas, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH), tiene como criterio que “...Los Estados son responsables de regular [...] con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad...” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2015); otorgando una clara idea sobre la responsabilidad que recae en el Estado. Igualmente, la CoIDH es puntual en indicar que las políticas públicas en materia de salud, resultan esenciales para alcanzar la protección del derecho humano que ocupa al presente estudio.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos de México (CNDH) también ha abordado el multicitado derecho, estableciendo los principales parámetros sobre los cuales deberá protegerse y regularse:

El derecho a la salud no sólo debe entenderse como un derecho a estar sano, ya que éste entraña dos dimensiones: (...) en segundo lugar encontramos el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2009).

Indicando que, como parte del derecho a la salud, el Estado debería contar con la capacidad suficiente para atender a su ciudadanía; aun cuando se esté frente a un evento sanitario de emergencia.

Para la OMS todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud, sin discriminación alguna, considerando que este derecho humano contempla, tanto libertades como prerrogativas, siendo estas últimas las siguientes: “...el



derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar...” (Organización Mundial de la Salud, 2020). Lo señalado por la OMS resulta trascendente, puesto que teniendo en cuenta el contexto mundial, será este acceso a atención hospitalaria y tratamiento lo que hará la diferencia frente al virus COVID-19, para los casos de síntomas graves; recalcando que, ante la falta de una cura, la posibilidad de acceder a tratamiento de síntomas es esencial.

IV. Sobre el Derecho de Acceso a la Información

El DAI es uno de los DDHH que se tornan relevantes dentro de situaciones de emergencia, es por esto que el presente apartado abordará la finalidad de proteger este derecho humano, contribuyendo a combatir la desinformación sobre la pandemia por enfermedad COVID-19. Es posible encontrar en el Artículo 13.2 de la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, el derecho a ejercer la libertad de expresión y pensamiento sin ser sujeto de censura o responsabilidades; siendo necesario asegurar: “... a) el respeto a los derechos o a la reputación de los demás o b) la protección de la seguridad nacional, el orden público o la salud o la moral públicas...”. La *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* igualmente establece en su artículo 6 que: “.... El derecho a la información será garantizado por el Estado. Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión...”. Durante una emergencia sanitaria, el acceso de la población a información veraz y oficial resulta imperativo, puesto que permitirá la toma de decisiones informadas en respuesta al escenario vigente. Igualmente, el flujo de información permite el descarte de las famosas *Fake News* o noticias





falsas; las que debido a su sensacionalismo, tienden a la propagación del pánico colectivo.

Ahora bien, la CoIDH ha dejado claro que, si bien el derecho a la libertad de pensamiento y expresión debe ser protegido por los Estados miembros, las restricciones propias del mismo deberán también ser vigiladas y respetadas; estableciendo que: "...serán legítimas en la medida en que se inserten dentro de los requerimientos del artículo 13.2..." (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2020). Dichos requerimientos se refieren a que no se presente una vulneración de derechos de terceros, así como cuestiones de seguridad nacional. En este sentido, el organismo garante del DAI en México, el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), tuvo a bien el publicar el 27 de marzo de 2020, un acuerdo mediante el cual se aprueban diversas medidas para garantizar los derechos de protección de datos personales y acceso a la información, ante la situación de contingencia generada por el denominado virus COVID-19. La finalidad de éste fue, tanto proteger el DAI y los datos personales de la ciudadanía mexicana, como garantizar prevalezca la transparencia durante las diversas medidas implementadas por gobierno. Mediante este acuerdo, el INAI instruyó a sus áreas para:

(...) la implementación de una mesa de trabajo de transparencia proactiva con los diversos sujetos del sector salud, que permita detectar toda aquella información que resulte de interés de la sociedad y sea vital para la prevención y el combate de la pandemia del virus COVID-19, y así mismo se garantice el debido tratamiento de los datos personales en posesión de sujetos obligados de todas aquellas personas que pudieran verse afectadas. Recalcando la importancia de difusión de información relevante a la sociedad, es decir, que sea privilegiado el DAI durante épocas de crisis por emergencias sanitarias; propiciando la tomar decisiones informadas; sin dejar de lado los derechos de terceros, mediante la protección de datos personales.

Ahora bien, otra de las medidas que México ha tomado en materia de DAI y con la finalidad de hacer frente a la enfermedad por COVID-19, es la creación de un sitio



de internet,⁶ en el cual el gobierno mexicano ha concentrado información de utilidad en relación con la emergencia sanitaria. Recopilando en ella, desde lineamientos para atención de pacientes con síntomas de la enfermedad por COVID-19, hasta la forma en que pueden ser tomadas medidas de higiene en domicilios y negocios evitando contagios; con lo cual, se buscó hacer asequible a la ciudadanía el acceso a un medio certero, con información confiable y relevante. Sin embargo, es importante destacar que, si bien esta medida de garantía de DAI resulta efectiva, solo lo será en tanto la población cuente con un nivel socioeconómico medio-alto que le permita adquirir los servicios necesarios para el acceso a internet; por lo que es necesario la implementación de otros medios de difusión, que permitan llegar a la mayor parte de la población.

V. Reflexiones Finales

PRIMERA.- La emergencia sanitaria clasificada como pandemia, derivada de la enfermedad SARS-CoV-2 o Coronavirus de 2019 (COVID-19), ha representado un cambio de paradigmas a nivel mundial; esto debido a su difícil contención y mitigación. A pesar de que tanto personal médico, como científicos alrededor del mundo, se encuentran aprendiendo a marchas forzadas a lidiar con este mal y cada día surge información al respecto, la posibilidad de contar con una vacuna o tratamiento eficaz contra esta enfermedad aún es lejana, acrecentando la

⁶ El sitio web creado por el Gobierno de la Republica de México, concentra información de toda índole en relación con la enfermedad SARS-CoV2 (COVID-19), como datos duros en relación con contagios en el país; medidas preventivas, materiales de consulta, directorio de autoridades para contacto, entre otras. Disponible para consulta en: <https://coronavirus.gob.mx>



posibilidad de que estas medidas provisionales, sean parte permanente de la vida de la humanidad. Si bien los Estados se encuentran enfocados en la protección de la salud de la mayoría, es prioritario también considerar los efectos que estas medidas representan frente a otros derechos.

SEGUNDA.- Conviene reflexionar sobre las obligaciones de los Estados, frente a situaciones extraordinarias como es el caso de la pandemia por COVID-19; reiterando la importancia de cuestionar a los gobiernos, respecto de la prioridad que se otorga a los sistemas de salud dentro de las agendas políticas. Pudiendo vislumbrar que aún es largo el camino para alcanzar una solución efectiva al citado virus, resulta esencial reforzar el apoyo presupuestal a este sector. Otra situación que los Estados deberán atender, será el efecto que estas medidas tendrán en otros sectores, por ejemplo el económico; aquellos ya afectados por la pobreza antes de la pandemia por COVID-19, verán incrementadas sus situaciones de vulnerabilidad. Siendo necesaria la implementación de políticas públicas tendientes al auxilio de estos grupos vulnerables.

TERCERA.- Como ha quedado plasmado en líneas anteriores, el derecho a la salud cuenta con diversas aristas, entre las que se encuentran tanto el derecho a acceder a los servicios que este conlleva, como el que sean prestados con calidad; siendo su garantía responsabilidad del Estado. Dentro de esta responsabilidad se encuentra el estar preparado para hacer frente a situaciones extraordinarias de salud, como la pandemia por COVID-19. Frente a esta situación de crisis sanitaria, se ha hecho evidente la necesidad de priorizar el derecho a la salud, la preparación y apoyo al personal médico, así como la suficiencia de los servicios hospitalarios a nivel mundial.



CUARTA.- El DAI y la transparencia funcionan como una herramienta de presión hacia la democratización, por lo cual, su ejercicio en una época de emergencia resulta fundamental para la población de un Estado. En la medida que la población se pueda mantener informada sobre la enfermedad, será como se vaya tanto educando al respecto, como exigiendo a sus autoridades la toma de medidas eficaces para su contención. La relevancia del DAI, es que propicia un aire de certidumbre a la población, frente a cualquier situación que se presente en la nación; siendo igual de importante que la información con la que se cuente sea de calidad.

VI. Fuentes de consulta

Barifouse, Rafael (2020). *Coronavirus: por qué la gripe A-H1N1 no paró la economía mundial como lo está haciendo la pandemia de covid-19*. Sao Paulo, Brasil: BBC Mundo. Obtenido de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52115504>

Cano Valle, Fernando. (2020). "Principios del derecho y pandemias" en *Emergencia sanitaria por COVID-19: Reflexiones desde el derecho (I)*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2009). *Recomendación general número 15: Sobre el derecho a la protección de la salud*. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2020). *Cuadernillo de jurisprudencia de la Corte Interamericana de derechos humanos n°26: Restricción y suspensión de derechos humanos*. San José: Corte Interamericana de Derechos Humanos y Cooperación Alemana (GIZ).

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2015). *Caso González Llúy y otros vs. Ecuador (Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)*. San José: Corte Interamericana de Derechos Humanos.

El País. (2020). *Guía de desescalada: Consulte en qué fase esta su provincia y cuáles son las actividades permitidas*. Madrid, España: El País. Obtenido de https://elpais.com/sociedad/2020/05/07/actualidad/1588852756_386639.html



- Franco Martin del Campo, M. E. (2020). "Efectos diferenciados del COVID-19 en la vida de las mujeres" en *Emergencia sanitaria por COVID-19: Reflexiones desde el derecho (II)*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM.
- Fritz, Martin (2020). *¿Cómo ha logrado Japón mantener bajo control el COVID-19?*. Alemania: Deutsche Welle. Obtenido de: <https://www.dw.com/es/c%C3%B3mo-ha-logrado-jap%C3%B3n-mantener-bajo-control-el-covid-19/a-52904374>
- González Martín, Nuria (2020). *Emergencia Sanitaria por COVID-19: Reflexiones desde el derecho (I)*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM.
- Johns Hopkins Center for Health Security. (2020). *Clade X Exercise: Improving Policy to prepare for severe pandemics*. Baltimore, EU.: Johns Hopkins Center for Health Security. Obtenido de: https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/events/2018_clade_x_exercise/
- Lapolla, Pierfrancesco, et. al. (2020). *Deaths from COVID-19 in healthcare workers in Italy—What can we learn?*. U.K.: Cambridge University Press. Obtenido de: <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/deaths-from-covid19-in-healthcare-workers-in-italy-what-can-we-learn/BDA8BA987868E2B86B50F0D070496827>
- MPH Online. (2020). *"Outbreak: 10 of the worst pandemics in history"*. E.U.: MPH Online Obtenido de: <https://www.mphonline.org/worst-pandemics-in-history/>
- Organización Internacional del Trabajo. (2020). *Observatorio de la OIT: El COVID-19 y el mundo del trabajo. Estimaciones actualizadas y análisis*. Ginebra, Suiza: Organización Internacional del Trabajo (OIT). Obtenido de: <https://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Centro de Prensa: VIH/HIV*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS). Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Alerta y respuestas mundiales (GAR): Documentación sobre la gripe A (H1N1)*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS) Obtenido de <https://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud y derechos humanos*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS). Obtenido de



<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20salud%20de%20calidad%20suficiente.>

Palacios Cruz, M., Santos, E., Velázquez Cervantes, M.A., León Juaréz, M. (2020). *COVID-19, una emergencia de salud pública mundial*. España: Revista Clínica Española. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520300928#!>

Radio y Televisión Española. (2020). *Coronavirus España: Sanidad suma una nueva muerte con coronavirus y notifica 125 contagios en las últimas 24 horas*. España: Radio y Televisión Española (RTVE). Obtenido de <https://www.rtve.es/noticias/20200622/curva-contagios-muertes-coronavirus-espana-dia-dia/2010514.shtml>

Rodríguez-Leor, Oriol et. al. (2020). *Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España*. Barcelona, España: Revista Española de Cardiología. Obtenido de https://www.recintervcardiol.org/images/pdf-files/05_RECIC_20_E202_Rodriguez_COVID3_AO_ES.pdf

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2009). 1a./J. 50/2009 *Derecho a la salud. su protección en el artículo 271*, segundo párrafo, de la Ley General de Salud. Semanario Judicial de la Federación. México: SCJN.

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2019). *Derecho a la protección de la salud. Dimensiones individual y social*. Semanario Judicial de la Federación. México: SCJN.

Valle, Eva (2020). *La reacción de la Unión Europea ante el COVID-19*. Madrid, España: Fedea. Obtenido de <http://documentos.fedea.net/pubs/ap/2020/ap2020-03.pdf>

VandenBeukel, Jason, Rayment, Erica. (2020). *Pandemic Parliaments: Canadian Legislatures in a Time of Crisis*. U.K.: Cambridge University Press Obtenido de: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-political-science-revue-canadienne-de-science-politique/article/pandemic-parliaments-canadian-legislatures-in-a-time-of-crisis/80DB47FEAD64630A438C326E3D03C65C>

Wallace, Megan, et. al. (2020). *Public Health Response to COVID-19 Cases in Correctional and Detention Facilities — Louisiana, March–April 2020*. *MMWR and Morbidity and Mortality Weekly Report*, E.U.: Centers for Disease Control and Prevention. Obtenido de



https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6919e3.htm?s_cid=mm6919e3_w

Walsh, Bryan. (2020). *Covid-19: The history of pandemics*. U.K.: BBC News. Obtenido de: <https://www.bbc.com/future/article/20200325-covid-19-the-history-of-pandemics>

Wang, Jason, et. al. (2020). "*Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing*". E.U.: American Medical Association. Obtenido de: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2762689>

Yi-Chi Wu, et. al. (2020). *The outbreak of COVID-19: An overview*. E.U.: US National Library of Medicine National Institutes of Health. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7153464/>